KÄSI- JA ÕPPERAAMATUD MEDITSIINILISTELE KESKKOOLIDELE

Professor A. SEREBROV

GÜNEKOLOOGIA ÕPIK

RK
„PEDAGOOGILINE KIRJANDUS"
TALLINN 1948

Tõlgitud teise, parandatud ja täiendatud trüki järgi.

Bibliotheca Universitatis Tartuensis
1949:517
14398
TARTU ÜLIKOOL
A-17396

SISSEJUHATUS.

Günekoloogia mõiste.

Günekoloogia tähendab sõnasõnalises tõlkes „teadust naisest", sest see nimetus on tekkinud kahe kreekakeelse sõna liitumisest: *gyne* — naine ja *logos* — teadus, õpetus. Günekoloogia selle sõna laiemas mõistes peaks käsitlema naise anatoomiat, füsioloogiat, tervishoidu ja psühholoogiat, samuti lõpuks ka haigestunud organite patoloogiat ja teraapiat, s. t. tema poolt uuritav ainestik peaks sisaldama mitte ainult anatoomilisi, vaid ka bioloogilisi iseärasusi, mis eristavad naise organismi nii terves kui ka haigestunud olukorras mehe omast. Järelikult peaksid tema koosseisu kuuluma ka sünnitusabi ja mõned teised osad meditsiinilistest distsipliinidest (embrüoloogia, üldine patoloogia jt.). Kuid vastavalt ajalooliselt kujunenud mõisteile on see teadusala jaotatud kahte suurde ossa: sünnitusega seoses olevad ja sünnitusega mitte seoses olevad seisundid ja protsessid naisel. Esimest osa nimetatakse õpetuseks sünnitusabist ja teda käsitletakse sünnitusabi õpikuis, teise ossa aga kuuluvad kõik sellised protsessid, mis esinevad naisel väljaspool rasedusseisundit. Seega mõistetakse nüüdisaegsete arusaamiste kohaselt „günekoloogia" nimetuse all sellist meditsiinilist distsipliini, mis käsitleb suguelundite haigestuste tundmaõppimist naisel väljaspool rasedusperioodi, sünnitust ja sünnitusjärgset perioodi. Selline kitsas arusaamine günekoloogiast ei tähenda sugugi

veel seda, et günekoloogia tegeleks ainult haigestunud elundi ravimisega või kõrvaldamisega, vaid tema ülesandeks on tervistada haiget naist.

On teada, et üldhaigestused võivad samuti põhjustada muutusi suguaparaadis. Usna eemal seisvate organite (ajuripatsi, kilpnäärme jt.) haigestused kajastuvad mõnikord suguorganite funktsioonidel. Kaunis paljud haigused on tihedas seoses sünnitustraumaga ja raseduse ajal või sünnitusjärgsel perioodil läbipõetud põletikuliste protsessidega. Ülaltoodust selgub, et günekoloogilt nõutakse põhjalikku meditsiinilist üldharidust, samuti ka oskust kasutada neid abinõusid, mida pakuvad temale teised meditsiinilised distsipliinid.

Meie nõukogude tingimustes on günekoloogial, samuti nagu teistelgi nõukogude meditsiini harudel, nii küsimuste teadusliku läbitöötamise kui ka nende praktilise ellurakendamise suhtes omad karakteersed iseärasused. Esiplaanile on tõstetud naistehaiguste profülaktilised küsimused.

Ambulatooriumide, polikliinikute, statsionaaride, dispanserite, nõuandlate, eri-instituutide laialdane võrk, sünnitajate peaaegu täieulatuslik hospidaliseerimine ning nõukogude, partei ja ühiskondlike organisatsioonide alatine hoolitsus ema ja lapse eest loovad eriti soodsad eeltingimused günekoloogiliste haigestuste efektiivseks ennetamiseks ja ravimiseks.

I peatükk.

GÜNEKOLOOGILISTE HAIGETE LÄBIVAATUSE METOODIKA.

Anamnees.

Asudes günekoloogilise haige läbivaatusele peab arst esmajärjekorras oskama võtta anamneesi. Juba seetõttu on sellel suur tähtsus, et õigesti võetud anamnees selgitab meile mõnikord kohe haiguse tekkimise põhjuse. Näiteks haige, kes ilmub vastuvõtule kõrgenenud temperatuuriga, ägedate valudega allkõhus, mädaste eritistega, kaebab läbivaatusel terava valu üle manuste piirkonnas, mis on seejuures suurenenud. Järelepärimisel haige seletab, et haigus ilmnes tal varsti pärast suguelu algust, kusjuures esiti tekkis terav valu kusemisel, varsti ka valgevoolus. Kui anamneesi võtja isik on hästi teadlik sellest, kuivõrd hinnaline on haige seletus kusemisel avalduva terava valu ja valgevooluse kohta gonorröa äratundmisel, siis tekib käesoleval juhul mõistagi kohe kahtlus just selle haiguse olemasolu suhtes. See on väga tähtis selleks, et algusest peale õigesti suunata oma mõtet haige edasise järelevaatuse, režiimi, esialgse ravi jne. määramise kohta.

Mõnedel juhtudel ei ole ühel või teisel põhjusel võimalik haigelt anamneesi võtta (minestus, teadvuseta olek jms.). Sel juhul peab päritlema haiget ümbritsevaid isikuid, sugulasi. Nimetatud meetodiga on neil juhtudel

mõnikord võimalik hankida väga tähtsaid anamnestilisi andmeid. Näiteks teid kutsutakse haige juurde, kes on teadvuseta olekus. Haiget läbi vaadates te leiate tal vaevalt kombeldava, kiire pulsi, keha ja limanahkade üldise kahvatuse, jäsemete jahenemise, pealiskaudse hingamise, haige ei vasta küsimustele. Sugulaste küsitlemisest selgub, et haige tundis end järsku halvasti, kukkus meelemärkusetult maha ja sellest ajast peale on ülalkirjeldatud olekus.

Sellise seisundi põhjusi võib olla mitmeid (äge mürgistus, verevalum peaajju, sügav minestus ühel või teisel põhjusel). Meelekindluse kaotanud sugulased võivad teile ka teatamata jätta need tähtsad anamnestilised andmed, mis suunaksid teie mõtte käesoleva haigestuse tõelise põhjuse juurde. Küsitlege täpsemalt haige kohta. On võimalik, et nad mõnedele küsimustele ei suuda vastata. Kuid mõnikord piisab vastusest ühele küsimusele, et tekiks kahtlus haiguse tõelise põhjuse suhtes. Kujutlege, et seoses käesoleva juhuga keegi sugulastest teatab, et sel haigel on menstruatsiooni hilinemine või haige arvas end olevat 2 kuud rase. Kui te teate katkenud emakavälise raseduse sümptoome, siis te käesoleval juhul muidugi kahtlustate (ja püüate seda kahtlust tõestada või kõrvaldada) nimetatud haigestust.

Selliseid näiteid võiks tuua väga palju, kuid ka neist kahest piisab arusaamiseks, et õigesti ja üksikasjaliselt kogutud anamnees omab diagnostikas erandlikult suurt tähtsust.

Selleks et põhjalikult võtta anamneesi, mitte midagi vahele jätmata, on kõige parem kasutada kindlat skeemi. Palju kergemini ja täiuslikumalt kogutakse vajalikud andmed siis, kui on alati käepärast väike plaan anamneesi võtmiseks.

Pärast seda kui haigusloosse on kirjutatud haige saabumise aeg, haigete vastuvõturaamatu järjekorranumber,

haige nimi, eesnimi, isanimi, sünnikoht, rahvus, vanus, sotsiaalsed elukondlikud tingimused, elukutse ja amet, tuleb teada saada haige kaebused, mis põhjustasid teda otsima arstiabi. Seda on vajalik teha meditsiinilise personaali instrueerimiseks haige edasisel põetamisel.

Korduvalt on olnud võimalus täheldada, kuidas haige suurte valude tõttu hõõrub tugevasti oma selga ja kannatlikult ootab, kuni anamneesi koguja ammutab kõik oma küsimused. Mõnikord näiteks haige kohe ei ütlegi, et tal on tugev verejooks. Võib olla, et kohe ei olegi võimalik asuda teostama vajalikku toimingut nimetatud sümptoomide kõrvaldamiseks, kuid igal juhul sunnib selline kohtlemine haiget rahunema, ja siis juba jätkatagu tema päritlemist.

Edasine anamnees võetakse järgmises kronoloogilises järjekorras: 1) lapsepõlv; 2) suguküpsuse saabumine ja menstruatsioonide iseloom; 3) suguelu; 4) rasedused ja nende tagajärjed; 5) eelnenud haigestused.

Peatume nüüd üksikasjaliselt igal ülalloetletud anamneesi küsimusel, et endale selgitada nende tähtsust haigestuse äratundmisel, samuti ka, et õppida, millisest seisukohast tuleb neid küsimusi esitada.

Haige vanus.

Günekoloogiliste haigestuste diagnostikas on vanusel väga suur tähtsus. Naise suguaparaat funktsioneerib eri vanuses erinevalt ja see, mis teatava vanusega naistel on täiesti normaalne, on teises vanuses naistel sümptoomiks, mis juhib mõnikord tähelepanu tõsisele haigestusele. Peale selle on, nagu me allpool näeme, terve rida günekoloogilisi haigestusi, mis esinevad harvemini nooremas eas, sagedamini aga vanemas eas. Mõnikord erinevad ühed ja samad haigestused mitmesuguses vanuses oma kliinilise kulgemise poolest ja nõuavad ravi suhtes erinevat käsit-

lust. Näiteks fibromüoomi ei ravita noores eas röntgenikiirtega nende hävitava toime tõttu munasarja follikulaaraparaadisse, vanemas eas aga vastupidi loetakse seda ravimoodust kohasemaks kui operatiivset.

Töö- ja elukondlike tingimuste mõju.

Naiste füüsiline töö iseenesest ei ole haigestuse põhjuseks, kuid ebasoodsad töötingimused võivad etendada tähtsat osa günekoloogiliste haigestuste tekkimisel. Näiteks füüsilise tööga tegelevatel naistel võivad hõlpsamini areneda sellised haigused nagu tupe seinte ja emaka allavajumine, mõistagi kui selleks on ka muud eeldused: lahkliha traumaatilised vigastused sünnituse ajal, harjumatus füüsilise tööga. Suurt tähtsust omavad töö kestus, intensiivsus ja üksluisus. Sundasend töö juures (kestev istumine, kauavältav seismine või kõndimine), mis põhjustab paisnähtusid vaagnas, või töö ebatervislikes töökodades (tööstusmürgid) võivad mitteküllaldaste profülaktiliste abinõude korral esile kutsuda naistöötajate haigestumist. Üldise ja isikliku tervishoiu nõuete mittetäitmine, näiteks gonorröahaige ema magamine koos lastega, või kehapuhtuse eest hoolitsemisel ühiste esemete tarvitamine (ühine käsn, käterätt jne.) võib põhjustada paljude, eriti põletikulise iseloomuga haigestuste tekkimist.

Kõikide nende tingimuste selgitamine on tähtis nii haigestuse allika avastamisel kui ka vastava ravirežiimi määramisel.

Haige kaebused.

Asudes haige küsitlemisele on vaja esmajärjekorras selgitada, kunas käesolev haigestus algas ja kas haige võib oma haiguse tekkimist siduda mõne momendiga oma elus (suguelu algus, läbipõetud haigused jne.). Siis asutakse nende sümptoomide selgitamisele, mis kaasuvad käesoleva

haigestusega (valud, nende iseloom ja lokalisatsioon, eritised suguelundeist, üldiseloomuga sümptoomid, nagu peapööritus, vappekülmad, temperatuuri tõus jms.).

Samuti on vajalik teada saada, kas ei ole mingisuguseid kaasnevaid haigestusi, eriti aga kaebusi naaberelundite, kusepõie ja pärasoole tegevuse häirete kohta, milledel samuti võib olla suur diagnostiline tähtsus.

V a l u d. Kaebused valude üle asuvad peaaegu alati esikohal, sest tavaliselt on need peamiseks põhjuseks, mis sunnib haigeid pöörduma meditsiinilise abi saamiseks.

Valude lokalisatsioon on mitmesugune. Põletikuliste protsesside puhul emakas ja kusepõies lokaliseeruvad valud tavaliselt kõhu alumises osas keskel; emakamanuste haigestumistel — mõlemal pool allkõhus; emaka retrofleksiooni, parameetriumi tagumiste osade põletikuliste protsesside ja perimetriidi puhul — ristluus ja nimmes. Vaagnaelundite haigestuste puhul võivad valud irradieeruda ka kõhu ülemistesse osadesse, selga, rinda ja reitesse. Need on niinimetatud reflektoorsed valud. Oma iseloomult võivad valud olla hoogvalud (ehk krambitaolised), pakitsevad, torkavad, lõikavad, välgutaolised ja närivad.

Hoogvalud on tavaliselt põhjustatud vaagnaelundite silelihastiku kokkutõmmetest. Nad esinevad näiteks emaka kokkutõmmete puhul, mis on põhjustatud emakasse jäänud munaosade, verehüüvete või limanaha-aluste fibromüoomisõlmekeste ärritusest, samuti munajuha lihaste kokkutõmmete korral emakavälise raseduse puhul, mis kulgeb munajuha-abordi taoliselt. Spastilised valud võivad esineda ka kusepõie, kusejuha (kivid) ja soolte haigestuste puhul.

Pakitsevad valud on iseloomustavad emaka väärasendi, vaagnaelundite paigaltnihkumise, väikese vaagna elundite paishüpereemia (eriti munasarja veenide põimikute hüpereemia), manuste ja vaagna rakustiku krooniliste põletik-

kude, närvitüvedele ja nende lõpenditele survet avaldavate healoomuliste kasvajate puhul.

Torkavaid ja lõikavaid valusid täheldatakse kõhukelme ärrituse puhul põletikulise väljahigistisega või kõhuõõnde voolanud verega emakavälise raseduse puhul. Viimasel juhul kanduvad valud sageli rangluu ja abaluu piirkonda (välgutaolised valud).

Väga tugevad ja kestvad närivad valud on tavaliselt iseloomustavad hooletusse jäetud vaagnaelundite vähktõve puhul.

Valude intensiivsus on seoses põletikulise protsessi intensiivsusega; nad omavad teravate, talumatute valude iseloomu ägedate põletikuliste protsesside puhul, eriti kui protsessi on kaasa haaratud kõhukelme.

Põletikulise protsessi vaibumisega vähenevad ka valud.

V a l g e v o o l u s. Suguelundite haigestumiste puhul kaebavad naised sageli eritiste üle tupest, niinimetatud valgevooluse üle (*fluor albus*). Sellised eritised võivad olla limased, seroos-limased, limas-mädased ja mädased. Terve naise tupes leidub tavaliselt vähesel hulgal valget või kergelt kollakat värvust eritist. See koosneb tupe epiteelkihist irdunud rakkudest, vähesest hulgast leukotsüütidest ja baktereist; tupesisaldise vedel osis on tekkinud transsudatsiooni teel tupe seinte epiteelialuse kihi veresoontest. Peale selle seguneb nendega veel vähene hulk lima emakakaela näärmeist, eriti enne menstruatsiooni. Suguelundite normaalse seisundi korral ei märka naine tavaliselt neid eritisi ja ainult patoloogiliste seisundite puhul ilmneb liigne limanahkade sekretsioon ühe või teise eritisena, jättes laigud pesule.

Valgevoolus on tavaliselt suguaparaadi üksikute elundite haigestuse tulemus ja on seega üks tunnuseid, mis hõlbustab diagnoosimist. Näiteks tservikaalkanali lima-

naha põletikuliste haigestuste puhul on valgevoolusel paksu, veniva, häguse lima iseloom; kui aga lima allikaks on emakakeha, siis on valgevoolus veetaoline. Ühes või teises suguelundi osas esinevate põletikuliste protsesside puhul, milledega kaasub tugev põletikuline ekssudaat, koosnedes verevadakust, segatuna vere vormelementidega (mädarakkudega), omab valgevoolus mäda iseloomu, olles kollakasrohekat värvust.

Eritiste suurenenud hulk võib olla vaagnas esinevate paisnähtude tagajärjeks emaka väärasendite, südame haigestusest põhjustatud vereringehäirete ja kroonilise kõhukinnisuse puhul. Normaalselt kulgeva rasedusega kaasuvad sageli ohtrad eritised, milledel on suurel hulgal irdunud pinnaepiteeli lisandumise tõttu hapukoore välimus.

Konstitutsiooni anomaaliad (infantilism, asteenia) võivad samuti olla valgevooluse põhjuseks. Peale põletikuliste haigestuste on valgevoolus kasvajate alatiseks kaaslaseks, eriti pahaloomuliste kasvajate puhul. On tähtis teada, et valgevoolus on tihtilugu selliste tõsiste haigestuste ainsaks sümptoomiks.

Emaka vähktõve puhul on valgevoolus sageli verega segatud. Vastavalt kasvaja arenemisele, lagunemisele ja nekrooside tekkimisele muutub valgevoolus vinavaks, mis sõltub lisandunud infektsioonist. Sel puhul on eritised sageli lihavee taolised.

K u s e - e l u n d i t e f u n k t s i o o n i d. Naise suguelundid on anatoomiliselt tihedas seoses kusepõiega ja kusitiga ning on loomulik, et günekoloogilised haiged protsentuaalselt sageli kannatavad mitmesuguste kusemishäirete all: sagedane kusetung, kusepidamatus või, vastupidi, kusepeetus, lõpuks valud kusemise algul või lõpul. Sagedane kusetung esineb tupe eesmise seina allalangemise puhul, millest tavaliselt võtab osa ka kusepõie sein, siis veel emaka väärasendist sõltuva põieärrituse puhul, kui

nihkunud elund surub põie seinale; samu nähte põhjustavad ka munasarja ja emaka kasvajad ning kusiti ja kusepõie põletikuline seisund.

Kusepidamatust täheldatakse tavaliselt kuse-suguelundite uuriste ja peamiselt põie-tupe uuriste puhul. Mõnikord kaotavad haiged tahtmatult kust tupe kaudu, kuid samal ajal tühjendavad nad iseseisvalt põit, mis viitab ühe või teise kusejuha uurise olemasolule.

Kusepeetust täheldatakse tupe täielikul väljalangemisel, kusjuures mõned haiged võivad kusepõit tühjendada alles pärast seda, kui paigaldavad väljalangenud tupe. Kusepeetuse suurim aste ilmneb taha paindunud emaka pitsumisel, kui emaka seintes asetsevad müomatoossed sõlmed või kui väikeses vaagnas leidub teisi suguelundite kasvajaid.

Et günekoloogilised haigestused tihtilugu levivad suguosadelt kusepõiele, siis põhjustavad nad mitmesuguseid kusemishäireid. Nii võib põletikuline protsess vaagna peritoniidi puhul levida emakat ja manuseid katvalt kõhukelmelt kusepõie kõhukelmele, põhjustades valusid põie täitumisel (eriti aga selle tühjendamisel). Suguaparaadi pahaloomulised kasvajad, levides kusepõiele, tekitavad põiehäireid. Põletikuliste protsesside puhul võivad samaaegselt tabatud olla nii suguelundid kui ka kuseaparaat. Näiteks naise nakatumisel gonorröasse infitseeruvad samaaegselt tupp ja kusiti — ilmneb kipitus ja lõikav valu kusemise algul (uretriidi nähud). Mainitud sümptoomide ilmnemine peatselt pärast suguelu algust osutab sageli haigestuse gonorröalisele iseloomule. Kuid siin tuleb ka silmas pidada, et äsja suguelu alanud naised kaebavad mõnikord kipituse ja lõikava valu üle kusemisel, ilma et neil oleks uretriiti. See seletub sellega, et esimese sugulise läbikäimisega kaasub hüümeni rebenemine, mis ei parane kohe; kusemise lõpul satuvad kusetilgad rebendite granuleeruvale pinnale ja põhjustavad kipitust ning valu.

Soolestiku funktsioonid. Günekoloogilised haiged kaebavad tihtilugu defekatsioonihäirete, veel sagedamini kõhukinnisuse üle. Kõhukinnisuse tekkimise põhjused on mitmesugused. Haiged hoiavad mõnikord instinktiivselt roojamist tagasi, sest defekatsioon ägestab valusid väikese vaagna elundite põletikuliste protsesside puhul. Kõhukinnisus ilmneb mõnikord soolestiku atoonia tulemusena, mis on põhjustatud kestvast voodis lamamisest väikese vaagna elundite põletikuliste haigestuste puhul. Märksa harvemini omavad tähtsust mehaanilised põhjused, näiteks suurte kasvajate olemasolu väikeses vaagnas või laialdased infiltraadid rakustikus.

Suure põletikulise väljahigistise kogunemisel Douglas'e ruumi kaebavad haiged sagedate ja valulike tenesmide üle pärasooles.

Douglas'e ruumis esinevate kapseldunud mädanike puhul, milledel on kalduvus avaneda pärasoolde, reageerib viimase limanahk rikkaliku lima eritamisega, mida haiged sageli peavad „kõhulahtisuseks". Raskete septiliste protsessidega ja peritoniitidega kaasub sageli kurnav kõhulahtisus.

Lõpetades haige kaebuste selgitamisega asume muude anamnestiliste andmete kogumisele ülaltähendatud kronoloogilises järjestuses.

Lapsepõlv.

Kogudes anamnestilisi andmeid lapse-ea kohta on vajalik selgitada, millistes tingimustes möödus lapsepõlv ja milliseid haigestusi põdes haige, kusjuures pööratakse erilist tähelepanu infektsioonhaigustele (difteeria, sarlakid, tüüfused), mis võivad jätta, nagu selgub allpool, sügavaid jälgi suguaparaadi arenemisele ja funktsioonile.

Suguküpsuse saabumine ja menstruatsioonide iseloom.

Meie kliimas algavad tüdrukuil menstruatsioonid 14—16 aasta vanuselt. Lõunamaade naistel algab menstruatsioon varemas eas, põhjamaade naistel hiljem. Ilmudes tavaliselt regulaarselt 28-päevaste ajavahemike järel (kõikumisi 21 kuni 31 päeva piirides tuleb vaadelda kui normaalset nähtust), kestab menstruatsioon 3—5 päeva. Verised eritised on algul vähesed, harilikult suurenevad teisel ja kolmandal päeval, siis uuesti vähenevad ja lõpuks lakkavad. Kaotatud vere hulk on mitmesugune, kuid normaalselt see ei ole suur, kõikudes 50 kuni 150 g piirides. Menstruatsiooniveri on tumedat värvust ega hüübi emaka näärmete eritiste lisandumise tõttu, erinedes seega verest, mis eritub suguosadest iga patoloogilise verejooksu puhul. Menstruatsioonidega ei tohi normaalselt kaasuda mingisuguseid eriliselt avalduvaid valuaistinguid, kuigi mõned naised täheldavad kuupuhastuse ajal rida häireid: haiglast olekut, väsimust, raskustunnet allkõhus, migreeni, löövete ilmumist jt. On vajalik veel märkida, 1) et kuupuhastuse tüüp võib kujuneda mitte kohe, s. t. pärast esmakordselt ilmunud menstruatsiooni võib olla pikem vaheaeg (isegi mitu kuud), ja 2) et kuupuhastuse iseloom eluaja kestel võib muutuda, nagu seda täheldatakse pärast suguelu algust ja sünnitust.

Menstruatsioonifunktsiooni selgitamisel naise juures on vaja hankida vastused järgnevaile küsimustele: 1) millises vanuses algas menstruatsioon ja kunas kujunes välja selle tavaline tüüp; 2) millise ajavahemiku järel ilmuvad menstruatsioonid ja mitu päeva need vältavad; 3) kui suur on kaotatud vere hulk (väike, keskmine, rohke); 4) kas on märgata verehüübeid ja kunas need ilmnesid; 5) kas menstruatsiooniga kaasuvad valud ja kui, siis kunas: kas enne menstruatsiooni, selle ajal või pärast ning millist iseloomu

on valud (tuimad, voolmetaolised või pakitavad); 6) millal algas viimane menstruatsioon ja kunas see lõppes.

Mõnikord selgub anamneesi võtmisel, et menstruatsioonile eelneb või sellega kaasub palavikuline kehatemperatuuri tõus. Selliseid palavikulisi kuupuhastusi täheldatakse naistel, kellel on vaibumatud põletikulised protsessid kusesuguorganeis — munajuhades, munasarjades, vaagna kõhukelmes või vaagna rakustikus. Lõpuks on vaja veel märkida menstruaalseid verejookse muude elundite mitmesugustest limaskestade osadest peale emaka, peamiselt ninast. Need on niinimetatud *vikareeruvad* (asenduvad) *menstruatsioonid*, mis ilmnevad naisel normaalse menstruatsiooni ärajäämisel. Nad esinevad mõnikord ka normaalse menstruatsiooni ajal.

Suguelu.

Pärast tutvumist naise menstruaalse funktsiooniga asutakse anamnestiliste andmete kogumisele seoses haige sugueluga. Tutvutakse, kas haige on elanud suguelu, ja kui on, siis millisest vanusest alates; kas regulaarselt või vaheaegadega; kas suguühted olid normaalsed või esines kõrvalekaldumisi, näiteks valulik, rahulduse puudumine suguühte ajal jne. Suguelu kohta saadud andmed omavad suurt praktilist tähtsust nii naistehaiguste diagnostikas kui ka nende ratsionaalses profülaktikas ja teraapias. Suguorganite põletikulised protsessid tekivad sagedamini neil naistel, kes elavad suguelu. Eriti tähtis on selgusele jõuda, kas suguühtega (*coitus*) ei kaasu veriseid eritisi, mille põhjuseks võib olla emakakaela erosioonide olemasolu, kusjuures on eriti tähtis meeles pidada, et selline nähtus võib olla emakakaela vähktõve ainsaks sümptoomiks.

Valulik suguühe vihjab mõningal määral põletikuliste nähtude olemasolule manustes ja parameetriumis, kuid ka

infantilismile, mille puhul peale muude seesmiste suguelundite on alaarenenud ka tupp. Suguakti mitteteostatavus võib sõltuda vaginismist või *m. constrictor cunni* ja *m. levator ani* spasmist, samuti ka tupe tugevast kitsenemisest, kinnikasvamisest või lõpuks tupe täielikust puudumisest.

Mõnikord kaebavad haiged täieliku rahuldamatuse üle, mistõttu nad ka väldivad suguühet ja juba mõte sellest tekitab neil ülesaamatut tülgastustunnet. Neil juhtudel on meil tavaliselt tegemist neuro-psüühilist laadi anomaaliaga. Anamneesi võtmisel ilmneb mõnikord ka suguelu tervishoiu reeglite rikkumine (näiteks suguühe kuupuhastuse ajal), mis põhjustab naise suguelundite põletikulisi haigestusi. Samuti on tähtis teada, kas haige ei märganud mingisuguseid haiguslikke sümptoome peatselt pärast abiellumist (valgevoolus, sagedane kusemine terava valuga), mis sageli osutab haigestumisele gonorröasse.

Rasedus ja selle tagajärg.

Rasedus, sünnitus ja sünnitusjärgne periood omavad suurt tähtsust terve rea günekoloogiliste haigestuste tekkimisel.

Haige selle elujärguga seoses olevad küsimused on järgmised: mitu korda oli rase, kunas tekkis esimene rasedus pärast suguelu algust, kuidas möödusid rasedused ja sünnitused, kus haige sünnitas (kodus, haiglas), kas oli operatiivset vahelesegamist sünnituse ajal, kuidas kulges sünnitusjärgne periood. Haige viidete puhul sigimatusele tekib kahtlus mitmete haigestuste suhtes (suguelundite alaareng, sünnipärased atreesiad, emaka väärasend, põetud põletikulised protsessid jms.).

Naise sigimatus pärast ühekordset ajalist sünnitust võib olla põhjustatud gonorröast, millesse naine nakatus varsti pärast abiellumist, kusjuures ta rasestus enne, kui gonokokk jõudis tungida suguaparaadi sügavamaisse osadesse.

Seni kui emakaõõs on täidetud viljastatud munaga, seiskub infektsiooni edasiliikumine, pärast sünnitust aga avanevad gonokokkidele laialdased võimalused emakaõõnde pääseda ja siis areneb niinimetatud ülenev gonorröa. Samuti on vajalik selgitada, kui palju oli raseduste üldarvust kunsttehislikke aborte ja kui palju iseeneslikke, sest kunsttehislikud abordid (eriti kriminaalsed) on terve hulga günekoloogiliste haigestuste põhjuseks, kuna iseeneslikkude abortide põhjusteks on infantilism, süüfilis, emaka põletikulised protsessid, fibromüoomid jms. Tuleb ka täheldada, et alaarengu (infantilismi) puhul esimene rasedus tavaliselt katkeb, järgnevad rasedused aga kantakse lõpuni. Süüfilisele on iseloomustav raseduse katkemine järgmiselt: esimene katkeb esimeste kuude kestel, teine — hilisemail tähtaegadel, kolmas lõpeb enneaegse sünnitusega ja lõpuks järgmised — normaalse sünnitusega.

Edasi selgitatakse, kas haige toitis rinnaga, kui kaua toitis ja lõpuks, viimane küsimus, kas tarvitas või tarvitab praegugi veel eostusvastaseid vahendeid ja milliseid. Veel küsitakse, kuidas möödus sünnitusjärgne periood: kas oli kõrgenenud temperatuuri, kaua see kestis; kas ei olnud kestvat vere-eritust, kui kaua lamas sünnitaja pärast sünnitust. Kõik see võib tunduval määral soodustada haigestuse etioloogia selgitamist ja olla teenäitajaks diagnoosimisel.

Eelnenud haigestused.

Lõpuks on vaja selgitada küsimus seoses eelnenud niihästi üldiste kui ka paiklike günekoloogiliste haigestustega, et kindlaks teha käesoleva haigestuse sidet varem põetud haigustega. Siinkohal on vajalik üksikasjaliselt tutvuda nii eelnenud haigestuse arenemise ja kulgemisega kui ka ravimeetoditega, et oleks võimalik otsustada ühel või teisel juhul rakendatud ravi efektiivsuse üle.

Ka on tähtis selgitada, kas perekonnas ei ole esinenud tuberkuloosi, süüfilist, kasvajaid, närvi- ja vaimuhaigusi.

Veel on vajalik teada saada kõigist haige juures teostatud operatiivseist vahelesegamistest.

Objektiivne järelevaatus.

Üldseisund.

Pärast anamnestiliste andmete kogumise lõpetamist asutakse objektiivsele järelevaatusele. Kunagi ei tohi piirduda ainult haigestunud elundite järelevaatusega (eriti väikese vaagna elunditega), vaid tuleb alati meeles pidada, et meie ees on haige naine. Meil on vaja tähele panna haige konstitutsionaalseid iseärasusi (püknik või asteenik), näoilmet, käitumist (sundolek, võimetus teostada mõnesuguseid liigutusi jne.), nahkkatte ja nahaaluse rasvkoe seisukorda. Luustiku ehitusel, vereringe-elundite ja närvisüsteemi, samuti hingamiselundite seisukorral võib olla küllaltki suur tähtsus günekoloogiliste haigestuste diagnostikas ja teraapias.

Kuivõrd õigustatud ülaltoodud nõue ka ei oleks, ei tähenda see veel tema rakendamist eranditult igal juhul. Nii näiteks ei hakka ükski arst selgitama haige konstitutsionaalseid iseärasusi, luustiku ja närvisüsteemi seisukorda, kui haigel on seesmine verejooks, mis on sõltuv katkenud emakavälisest rasedusest, kus on kallis iga minut haige elu päästmiseks.

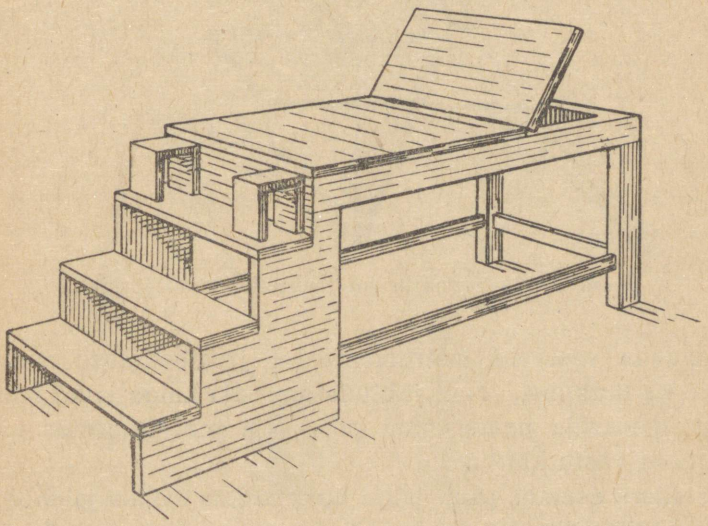
Vähe on ka sellest, kui piirdutakse ainult väikese vaagna elundite järelevaatusega ega märgata nahkkatete ja limanahkade tugevat kahvatust (mis on seoses suure verekaotusega), pulsi seisukorda, hingamist, reaktsiooniloidust (kollaps). Näiteks on täiesti väär piirduda ainult hooletusse jäetud emakavähi diagnoosi konstateerimisega, arvesse võtmata haige üldseisundit, mis objektiivselt aval-

dub kahheksias (üldine kurtumus, isepärane maajas-hall nahavärvus intoksikatsiooni ja sellele järgneva aneemia tõttu), sest üldine seisukord määratleb mõnikord selliste haigete ravimisvõimaluse. Oleks suur hooletus jätta selgitamata kopsu- või näärmetuberkuloosi olemasolu, kui kahtlustatakse emakamanuste tuberkuloosi, või kahtlustades emakakaela süfiliitilist kahjustust mitte otsida löövet nahal ja leukodermiat kaelal.

Günekoloogiliste haigete läbivaatus.

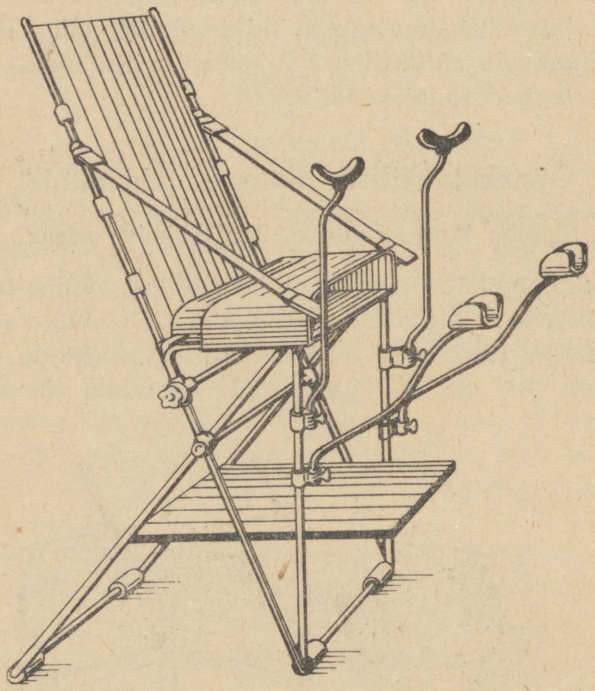
Sisustis järelevaatuseks, toolid, haige asend.

Günekoloogiliste haigete järelevaatust võib teostada igas olukorras: järelevaatuse paigaks võib olla voodi kui ka iga tugev laud, mida võib hõlpsasti valmistada iga tisler (joon. 1). Sellist lauda võib kasutada ka mõnede



Joon. 1. Puust laud haigete järelevaatuseks.

günekoloogiliste operatsioonide teostamiseks. Haiglaolukorras kasutatakse haigete läbivaatuseks mitmesuguseid toole, mis kõik üldiselt enam-vähem sarnanevad Schröder-Veit'i mudeliga (joon. 2). Haigete järelevaatusel tuleb

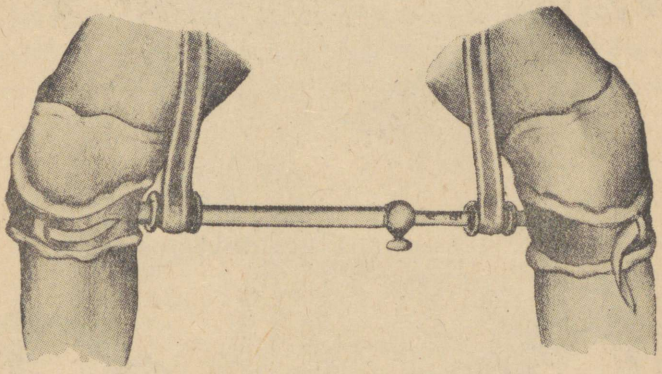


Joon. 2. Järelevaatustool (Schröder-Veit'i järgi).

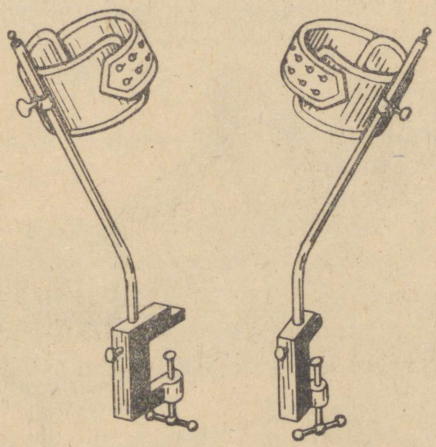
rakendada vastavat instrumentaalse järelevaatuse meetodit ja ka narkoosi. Neil juhtudel on vaja haige jalad mõnikord fikseerida painutatuna põlve- ja puusaliigestes ning surutuna vastu kõhtu.

Sellises asendis peab jalgu hoidma kas erilise jalahoidja abil (Ott'i, Fritsch'i jalahoidja — joon. 3 ja 4) või ühe või kahe abilise poolt.

Läbivaatuseks harilikul laual jalahoidja puudumisel võib selle konstrueerida ühest linast. Seda tehakse järgmiselt: pikk lina haaratakse kahe abilise poolt vastupidistest otstest *a* ja *b* (joon. 5) ja rullitakse kokku ühele poole (joon. 6). Saadud köie keskmine,

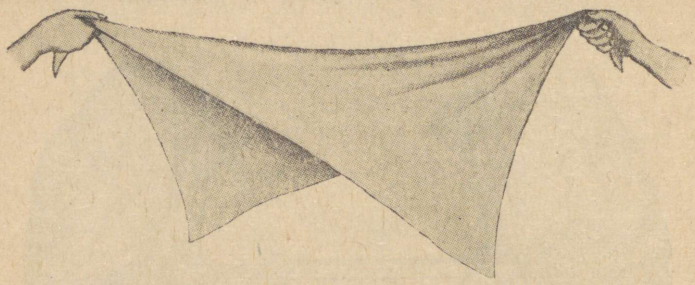


Joon. 3. Ott'i jalahoidja.

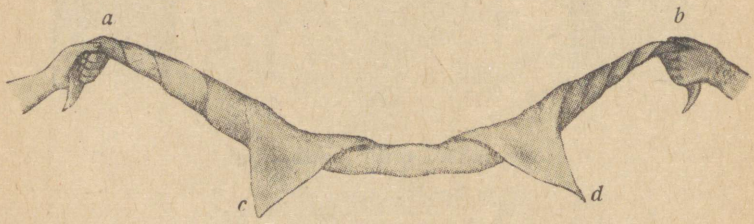


Joon. 4. Fritsch'i jalahoidja.

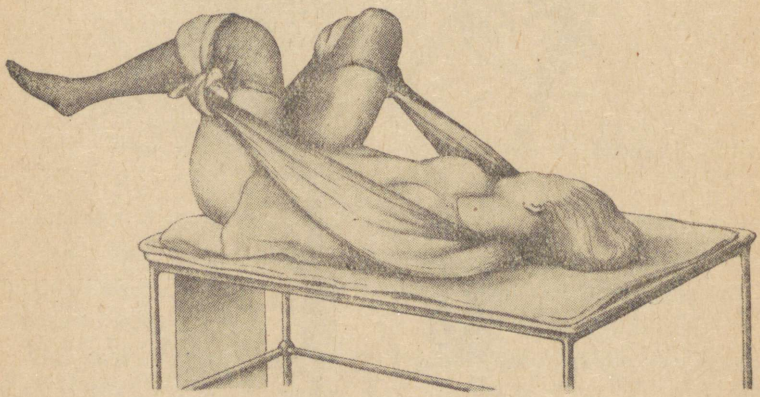
paksem osa asetatakse haige kaela alla, kuna kaks pikka otsa *a* ja *b* viiakse vastu keha surutud põlveliigeste alla seestpoolt väljapoole ning seotakse kokku lühikeste otstega *c* ja *d* (joon. 7).



Joon. 5. Esimene järk (lina kokkupanemine).



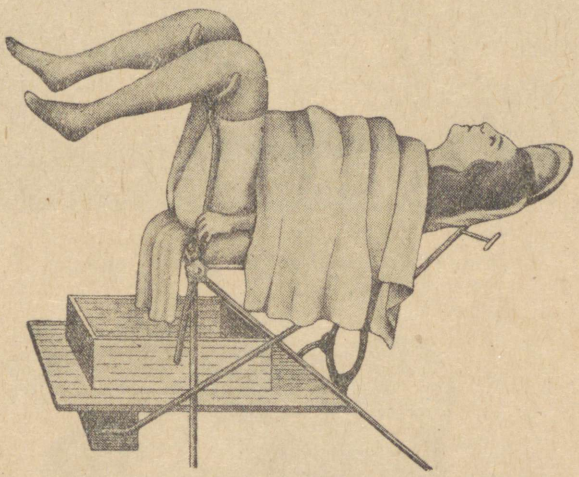
Joon. 6. Teine järk (otste kokkurullimine).



Joon. 7. Linast jalahoidja on valmis.

Haige asend.

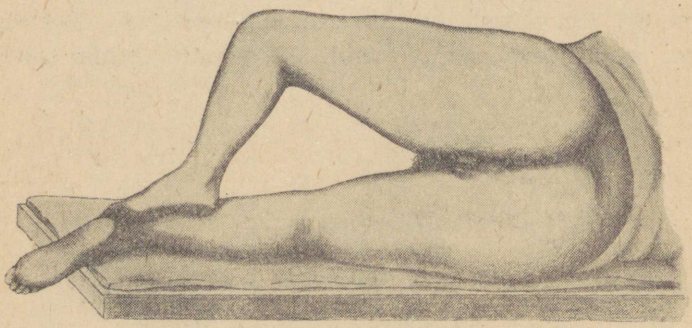
Kõige sobivamaks günekoloogiliste haigete järelevaatuse asendiks on haige horisontaalne lamamine selili, kusjuures ülakeha on kõrgemale tõstetud ning jalad põlvedest painutatud ja harkis — niinimetatud t u h a r a - s e l j a - a s e n d (joon. 8). On parem, kui kere alumine osa, s. t. vaagnapiirkond, asetatakse samuti veidi kõrgemale, mida saavuta-



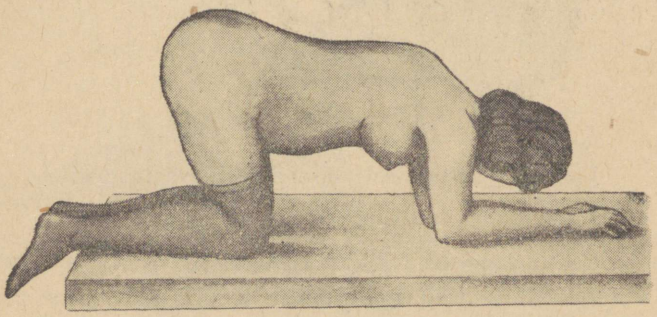
Joon. 8. Tuhara-selja-asend järelevaatustoolil.

takse haige vaagna alla kõva rullitaolise padja paigutamisega või sel teel, et haige paneb ristluu alla oma rusikas käed. Kõhulihaste pingutus on sellises asendis kõige väiksem ja soolesilmused nihkuvad väikesest vaagnast suurde vaagnasse diafragma suunas, mis on eriti tähtis selge pildi saamiseks järelevaatusel. Järelevaatuse ajal peab haige vabalt hingama, ta ei tohi hinge kinni hoida kõhuseina lihaste pinge vältimiseks.

Kasutatakse ka haige küljeli-asendit (joon. 9). Sel puhul lamab haige küljeli niiviisi, et tuharad asetsevad laua, voodi või diivani äärel. Kõrgemal asetsev jalg lähendatakse vastu kõhtu. Arst seisab haige taga. See asend on mugav ka haigele ja hõlpus eriti pärasoole järelevaatuseks.



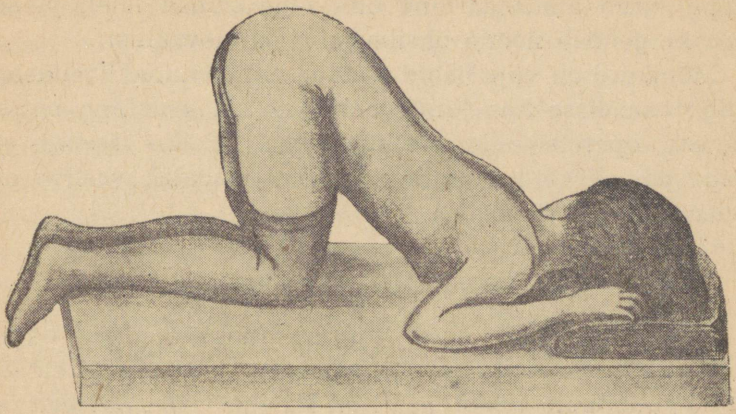
Joon. 9. Küljeli-asend (parempoolne).



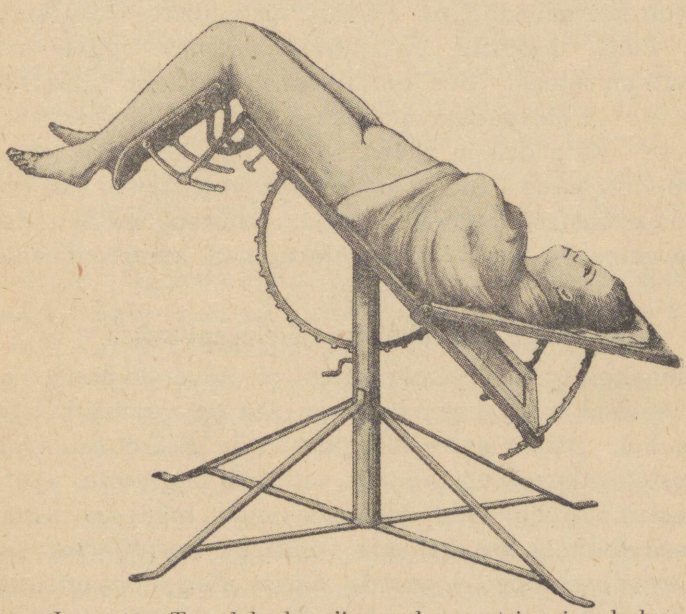
Joon. 10. Põlve-küünarnuki-asend.

Mõningail juhtudel, näiteks kuse-suguelundite uuriste järelevaatuseks, kasutatakse põlve-küünarnuki-asendit, kus haige naine on põlvili, toetudes küünarnukkidele (joon. 10). Siiski sagedamini kasutatakse põlve-rinna-

asendit, kus haige on põlvili nii, et tema rind on vastu lauda (joon. 11). Viimase asendi eelis seisab selles, et



Joon. 11. Põlve-rinna-asend.



Joon. 12. Trendelenburg'i asend operatsiooni puhul.

kõhuelundid kiiresti paigutuvad diafragma suunas ja et kõhuõõnes tekib negatiivne surve. Peegli sisseviimisel tuppe surub atmosfääriline õhk tupe seinad laiali ja sellega kergendab nende üksikasjalist järelevaatust.

Mõnikord on vaja haige asetada niinimetatud Trendelenburg'i asendisse kas järelevaatuseks või eriti aga mitmesuguste operatsioonide teostamiseks. Selles asendis on haige pea ja kere ülemine osa hästi madalal, vaagen aga asetseb kõrgel (joon. 12).

Käte ettevalmistus järelevaatuseks.

Kuigi mitteraseda naise tupp on infektsioonidele kaunis vastupidav, on siiski täiesti lubamatu teostada järelevaatust puudulikult desinfitseeritud kätega. Desinfitseerivate lahuste sagedasel tarvitamisel (eriti selliste lahuste nagu 1‰-line sublimaadilahus, 1%-line lüsoolilahus jt.) rikundub käte nahk, mistõttu on parem teostada järelevaatust kummikinnastega. See on tõhusaks kaitseks infektsiooni vastu nii järelevaadatavale haigele kui ka järelevaatajale enesele. Käte otsene pesemine seebiga ja sellele järgnev desinfitseerimine enne ja pärast iga vaginaalset järelevaatust on endastmõistetavad nõuded. Samasugune käte desinfitseerimine on vajalik ka järelevaatusel kummikinnastega.

Haige ettevalmistus järelevaatuseks.

Günekoloogiline järelevaatus ei nõua välissuguosade eriti hoolsat ettevalmistust, nagu see on vajalik sünnitusabi puhul. Ainult kui välissuguosad on määrdunud verega, mädaste eritistega või roojaga, on neid vaja pesta. Mõnede haigestuste puhul, milledega kaasuvad mädased vinavad eritised (näiteks emakakaela vähktõve korral), võib enne järelevaatust tuppe loputada mõne nõrga desinfitseeriva lahusega (kaaliumpermanganaadi-, piimhappe- jms. lahu-

sega). Kõikide manipulatsioonide puhul emakakaelal või emakaõõnes, nagu emakakaela laiendamine, emaka sondeerimine, proovi ekstsisioon, ka tagumise võlvi punktsioon, on vajalik välissuguosade ja tupe hoolas desinfitseerimine.

Enne kui asuda suguelundite järelevaatusele, peab haige tühjendama kusepõie. Ei suuda ta aga ise urineerida sõltuvalt haigestuse iseloomust, siis tuleb põis tühjendada kateetriga. Kateetrimine peab toimuma laitmatult puhtalt, sest vastasel korral võib selline tähtsusetu vahelesegamine põhjustada kuseteede rasket infektsiooni.

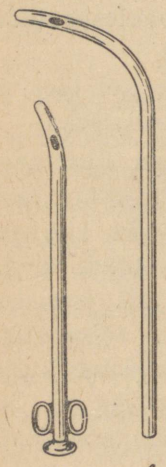
Naiste kateetrimine on tavaliselt lihtne ja sel teel on võimalik saada puhast uriini viivitamatuks uurimiseks.

Kogudes uriini üksikute portsjonite kaupa kuseteede haigestuste kahtluse korral, võime teha väärtuslikke järeldusi infektsiooni lokalisatsiooni suhtes. Näiteks kogudes uriini kateetrimatult kahte klaasi võime järeldada kuseteede teatava isoleeritud osa haigestust. Kui esimeses klaasis on uriin hägune (mäda väljauhtumise tõttu kusitist), teises aga selge, siis see näitab, et on tegemist kusiti limanaha haigestusega, kuna kusepõie limanahk ei ole haige; vastasel juhul oleksid mõlemad uriiniportsjonid hägused.

Uriini väljalaskmiseks tarvitatakse kateetreid (joon. 13), mis on valmistatud metallist, kummist või klaasist. Kateetrimisel tuleb rakendada kõiki ettevaatusabinõusid vigastuste ja väljastpoolt kusitisse pisikute sisseviimise vältimiseks. Enne kateetrimist on vaja kateeter keetmisega steriliseerida.

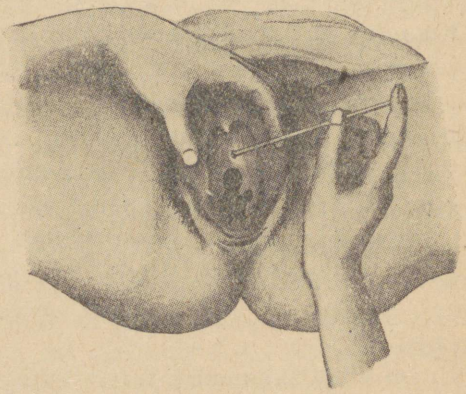
Kateetrimise tehnika on järgmine: pärast käte hoolikat ettevalmistust nihutatakse esmalt vasaku käe pöidla ja keskmise sõrmega häbememokad eemale, et kusiti ava oleks täiesti vaadeldav. Teise käega võetakse 1‰-lise sublimaadilahusega või mõne muu valu mittetekitava desinfitseeriva

lahusega niisutatud vatitopp ja puhastatakse sellega kusiti ava, suunaga kõdistist tupe ava poole. Hoides edasi vasaku käega häbememokki eemalenihutatuina, võetakse parema käega kateeter paviljoniks nimetatud laiemast otsast ja sõrmega selle ava kinni litsudes viiakse kateeter ettevaatlikult ning vägivallata kusitisse. Et naise kusiti on lühike ja omab laia valendikku, siis toimub kateetri sisseviimine takistusteta (joon. 14).



a *б*

Joon. 13. *a* — naiste kateeter, *b* — meeste kateeter.



Joon. 14. Kateetrimine.

Mõningail juhtudel võib esineda raskusi kateetri sisseviimisel, sest naise kusiti ei ole sirge, vaid kõver kanal kumerusega tahapoole ning mõnikord on välisava kaetud uretraalse voldiga.

Pärast seda kui kateetri vähesel väljatõmbamisel kusitist uriini enam ei tule, tõmmatakse kateeter välja, kusjuures kateetrit hoidva käe pöidlaga suletakse tema ava.

Sellega välditakse kateetrisse jäänud uriini sattumist välissuguosadele.

Enne iga bimanuaalset järelekatsumist peab mõtlema sellele, kas kusepõis ei ole liiga täis, mis raskendaks järelevaatust ja põhjustaks suguelundite paigaltnihkumist. Liialt täitunud kusepõit võidakse väheste kogemuste korral mõnikord tõlgitseda kasvajana.

Vahel kogunevad pärasoole alumises osas kõvad roojamassid, mis ahendavad tupe ava, raskendavad vaginaalset järelevaatust ja asetsedes kõrgemal võivad simuleerida kasvajat. Selliste raskuste ja eksimuste vältimiseks on vajalik lasta tühjendada pärasool. Osutub see ambulatoorseis töötingimustes teostamatuks, siis tuleb määrata patsiendile vastav kõhulahtisti või seebivee-klistiir (ka glütseriini lisandamisega), mida ta võib teostada kodus. Kuid korduvale järelevaatusele ilmugu haige juba pärast põhjalikku soolte tühjendamist.

Väline järelevaatus.

Vaatlus.

Pannes valmis kõik, mis on vajalik järelevaatuseks, asutakse günekoloogilisel toolil paljastatud kõhu ja välissuguorganitega lamava haige välisele vaatlusele. Esmalt vaadeldakse kõhtu väliselt, täheldades tema iseärasusi, nagu vormi, suurust, vanu rasedusarme, kõhuseinte lodevust, puhitust, sissetõmbumist, eelnenud operatsioonide arme, uuriste avasid, haavandeid, löövet, lihaste eemaldumist, songade väljasopistumist, veenide laienemist, pigmentatsiooni, erakordset karvasust ja naba seisundit. Eriti on tähtis täheldada kõhu pungisolekut, mis on põhjustatud kas kasvajast kõhuõõnes või kõhuseinas või turse, astsiidi või meteorismi olemasolust.

Juba kõhu pungisoleku suuruse ja vormi järgi võib teatava tõenäosusega (eriti kõhnade naiste korral) otsustada, millise suguosa kasvajaga meil käesoleva haige puhul tegemist on. Näiteks munasarjade tsüstitaolised kasvajad on vormilt enamasti üksikud kerakujulised moodustised; hulgised emaka fibromüoomid, kus kerakujulised kasvajad on üksteisega liitunud, omavad konglomeraadi kuju. Munasarja tsüstide puhul on kõht tavaliselt kuplitaoliselt ette võlvunud. Kõhuõõne astsiidi puhul omab kõht kaunis iseloomustavat kuju tema külgmiste seinte sümmeetrilise ettepungistumise tõttu ja ainult suurel hulgal astsiidivedeliku kogunemisel on kõhul ühtlane kerataoline kuju.

Kõhuõõne kasvajad võivad asendit muuta kas aktiivselt või passiivselt või mõlemal viisil korraga. Elundi aktiivseks liikuvuseks nimetatakse tema asendi muutumist diafragma liikumisel hingamisliigutuste puhul, passiivseks aga kasvaja asendi muutumist, mis on tekitatud järelevaataja kätega. Hooletusse jäetud pahaloomuliste kasvajate asendit ei saa üldse muuta. Suguelundite (genitaalide) kasvajad ei oma üldiselt aktiivset asendi muutumist, kuna aga nende passiivne liikuvus võib olla kaunis suur (munasarja tsüstid pikal säärel või emaka subseroossed sõlmed). Kõhu palpeerimisega võib avastada soolte, rasviku, mao ja kõhutaguste lümfisõlmede kasvajaid. Diferentsiaaldiagnoosimisel tuleb alati silmas pidada seda, et suguelundeist lähtuvad kasvajad on tavaliselt seoses väikese vaagnaga ja kasvaja kaaretaoline piirjoon on suunatud oma kumerusega ülespoole.

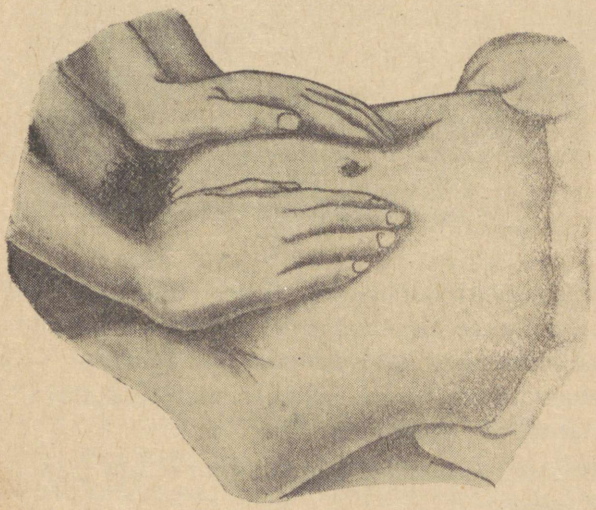
Tursed lokaliseeruvad peamiselt kõhu alumistes osades, välistes suguelundites ja alumistes jäsemetes, kusjuures turse kohal olev nahk on iseloomustava välimusega: ta on nagu pungil täis ja läikiv.

Üldine meteorism tekitab kogu kõhu ühtlast puhitust; on aga tegemist osalise meteorismiga (soolte ummistuse puhul), siis on puhitunud ainult kõhu teatav osa.

Tähelepanelikul vaatlusel läbi kõhukatte võib mõnikord palja silmaga märgata puhitunud soolte kontuure ja jälgida nende peristaltilist liikumist, loote liigutusi emakas, samuti aordi pulsatsiooni.

Palpatsioon (komplus).

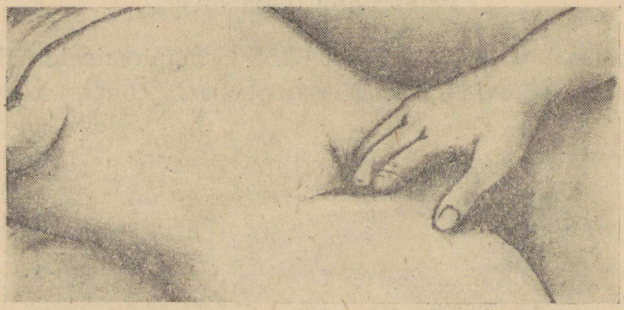
Vaatlus lõpetatud, asutakse kõhu komplemisele. Selleks asetatakse mõlemad käed sümmeetriliselt kõhule, kämblaga



Joon. 15. Kõhu palpeerimine kahe käega.

allapoole (joon. 15), ja aeglaste sujuvate liigutustega kombeldakse kõhukatteid, nende paksust, pingulolekut, tundlikkust, konsistentsi ja kõhu sirglihaste eemalenihkumist, võrreldes seejuures alati üksteisega kõhu sümmeetrilisi

kohti. Palpeerimist võib teostada ka ühe käega (joon. 16). Käed peavad olema tingimata soojad, sest vastasel korral nad põhjustavad lihaste reflektoorset kokkutõmmet, mis raskendab järelevaatust. Sügavamal palpeerimisel võib kõhuseinte järeleandvuse puhul eraldada lülisambal asetsevat pulseerivat aorti, ristluu neeme, soolestiku täitumuse astet. Kubemes võib leida suurenenud kubeme-lümfisõlmi, songade väljasopistusi, emaka ümarsideme kasvajat ja vee-



Joon. 16. Kõhu palpeerimine ühe käega.

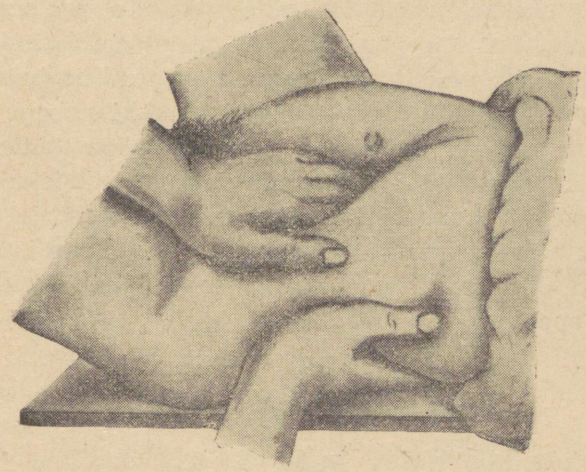
nide varikoosseid laienemisi. Kõhu ülemises osas roidekaare all leitakse paremal pool maksa, vasakul — põrna äär juhul, kui need on suurenenud. Neerude ja sügavamal asetsevate kasvajate palpeerimist teostatakse nimme alla asetatud käe abil (joon. 17).

Normaalsed seesmised suguelundid ei ole määratletavad läbi kõhuseina.

K a s v a j a puhul kõhuõõnes määratletakse selle ülemised ja külgmised piirid, piiristumine puusalohkude ja väikese vaagna õõne suunas, kõhuseinte liikuvus kasvaja kohal ja kasvaja liikuvus kõhuseinte all. Tehakse kindlaks kasvaja suurus, kuju, pinna iseloom (sõlmed, müga-

rad, sõlmekesed) ja konsistents (kõva, pehme, elastne, tiheelastne).

Mõnikord tuntakse kõhu palpeerimisel, eriti pärast asetleidnud kõhuõõne operatsioone, krepitatsiooni, mis on põhjustatud õhu sattumisest nahaalusesse rasvkoesse (nahaalune emfüseem). Nahaalused emfüseemid võivad tekkida pärast ebaõigesti teostatud nahaalust infusiooni, mille



Joon. 17. Sügaval asetsevate kasvajate palpeerimine.

puhul koos sisseviidava vedelikuga satub nahaalusesse rakustikku ka õhku.

Vedeliku olemasolu kõhuõõnes määratletakse järgmisel viisil: üks käsi fikseeritakse lapiti kõhu ühel külgmisel pinnal, kuna teise käega tehakse vastaspoolelt kõhtu fikseeriva käe suunas tõukelaadilisi liigutusi, mille puhul tekib fluktuatsioonitunne. Tuleb silmas pidada, et kõhuseina tugeva rasvumise puhul saadakse ebafluktuatsiooni tunne (rasvunud kõhuseina võnkumine). Patsiendi kõhu palpeerimisel on vajalik täheldada selle tundlikkust surumise vastu kõhu mitmesugustes kohtades. Valulikkus

kõhu komplemisel esineb sisemiste suguelundite põletikuliste haigestuste puhul, eriti seal, kus protsessi on kaasa tõmmatud ka kõhukelme; tekib kõhuseina lihaste „kaitseline" kokkutõmme iga puudutuse puhul (*défense musculaire*).

Kõhu palpeerimisega tehakse kindlaks ka valupunktid, mis on iseloomustavad ühe või teise kõhuõõne-elundi (näiteks sapipõie, ussjätke) põletikulistele protsessidele. Nagu teada, on üheks ussjätke haigestumise iseloomustavaks tunnuseks valulikkus MacBurney punktis, mis asetseb parema niudeluu ülemist eesmist nukki nabaga ühendava joone keskel. Leida see punkt on väga tähtis apenditsiidi diagnoosimisel. Lõpuks on vaja veel tähistada selle punkti asukoht kõhuseinal, mis vastab munasarja asukohale. Nimetatud punkt asub naba ja Poupart'i sideme keskpaika ühendava joone keskmise ja alumise kolmandiku vahepeal.

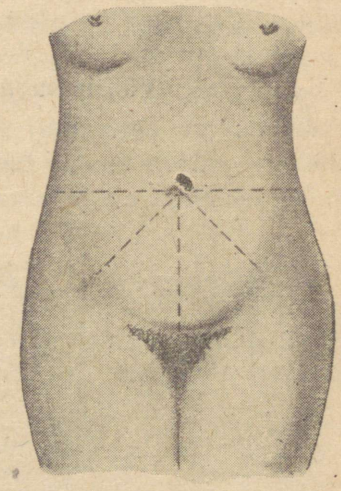
Kõhu koputlus (perkussioon).

Kasvajate kontuuride ja üksikute elundite piirjoonte määratlemiseks kasutatakse koputlusmeetodit — perkussiooni, mida teostatakse harilikult sõrmedega. Kõik kasvajad, samuti kapseldunud ekssudatiivsed parametriidid tekitavad t u m e d a t kõla, kuna aga soolestiku ja mao kohal täheldatakse t ü m p a a n i l i s t kõla. Vaba vedeliku olemasolu puhul kõhuõõnes esineb t ü m p a a n i l i n e kõla kõhu keskosas, kuna vedeliku kogunemise kohtadel külgedel on kõla t u m e; haige asendi muutmisel muutuvad ka tumeda kõla piirjooned.

On vaja meeles pidada, et ka täitunud kusepõie perkuteerimisel saadakse tume kõla; seetõttu ongi vajalik tühjendada põis enne igasugust järelevaatust väikeses vaagnas.

Väga tähtsaid diagnostilisi andmeid saadakse kõhu perkuteerimisega emakavälise raseduse puhul (kõhuõõnde vere kogunemise määratlemine).

Kõhu koputlusega saab eristada naise suguorganite kasvajaid maksa, põrna jne. kasvajaist. Maksa ja põrna kasvajate puhul on iseloomustav see, et kasvaja olemasoluga seletatav tume kõla nende juures läheb nimetatud elundite kohal otseselt üle tumestuseks ja on eraldatud väikese vaagna piirkonnast tümpaniidi piirkonnaga. Naise suguelundite kasvajate puhul läheb tumestus otseselt üle väikese vaagna piirkonda. Perkuteerimist on kõige sobivam alata naba juurest suundades, mis on näidatud joonisel 18.



Joon. 18. Kõhu perkuteerimine.

Kõhu kuulatlus (auskultatsioon).

Juhul, kui kõhu suuruse ja kuju järgi ei ole võimalik määratleda, kas meil on tegemist raseda emakaga (hilisaegsega) või kasvajaga, on vajalik auskulteerida. Kõhu auskulteerimisega määratletakse raseduse puhul loote südamelöögid, tema liigutused ja emaka kahinad. Auskulteerimist kasutatakse samuti munajuhade läbipuhumisel, kusjuures mõnikord õnnestub kuulatleda tuuba ampullaarsest otsast väljuva puhuva õhu kahinat.

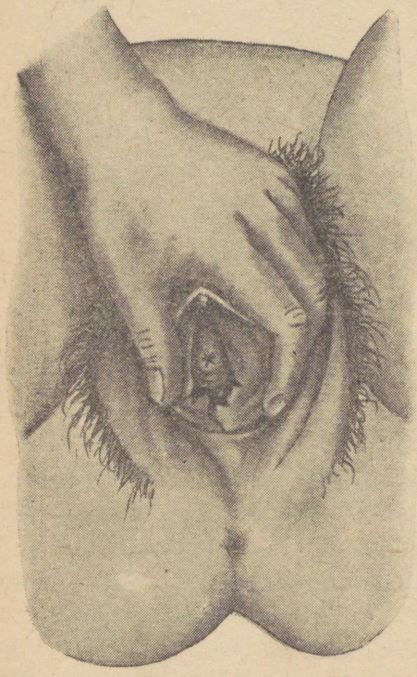
Üldise peritoniidi puhul konstateeritakse kõhu auskulteerimisega soolte kahinate täielikku puudumist peristaltika lakkamise tõttu.

Kõhu mõõtmine.

Kõhu mõõtmist teostatakse günekoloogias harva. See osutub vajalikuks näiteks suurte kasvajate puhul, et jälgida nende kasvamist, ja astsiidi puhul, et konstateerida selle suurenemist. Kõhu ümbermõõtmist teostatakse tavaliselt sentimeetripaelaga naba kõrgusel.

Väliste suguelundite vaatlus.

Väliste suguelundite vaatluseks paigutatakse haige günekoloogilisele toolile tuhara-selja-asendisse laialinihutatud ja täisnurga all painutatud jalgadega.



Joon. 19. Väliste suguelundite ja ja tupe-esiku vaatlus enne seesmist järelekatsumist.

Esmalt vaadeldakse häbemekinku, täheldades selle kuju, nahaaluse rasvakihi seisundit, karvastise iseloomu ja parasiitide olemasolu (satikad). Koos sellega vaadeldakse reite seesmisi pindu (haudused, ekseem, kondüloomid, varikoossete sõlmede olemasolu). Siis asutakse suurte ja väikeste häbememokkade (nende suurus, tursete olemasolu, haavandid, kasvajad, varikoossed sõlmed, kondülomatoossed moodustised, häbemepilu kinni- või lahtiolek), lahkliha (rebendid, armid, kõr-

gus) ja lõpuks päraku (hemorroidaalsed sõlmed, pakatused, kondüloomid, haavandid, limanaha väljalangemine jne.) vaatlusele. Vasaku käe pöidla ja nimetissõrmega surutakse laiali häbememokad (joon. 19) tupe-esiku vaatluseks. Siin tuleb silmitseda kõdistit ehk kliitorit (kuju, suurus, arenemise anomaaliad), kusiti suuet (limanaha seisund, polüüpide olemasolu, kusitist väljuvate eritiste iseloom), parauretraalseid käike (põletiku olemasolu, mädakorgid), suurte ja väikeste häbememokkade seesmist pinda (limanaha pind, pigmentatsioon, haavandite olemasolu), neitsinahka (vigastamatus, rebendite kuju, armide seisund), tagumist nidet (rebendid, armid).

Suurte häbememokkade seesmisel pinnal tagumise kolmandiku piiril tuleb leida Bartholin'i näärmete suudmed, täheldades eritiste iseloomu, *macula gonorrhoica* (gonorröalaikude) olemasolu, paistetusi, punetust (suudmete ümber.

Vaadeldes tupe-esiku limanahka tuleb veel tähele panna selle tsüanoosi, mis võib viidata rasedusele, siis paisnähte väikeses vaagnas, mis olenevad kasvajaist, emaka väärasendist jne.

Tupe seinte allavajumise või väljalangemise määratlemiseks tuleb lasta haigel punnitada või köhida.

Pärast väliste suguelundite vaatlust asutakse seesmisele järelevaatusele.

Seesmine järelevaatus.

Järelevaatust, mida teostatakse sõrmede sisseviimisega tuppe, nimetatakse seesmiseks järelevaatuseks. Günekoloogilises praktikas on seesmine järelevaatus e. järelekatsumine kombineeritud (kahekäeline): ühe käe üks või kaks sõrme viiakse tuppe, kuna teise käega fikseeritakse uuritavat elundit (emakas, manused) läbi kõhuseinte või püü-

takse komplusega määratleda ühe või teise piirkonna seisundit väikeses vaagnas. Seesmist järelekatsumist teostatakse sagedamini parema käega, kuid mõned eelistavad järelekatsumist vasaku käega. Järelekatsumine sooritatakse kas ühe sõrmega, nimelt nimetissõrmega, või kahe sõrme abil — nimetis- ja keskmise sõrmega. Järelekatsumist teostatakse ettevaatlikult, valu tekitamata.

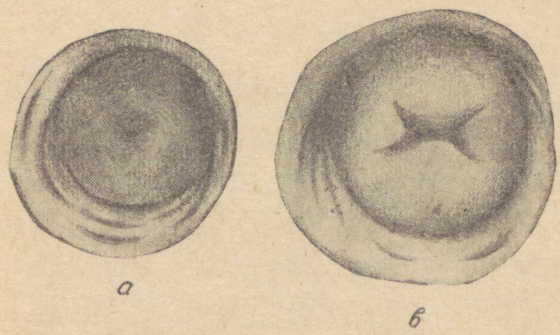
Asudes järelekatsumisele seistakse haige ette, kes lamab selili, jalad painutatud ja laiali nihutatud. Surudes häbememokad vasaku käe pöidla ja nimetissõrmega laiali, viiakse parema käe nimetissõrm tuppe, täheldades sealjuures tupe tundlikkust, tupe sissekäigu avarust ja seinte elastsust.

Tuleb meeles pidada, et kõige tundlikumaks kohaks on kõdisti ja tupe eesmine sein kusiti piirkonnas. Seepärast ei tohi sõrme sisseviimisel neile litsuda. Sõrmed peavad libisema mööda tupe tagumist, mitte aga esimest seina. Kui sõrmede sisseviimine tupe kitsuse tõttu on raskendatud, siis tuleb nende sisseviimisel lahkliha allapoole litsuda, sõrmed ise aga määrida vaseliiniga.

Viies sõrmed sügavamale tuppe määratletakse limanaha seisund (niiskuse määr, koeosiste vohamised, krobedikud, nihkumise määr või vastupidi — järeleandmatus armide puhul), kasvajate olemasolu, vaheseina olemasolu kahekordse tupe puhul. Läbi tupe eesseina võib palpeerida kusitit kaunis suures ulatuses juhul, kui see on infiltreerunud.

Palpeeriva sõrmega leitakse üles emaka tupeosa, tehakse kindlaks selle kuju (kooniline, silindriline), suurus, välise emakasuudme kuju [mittesünnitanuil on see ümmargune, sünnitanuil põikilõheline (joon. 20)], rebendite ja armide olemasolu, mis sõltuvad sünnitusest, kasvajad jne. Emakakael on sügavate põikirebendite puhul jagunenud kaheks mokaks (eesmine ja tagumine), kusjuures tservi-

kaalkanali limanahk on neil juhtudel pöördunud pahupidi tupe valendikku (*ectropion*). Kui emakakaelal esinevad erosioonid, siis tundub selle pind palpeerimisel vahel sametisena; *ovula Nabothi*'sid kombeldakse väikeste mügaratena. Normaalselt on väline emakasuue kinni. Emakakaela asendi järgi võib otsustada emaka paigaltnihkumise üle. Emakakael asetseb normaalselt täpselt keskjoonel. Selle välissuue (naise seisuasendis) on suunatud alla- ja tahapoole.

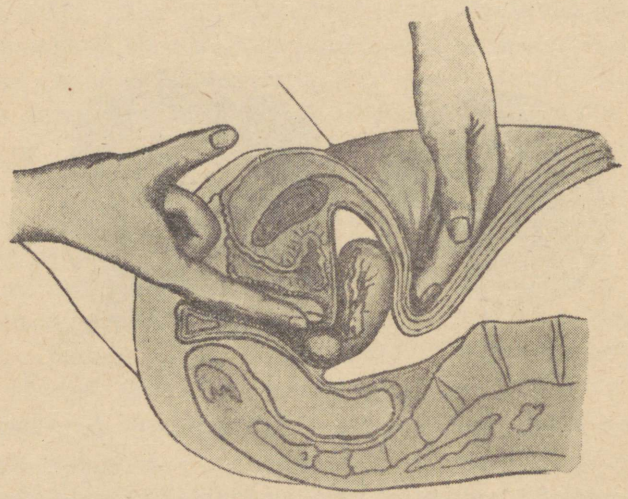


Joon. 20. Väline emakasuue. *a* — mittesünnitanul, *b* — sünnitanul.

Võlvide järelevaatusel tehakse kindlaks nende sügavus, laius, limanaha liikuvus, pundumised, kasvajad, infiltraadid ja nende seos naaberelunditega, võlvide valulikkus või selle puudumine.

Selle järel asutakse kõrgemal asetsevate elundite ja väikese vaagna osade järelevaatusele. Alatakse tavaliselt emakast. Selle asendi, kuju, suuruse ja konsistentsi määratlemiseks talitatakse järgmiselt: tuppe sisseviidud sõrmed fikseerivad emaka tupeosa, tõstes emakat veidi üles ja ettepoole, millega lähendatakse emakapõhi kõhu eesmisele seinale. Välise käega surutakse ettevaatlikult kõhuseinale, püüdes sõrmi asetada emakakeha tagumisele

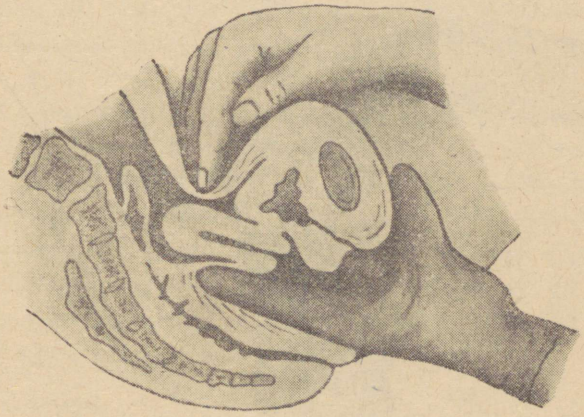
pinnale (joon. 21); selle järel paigutatakse teise käe sõrmed ümber eesmise võlvi ja emakakeha kombeldakse mõlema käe sõrmede vahel. Normaalselt asetseb emakas väikeses vaagnas keskjoonel, võrdsel kaugusel häbemeliidusest ja ristluust, samuti ka vaagna külgseintest. Emakapõhi on pöördunud üles- ja ettepoole, ulatudes mitte kõrgemale väikese vaagna sissekäigu tasapinnast, emakakael aga alla-



Joon. 21. Kombineeritud järelevaatus tupe-kõhuseina kaudu. Emaka komplemine selle normaalasendis.

ja tahapoole. Emakakaela ja -keha vahel on ettepoole (üsa poole) avatud nurk. Sellist emaka kuju ja asendit nimetatakse *anteflexio-anteversio*-asendiks, mis tähendab, et emakas on painutatud ettepoole avatud nurga all ja peale selle veel kaldunud ettepoole. Nagu me edaspidi näeme, esineb palju kõrvalekaldumisi emaka sellisest normaalsest asendist mitmekesiste painutuste ja kallakute või paigaltnihkumiste näol ühele või teisele poole, mis sun-

nib meid vastavalt muutma järelevaatuse metoodikat. Nii näiteks emaka asendi muutumisel tahapoole (veel enam, kui see on paindunud tahapoole) ei ole võimalik paigutada välise käe sõrmi emaka tagumisele küljele ja sel puhul tuleb järelevaatuse tehnikat muuta nii, et tagumisse võlvi viidud sõrmedega palpeeritakse emaka tagumist pinda, väljasoleva käega aga eesmist.



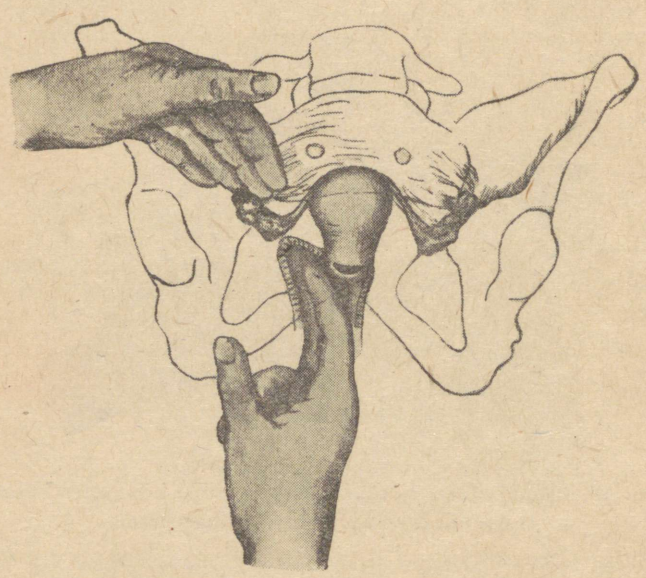
Joon. 22. Kombineeritud järelevaatus tupe-kõhuseina kaudu. Taha nihestunud emaka palpeerimine.

Täisealise naise emakas on normaalselt pirnikujuline, eestpoolt tahapoole lapergune; selle pind on sile; palpeerimisel on ta valutundetu ja teataval määral igas suunas liikuv. Emaka vähenemist füsioloogiliselt täheldatakse klimakteeriumijärgus. Patoloogilistest seisunditest, millega on seotud emaka vähenemine, tuleks mainida infantilismi ja emaka atroofiat pikaajalisel rinnaga toitmisel, pärast operatiivset munasarjade kõrvaldamist jne.

Diagnostilises suhtes on oluline täheldada emaka konsistentsi. Näiteks fibromüoomide puhul on see kõva, eba-

ühtlane, raseduse ajal aga pehme (taignataoline). Lõpuks määratakse emaka liikuvus, tundlikkus litsumise vastu, valulikkus paigaltnihkumisel, kasvajate puhul suhe kasvajatega.

Kui emaka järelevaatus on lõpetatud, siirdutakse manuste (munasarjade ja munajuhade) kui ka emaka kõrvalkoe ja kõhukelme järelevaatusele (joon. 23). Peab mär-



Joon. 23. Kombineeritud järelevaatus tupe-kõhuseina kaudu. Manuste palpeerimine.

kima, et sidemed, emaka kõrvalkude ja manused on normaalselt niivõrd pehmed ja järeleandvad, et nende palpeerimine pole võimalik. Ainult harva on võimalik palpeerimisel kombelda normaalset munasarja (kõige sagedamini selle allalangemisel) mandlikujulise kehana, hästi liikuvana ja tundlikuna. Emakamanuste ja emaka kõrvalkoe järelekatsumise viis seisab selles, et tuppe viidud sõrmed ase-

tatakse ühte külgmisse võlvi, kuna välise käega surutakse läbi kõhuseina sügavale, püüdes mõlema käe sõrmi kokku viia (mis ka õnnestub, kui ei esine manuste suurenemist ega infiltraate emaka kõrvalkoes). Põletikuliste protsesside kui ka kasvajate puhul manustes asetsevad viimased mõnikord emaka taga Douglas'e ruumis; sel puhul on neid kerge palpeerida läbi tagumise võlvi. Väikese vaagna eksudaadid, samuti katkenud emakavälise raseduse puhul väljavoolanud veri valguvad tavaliselt Douglas'e ruumi, punnutades viimast ja tõrjudes emakat ettepoole (üsaluu poole).

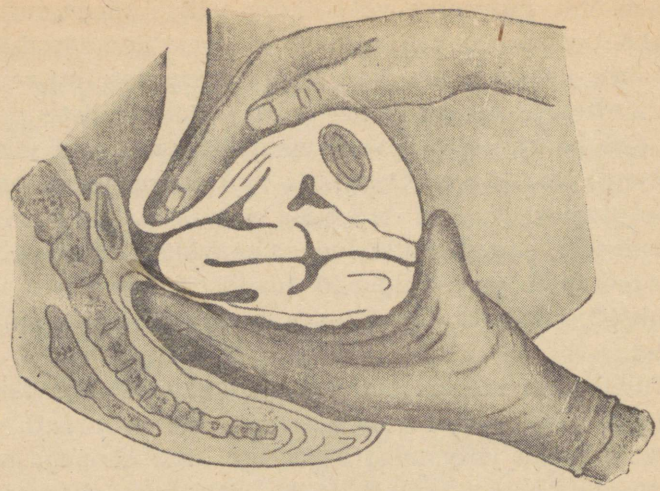
Tuleb alati meeles pidada, et roojamassidega täitunud pärasool võib simuleerida kasvajat või infiltraati. Seda aitab selgitada järgmine lihtne võte: kui sõrmega suruda kogunenud roojamassidele, jääb järele lohk; kasvajate ja infiltraatide puhul seda ei täheldata. Peale selle garanteerib seesuguse vea eest enne järelevaatust tehtud klistiir.

Vaginaalse järelevaatuse lõpetamisel on alati vaja täheldada sõrmede külge jäänud eritise omadusi.

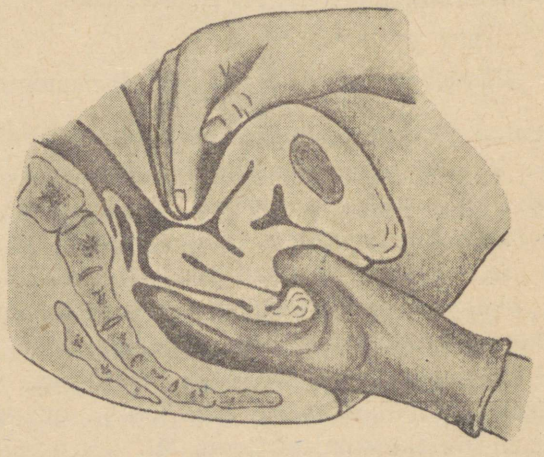
Kombineeritud rektaalne järelekatsumine.

Rektaalne järelekatsumine võetakse ette neil juhtudel, kui tupe kaudu pole võimalik järelekatsumist teostada (neitsidel, tupe atreesia puhul) ja kui vaagnaelundid (vaagna rakustiku tagumiste osade seisund, ristluu-emaka sidemed jne.) vajavad detailset järelevaatust. Enne järelevaatust puhastatakse klistiiri abil soolestik. Järelevaatust teostatakse kummikindas ühe sõrmega või varustatult kummist sõrmekattega, mis on määritud vaseliiniga. Haige asend ja järelekatsuja käte asend on samad nagu vaginaalsel järelekatsumisel (joon. 24).

Mõningail juhtudel tuleb kasutada rektaal-vaginaalset järelekatsumist. Selle menetluse puhul viiakse tuppe



Joon. 24. Kombineeritud rektaalne järelekatsumine.



Joon. 25. Kombineeritud järelekatsumine rektaal-vaginaalselt ja läbi kõhuseina.

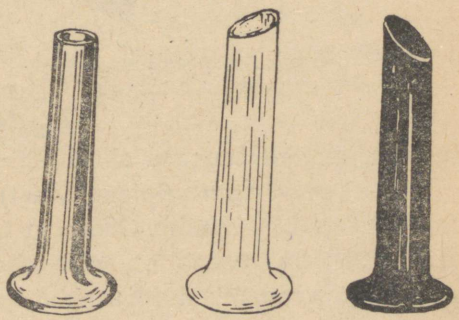
nimetissõrm, pärasoolde aga keskmine sõrm, kuna teise käega palpeeritakse vaagnaelundeid läbi kõhuseina. Mõnedel juhtudel on otstarbekohane viia tuppe pöial, pärasoolde aga nimetissõrm (joon. 25). Selle menetluse puhul on hõlpus orienteeruda infiltraatide ja kasvajate asukoha suhtes, mis on seoses pärasoole-tupe vaheseinaga.

Järelevaatus instrumentide abil.

Günekoloogiliste haigete järelevaatus ei tohi piirduda ainult välise ja seesmise järelekatsumisega, vaid seda tuleb täiendada meetoditega, mille juures kasutatakse mitmesuguseid instrumente silmale kättesaadavate vaagnaelundite järelevaatuseks.

Kõige sagedamini teostatakse järelevaatust tupepeeglite abil. Meie isegi visalt nõuame, et seda järelevaatuse meetodit kasutataks iga günekoloogilise haige puhul, kes on üle 30 aasta vana ja pöördub polikliinikusse, ambulatooriumi või tervishoiupunkti mõnesuguse haigestusega. Sageli võib ainult selle järelevaatuse meetodiga avastada pahaloomulisuse suhtes kahtlasi erosioone.

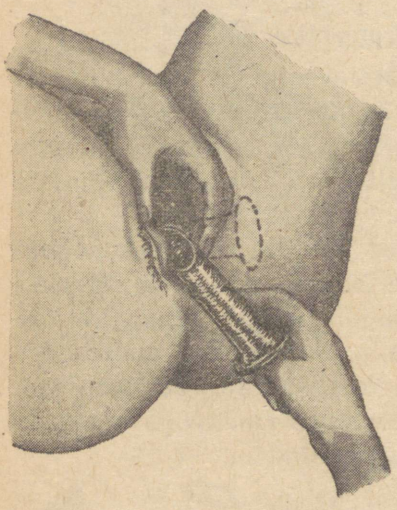
Oma konstruktsioonilt jagunevad vaginaalsed peeglid kolme tüüpi: silindrilised, poolmetega ja lusikataolised.



Joon. 26. Fergusson'i silindrilised peeglid.

Silindrilised tupepeeglid (joon. 26) on mitmesuguse läbimõõduga torud, millede üks ots on lehtritaoline, kuna teine ots on libamisi. Neid peegleid valmistatakse klaasist, gutapertšist ja metallist.

Järelevaatust teostatakse järgmiselt: parema käega võetakse vastavas suuruses peegel, paigutades pöidla lehterservast peeglisse (joon. 27). Vasaku käe pöidla ja nimetissõrme abil avatakse häbemepilu ja viiakse peegli ots tupe sissekäiku, surudes lahklihale ja hoides peegli pikemat külge tahapoole.

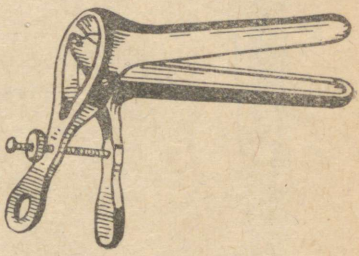


Joon. 27. Silindrilise peegli sisseviimine.

Tuleb meeles pidada, et kõige tundlikumad kohad on kusiti ja kõdisti piirkond, mistõttu neid kohti peab peegli sisseviimisel kaitsma. Pöördliigutusega nihutatakse peegel sügavamale, kuni tema ots toetub tupevõlvidele ja emaka tupeosa asetub peegli valendikku. Silindrilised peeglid on sobivad mitte ainult tupe seinte ja emaka tupeosa järelevaatamiseks, vaid ka terapeutiliseks otstarbeks, näiteks emaka tupeosa määrimiseks, tupekümblusteks, emaka tupeosa skarifikatsiooniks jms.

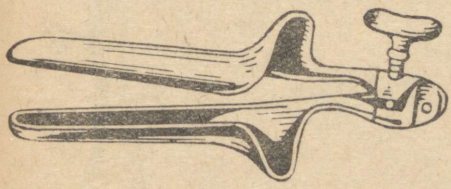
P o o l m e t e g a (laiendavaist) p e e g l e i s t kasutatakse kõige sagedamini Cusco ja Collin'i peegleid (joon. 28 ja 29). Collin'i peegel on sellise konstruktsiooniga, et tema poolmete avanemisel laieneb kogu tupp, alates sissekäigust; Cusco peeglil tupe sissekäigu juures asetsev osa ei laialdu, vaid laienevad ainult harud. Cusco peegli abil teostatakse järelevaatust järgmiselt: võttes peegli paremasse kätte tõmmatakse vasaku käe pöidla ja nimetissõrmega häbememokad laiali ning viiakse peegli nokk tuppe

niiviisi, et noka pilu asetub häbemepilu suhtes põiki. On pool peeglist põiki sisse viidud, pööratakse peegel nii, et üks tema harudest asub ülal, teine all. Sellises asendis lükatakse peegel sügavamale ja samaaegselt pideme harude lähendamisega avatakse peegli valendik. Laiendavad peeglid on sobivad selle poolest, et nad on vastupidavad, kergesti steriliseeritavad ega vaja kõrvalabi.

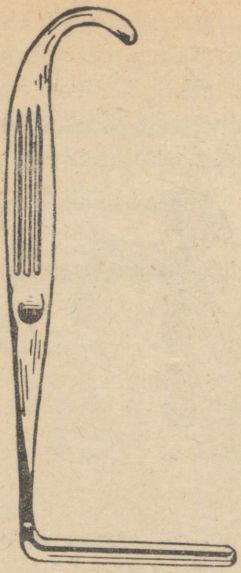


Joon. 28. Cusco peegel.

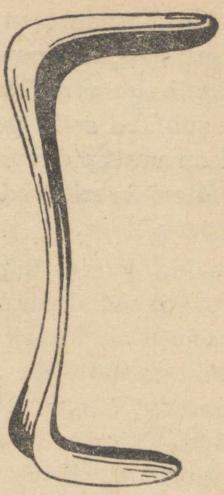
Lusikataolised peeglid koosnevad lusikast ja käepidemest. Seda tüüpi peegleid kasutatakse kõige sagedamini. Nende abil on võimalik järele vaadata kõiki tupe osi, võlve ja emaka tupeosa. Oma äranägemise järgi peegleid edasi nihutades võime vaadelda kõiki tupe seinu, võlve ja emaka tupeosa. Emakakaela tupeosa vaatlemisel pööratakse tähelepanu selle kujule, suurusele, värvusele, eesmise ja tagumise moka pikkusele, välissuudme kujule ja esinevaile muutustele (kaela rebenditele, erosioonidele, haavanditele, polüüpidele jne.). Lusikataoliste peeglite abil võime manipuleerida tupe sügavuses, emakakaela juures, ja teha mitmesuguseid vaginaalseid operatsioone. Need peeglid on pikkuselt ja kujult mitmesugused. Mõnedel lusikataoliste peeglite mudelitel moodustab lusikas koos käepidemega terviku: näiteks Sims'i (joon. 31) ja Doyen'i (joon. 32) peeglil.



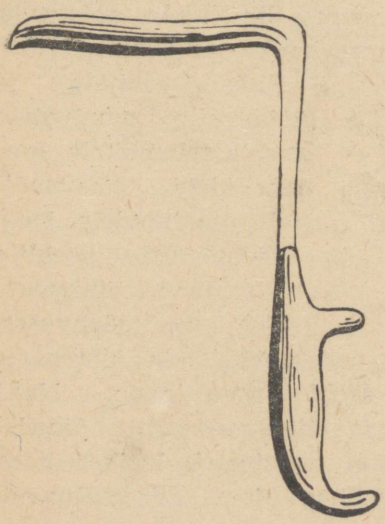
Joon. 29. Collin'i peegel.



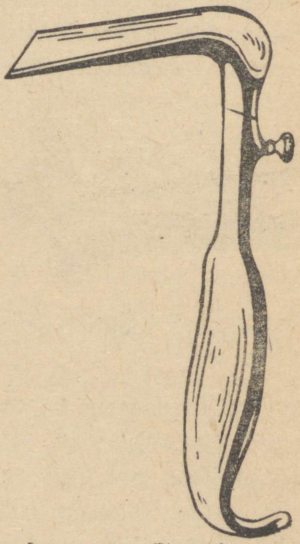
Joon. 30. Tõstel.



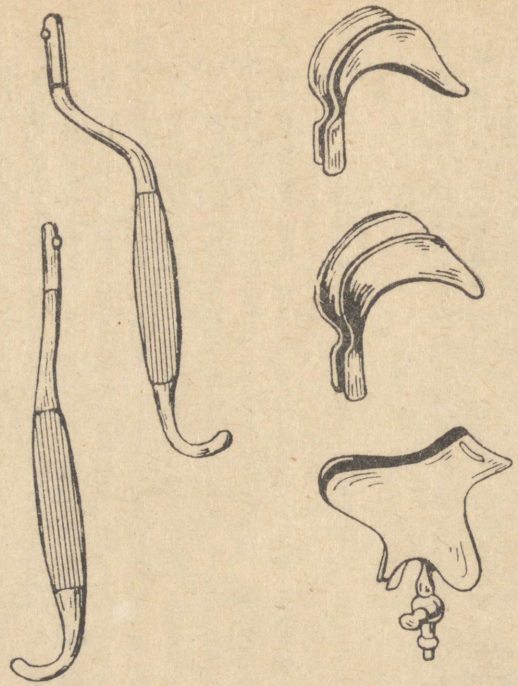
Joon. 31. Sims'i peegel.



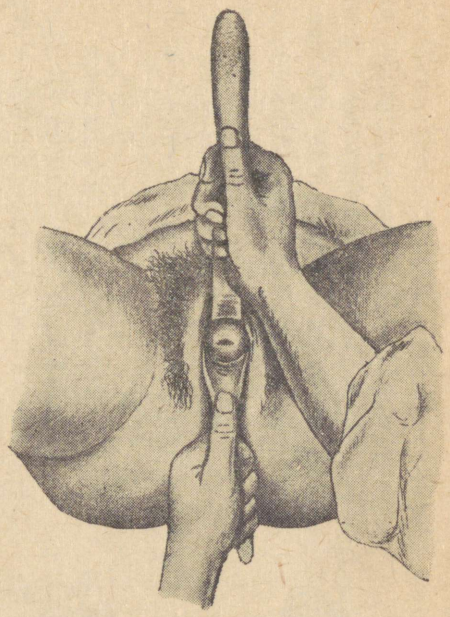
Joon. 32. Doyen'i tupepeegel.



Joon. 33. Simon'i peegel.

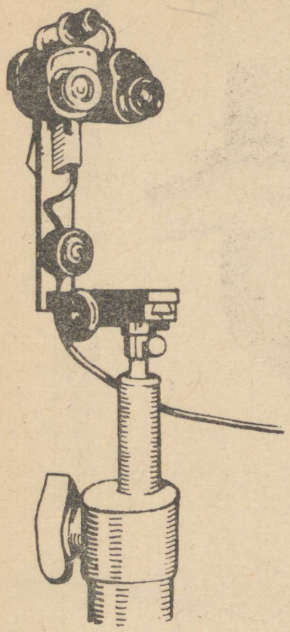


Joon. 34. Fritsch'i peegel.



Joon. 35. Emaka tupeosa järelevaatus sisseviidud lusikataolise peegli ja tõstlaga.

Paljudel juhtudel kasutatakse peegleid, millede lusikas on ühendatud käepidemega luku abil. Sellised on Simon'i (joon. 33) ja Fritsch'i (joon. 34) peegel. Tupe ja emakakaela tupeosa järelevaatusel lusikataoliste peeglitega on vajalik veel tõstel (joon. 30 ja 35). Ülalnimetatud peeglite kasutamise ebamugavus seisab selles, et on vajalik abiline peeglite hoidmiseks.



Joon. 36. Kolposkoop.

Viimasel ajal kasutatakse eriaparaati — kolposkoopi (joon. 36) emakakaela ja tupe kahtlaste erosioonide diagnoosimiseks.

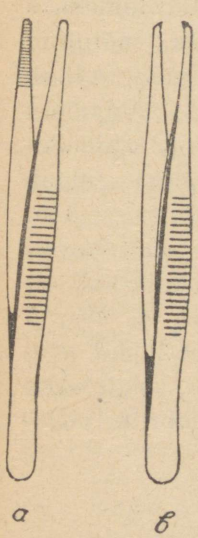
See aparaat võimaldab üksikasjaliselt vaadelda tupe ja emakakaela limanahka 10—15-kordse suurendusega ning avastada seal kahtlasi kohti, kust on vaja võtta tükike histoloogiliseks uurimiseks (biopsia).

Korntangid, pintsetid, kuulpihid.

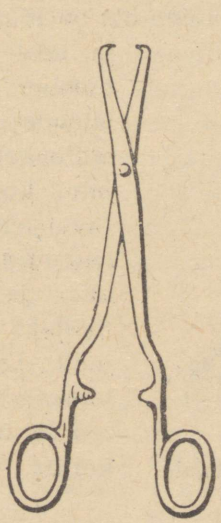
Tupeseinte või operatsioonivälja kuivatamiseks tupeoperatsioonide puhul võetakse tampoonid pikkade pihtide — korntangide — või pikkade pintsettide vahele.

Peeglitega järelevaatusel vajatakse mõnikord üksikuid lisainstrumente, mida samuti nagu peegleidki enne kasutamist tingimata steriliseeritakse keetmise teel. Tupeseinte ja emakakaela pühkimiseks on vajalikud väikesed marlist tupsukesed, mis võetakse pikkade günekoloogiliste pintsettide (anatoomiliste või kirurgiliste) vahele (joon. 37).

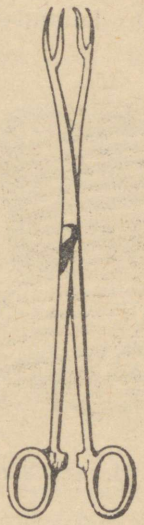
Emakakaela on vaja mõnikord fikseerida ja lähendada tupe sissekäigule kas diagnostilise eesmärgiga või mõningate manipulatsioonide teostamiseks emakakaelal. Selleks kasutatakse kas kuulpihte, milledel on igal harul üks terav hammas (joon. 38), või Museux' pihte, milledel on igal harul kahvlitaoliselt kaks hammast (joon. 39).



Joon. 37. *a* — anatoomiline pintsett, *b* — kirurgiline pintsett.



Joon. 38. Kuulpihid.



Joon. 39. Museux' pihid.

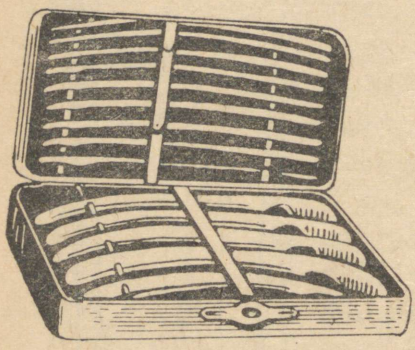


Joon. 40. Playfair'i metallkepike.

Ex bibl. univ. Tart.

Neil juhtudel, kui on vaja määrida emakakaelakanali või emaka limanahka mõne ravimiga, tarvitatakse Playfair'i metallkepikest (joon. 40). Selle peenel otsal on keermik, mistõttu selle ümber mähitud marli või vatt püsib hästi paigal.

Diagnostilisel otstarbel (emakaõõne uurimisel uteroskoobiga, küriskoobiga, sondeerimisel) kui ka terapeutilistel menetlustel (joodi või teiste ravimite süstimisel emakaõõnde, proovi väljakaapimisel, raadiumi sisseviimisel jne.) laiendatakse enne emakakaela. Selleks kasutatakse Hegar'i laiendajaid (joon. 41). Need on silindrilised, telgepidi veidi painutatud, kooniliselt kitsenevate ja ümarduvate otstega metallkepikesed. Laiendaja teine ots on lõigatud lamedaks ja seal on märgitud number, mis näitab laiendaja läbimõõtu millimeetrites. Laiendajate komplekt algab tavaliselt nr. 3-st. Numbrid suurenevad täis- ja poolarvuliselt (näiteks nr. 4, 4½, 5 jne.). Laiendajaid asetatakse ja ulatatakse arstile numbrite järjekorras.



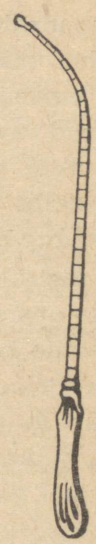
Joon. 41. Kogum Hegar'i laiendajaid.

Täiendavad uurimismeetodid.

Emaka sondeerimine. Neil juhtudel, kui on vaja määrata emakaõõne pikkust, tservikaalkanali läbitavust ja pikkust või saada orienteerivaid andmeid emakaõõne konfiguratsiooni suhtes kasvajate (eriti submukoossete fibromüoomide) puhul, kasutatakse emaka sondeerimist.

Emaka sondeerimiseks tuleb valmis panna järgmised instrumendid: lusikataolised peeglid (Sims'i või Simon'i), tõstel, kaks paari kuulpihte, pikk anatoomiline pintsett ja Martin'i emakasond.

Emakasond (joon. 42) kujutab endast painduvat metallvarrast, mille pikkus on umbes 30 cm ja jämedus 2,5 mm; selle ühes otsas on oliivitaoline paksend, teises — lame käepide. Sondile on märgitud sentimeetripügalad. 7 cm kaugusel peakesest on väike kühmutaoline paksend ja selles kohas on sond painutatud ettepoole vastavalt emakakaela ja -keha vahelisele normaalsele nurgale.



Joon. 42. Martin'i emakasond.

Enne tarvitamist steriliseeritakse kõik instrumendid keetmisega. Järelevaataja ja tema abiliste käed peavad olema ette valmistatud nii nagu kirurgiliseks operatsiooniks. Haige paigutatakse günekoloogilisele toolile. Pärast kusepõie tühjendamist valmistatakse tupp ette samuti nagu emakakaapimise puhul (lk. 26).

Sondeerimise tehnika on järgmine. Pärast peeglite tuppe viimist haaratakse kuulpihtidega emakakaela tupeosa eesmisest mokast, mille järel kõrvaldatakse tõstel. Tõmmates kuultangidega emakakaela enda poole viib järelevaataja ettevaatlikult sondi tservikaalkanalisse. Seesmise suudme piirkonnas kohtab sond tavaliselt vähest takistust edasiliikumisel. Peab meeles pidama, et selle takistuse vägivaldne ületamine ei ole lubatud.

Käepideme ettevaatlikkude liigutustega üles ja alla (sõltuvalt emaka asendist ja nurga suurusest emakakaela ja -keha vahel) püütakse läbida seesmine suue igasuguse vägivallata ja viia sond emakaõõnde.

Emaka sondeerimise kogu menetlus peab teostuma rangetes aseptika tingimustes. Tuleb alati meeles pidada, et iga eksimus aseptika nõuete täitmisel ja sondeerimise tehnikas võib põhjustada raskeid tüsistusi (emaka perforatsiooni, verejooksu, infektsiooni). Sondeerimine on vastunäidustatud põletikuliste protsesside puhul tservikaalkanalis ja emakas kui ka rasedusekahtluse korral. Kõigest

öeldust järeldub, et see uurimismeetod on väga vastutusrikas; selle teostamine on lubatud ainult kogenud arstile nõutavais aseptilistes tingimustes.

Tupe tagumise võlvi *proovitorget* kasutatakse diagnostiliseks otstarbeks katkenud emakavälise raseduse puhul, mis on seotud verejooksuga väikese vaagna õõnde, või eesmärgiga kindlaks määrata väikesse vaagnasse kogunenud vedeliku (mäda, ekssudaat) iseloom kõhukelme põletikuliste protsesside puhul. Harvemini kasutatakse seda meetodit Douglas'e ruumis asetsevate kasvajate (tsüstide) sisaldise omaduste kindlaksmääramiseks.

Instrumentaariumi, personaali ja haige ettevalmistus selleks operatsiooniks teostub kõikide aseptika ja antiseptika reeglite kohaselt, nagu iga tupeoperatsiooni puhul. Selleks operatsiooniks on vajalik ette valmistada järgmised instrumendid: tupepeeglid (lusikataolised ja lamedad), kaks tõstlat, kaks paari kuulpihte, kaks pikka pintsetti, 10 või 20 cm^3 süstel, pikk ning jäme nõel (12—15 cm).

Proovitorke (proovipunktsiooni) tehnika on järgmine. Emakakaela tupeosa paljastamisel peeglitega haaratakse emaka tupeosa tagumisest mokast kuulpihtidega ja tõmmatakse see ettepoole nii, et tagumine võlv oleks maksimaalselt kättesaadav operatsiooniks. Süstlale asetatud nõelaga torgatakse läbi tagumine võlv rangelt keskjoonel 1 cm kaugusel emakakaelast. Kolbi tõmmates kogutakse süstlasse Douglas'e ruumi või seal asetseva kasvaja sisaldist, mille järel nõel välja võetakse. Pärast nõela väljatõmbamist määritakse torkekoht joodiga. Saadud vedelik (veri, mäda, ekssudaat) saadetakse laboratooriumi uurimiseks.

Muudest täiendavatest uurimismeetoditest, mida kasutatakse günekoloogilises praksises, tuleb mainida järgmisi.

1. *Emakaproovi kaapimine*, kusjuures saadud kaapmeid uuritakse histoloogiliselt; see meetod on väga väärtuslik emakakeha pahaloomuliste kasvajate avastamiseks (lk. 207).

2. Proovi ekstsisioon (väljalõige), mispuhul lõigatakse kasvajaist, mis avastatakse väliste suguelundite, tupe ja emakakaela järelevaatusel, tükikesi diagnostilise eesmärgiga (lk. 206).

3. Tsüstoskoopia. Seda järelevaatuse meetodit kasutatakse günekoloogilises praksises kaunis sageli nii kusepõie limanaha muutuste iseloomu kindlakstegemiseks selle haigestustel kui ka naaberelundite haigestuste puhul, näiteks küsimuse otsustamisel seoses suguelundite pahaloomuliste kasvajate levimisega põiele või juhul, kui esineb kahtlus vaagna mädanikkude perforatsiooni suhtes põide jms. Tsüstoskoopimiseks on vajalik peale tsüstoskoobi veel kateeter, boorhappelahus (3%-line — 500 g) põie täitmiseks ja puhas piiritus tsüstoskoobi puhastamiseks (optilisi instrumente ei tohi keeta).

Lõpuks mõningail juhtudel teostatakse sigimatuse põhjuste avastamise otstarbel munajuhade läbitavuse selgitamiseks tuubade läbipuhumine (milleks on olemas eriaparaat) või salpingograafia.

Viimane uurimismeetod seisab munajuhade röntgenogrammi saamises pärast seda, kui emakaõõnde on viidud kontrastseid aineid (lipjodooli, jodipiini, broomnaatriumi), mis tungivad munajuhadesse ja põhjustavad röntgenogrammil varje, millede järgi võib otsustada juhade läbitavuse või selle puudumise üle (lk. 169).

Laboratoorsed uurimismeetodid.

Laboratoorsete uurimiste andmed aitavad meid mitte ainult diagnoosi määramisel ühe või teise haigestuse puhul, vaid mõnikord lubavad teha ennustusi haiguse kulgemise ja oletatava haiguslõppe suhtes, kavastada ravimisplaani, valida kõige kohasemat aega operatiivseks vahelesegamiseks jne.

Günekoloogilises praksises tuleb kõige sagedamini uurida tupe floorat, et avastada haiguse tekitaja ühe või teise põletikulise protsessi puhul, samuti ka määrata kindlaks tupesisaldise puhtusaste enne operatiivset vahelesegamist.

Haige ei tohi ennast enne uurimismaterjali võtmist loputada, ka mitte tühjendada kusepõit, kui on vajalik uurida kusiti eritist, sest pärast eritise ärauhtumist kusega või desinfitseeriva ainega võivad pisikud puududa ka äigepreparaadis.

Äigeid võetakse uurimiseks kusitist, tupe alumisest ja ülemisest osast, tservikaalkanalist ja mõnikord ka emakaõõnest. Enne äigepreparaadi võtmist valmistatakse ette steriilsed peeglid, puhtad esemeklaasid, piirituslamp ja metallist aas, mis on joodetud 15—17 cm pikkuse klaaspulga otsa. Enne aasa kasutamist põletatakse seda piirituslambil. Eritisi on parem võtta rennsondiga või steriilse marlist tupsuga.

Haige paigutatakse günekoloogilisele toolile põlvedest painutatud ja laialinihutatud jalgadega. Surudes sõrmedega laiali häbememokad võetakse lambil põletatud plaatina-aasaga kusitist eritist ja määritakse õhukese kihina esemeklaasile. Eritiste saamiseks tupe ülemistest osadest viiakse tuppe peegel ja sekreeti võetakse metall-aasaga.

Kui on vaja eritist võtta tservikaalkanalist, paljastatakse emaka tupeosa peeglitega ja puhastatakse piiritusega, et aasaga mitte viia infektsiooni emakakaelakanalisse. Eritise saamiseks emakaõõnest on vajalik esmalt hoolikalt desinfitseerida välised suguosad ja tupp. Emakakael paljastatakse peeglite abil ja haaratakse kinni kuulpihtidega. Välissuue ja tservikaalkanal puhastatakse piiritusega. Siis viiakse ettevaatlikult emakaõõnde peenike steriilne klaas-

toruke, mille külge on kinnitatud kummivoolik balloonigа, ja imetakse klaastorukesse emaka eritist.

Ühel või teisel viisil saadud eritisest valmistatakse äigepreparaadid ja saadetakse uurimiseks.

Mingi haigusetekitaja omaduste täpsemaks uurimiseks (tema morfoloogiliste ja bioloogiliste omaduste määramine, kasvamine söötmeil, suhtumine värvidesse jne.) tehakse eritisest külv. Selleks otstarbeks kasutatakse harilikult lihapuljongit, agarit, astsiidivedelikku jne. Eelmainitud plaatina-aasaga võetakse eritist, rakendades samu nõudeid nagu äigepreparaadi valmistamiselgi, külvatakse katseklaasi puljongisse või Petri kaussi agarile ja paigutatakse termostaati. Niipea kui külvatud materjalist tekib kolooniate kasv (1—2 öö-päeva pärast), tehakse neist äigepreparaadid esemeklaasidele ja uuritakse mikroskoobi all; vajaduse korral aga tehakse külvid teistele erisöötmetele.

Diagnostilisel ja ravimisviisi valiku otstarbel kui ka organismi vastupanu hindamisel võitluses infektsiooniga tuleb sageli uurida günekoloogiliste haigete verd.

Peale hemoglobiini, erütrotsüütide ja leukotsüütide hulga kindlaksmääramist (eriti verejooksuga haigetel) on vaja osata orienteeruda ka leukotsütaarses valemis (põletikuliste protsessidega haigete puhul).

Viimasel ajal on günekoloogias laialt levinud meetodid, mis põhinevad haige organismi vere bioloogiliste reaktsioonide määratlemisel. Eriti laialt on levinud Fåhraeus'e reaktsioon (erütrotsüütide settimiskiiruse reaktsioon).

Normaalselt on erütrotsüütide settereaktsioon (SR) 8—15 mm tunnis (Pantšenkov'i järgi).

Teostades settereaktsiooni Popov'i menetluse järgi, loetakse settimise normaalseks kiiruseks 3 kuni 7 tundi. Rasedail on keskmine settimiskiirus 1 kuni 3 tundi, kuna infektsioossete põletikuliste protsesside ägestumise järgus see kõigub 10 minuti ja 1 tunni vahel; krooniliselt kulgevate põletikkude puhul on SR aeglasem.

II peatükk.

SUGUELUNDITE ARENEMISANOMAALIAD.

Emaka asendi anomaaliad. Menstruatsioonihäired.

Suguelundid arenevad kolmest embrüonaalsest eri algmest. Nii arenevad emakas, munajuhad ja tupp Müller'i käikudest, munasari — esmasneeru ja loote-epiteeli mediaalosast, välissuguelundid — kere alumise osa nahkkatteist ja kuse-sugu-urkest. Embrüonaalse elu erinevais perioodides toimuvad diferentseerumisprotsessid, millede tagajärjel vormistub lõplikult üks või teine elund. Kui teataval kasvuperioodil tekivad mõningad arenemishäired, siis viib see edasiselt suguelundite mitmekesiste väärarendite variatsioonideni.

Naise suguorganite arenemishäirete põhjused pole veel selgitatud. Mõnikord võib kuse-suguorganite üksikute osade mitteliitumist või kokkukasvamist seletada idumaterjali ebaõige jaotumisega või kasvu pidurdumisega mingil põhjusel. Arenemise pidurdumist võivad põhjustada ka põletikulised protsessid, mis on üle kandunud emaihus või väljaspool seda ja mis tekitavad liitumisi ning neile järgnevat õõne seinte kokkukasvamist. Real juhtudel tuleb oletada selle põhjuseks loote ainevahetuse, eriti aga sisesekretsiooni häireid.

Munasarjade ja munajuhade arenemisvead.

Munasarjade arenemisvead võivad avalduda kas nende ülemäärases suurenemises, liigses vähenemises või nende täielikus puudumises.

Munasarjade, peamiselt aga nende follikulaarse kihi sünnipärane hüperplaasia (suurenemine) ei avaldu tavaliselt mingisugustes kõrvalekaldumistes nende funktsionaalses tegevuses.

Munasarja liigvähenemise (hüpoplaasia) puhul täheldatakse follikulaarse kihi kahanemist ja alaarenemist. Sellises alaarenenud munasarjas puuduvad munarakud ja primordiaalsed folliikulid kas täielikult või nad on kasvult ja küpsemiselt seisma jäänud. Sugunäärmete hüpoplaasiaga kaasub tavaliselt suguaparaadi muude osade alaarenemine ja ka teiste sugutunnuste nõrk avaldumine — infantilismi nähud.

Mõlemate munasarjade ja -juhade täielikku puudumist võib täheldada ainult eluvõimetuil feetustel koos muude arenemishäiretega. Ühe munasarja puudumine on samuti väga haruldane nähtus.

Ühe munajuha, samuti kui ühe munasarja puudumist täheldatakse ühesarvelise emaka või väga rudimentaarselt arenenud emaka ühe sarve puhul. Praktilises mõttes on tähtis teada, et juhade pikenemine on väärarengu, nimelt infantilismi tunnuseks.

Emaka ja tupe arenemisvead.

Emaka ja tupe alaareng. Vahel esineb juhtumeid, kus üldiselt normaalselt arenenud täiskasvanud naisel on emakas jäänud püsima varasele arenemisastmele. Üheaegselt emaka alaarenemisega esinevad ka tupe arenemisdefektid.

Emakas erineb sel puhul vähearenenud keha ja emakakehast pikema emakakaela poolest. Emakakeha asetseb harilikult järsus antefleksioonis, sisesuue on kitsenenud; välissuue on vaevalt märgatav, tupp lühike, kitsas, järeleandmatu, selle võlvid peaaegu puuduvad. Emaka ja tupe alaareng kujutab endast mitte ainult suguaparaadi osalise alaarengu nähtu, vaid ka organismi muude süsteemide alaarengut ja on tuntud üldise infantilismi nimetuse all.

Suguaparaadi üldise alaarengu tunnused on järgmised: väike vulva ehk häbe, puudulikult arenenud suured häbememokad vähese rasva ladestusega, nõrgalt arenenud, siledad või kortsunud väikesed häbememokad, mistõttu häbemepilu on lahti; lahkliha on sisse surutud, madal; tupp lühike ja kitsas, halvasti arenenud voltidega, võlvid lamedad; emakakaela tupeosa väike; välissuue väike, punktitaoline, millest saab vaevalt sondi läbi viia; emakas väike (2—3 cm normaalsest lühem), emakakael pikk. Emakas asetseb sageli hüperantefleksioonis (liiga terav nurk emakakeha ja -kaela vahel). Munajuhad on peenikesed, tugevasti väänilised, juhade limanaha kurrud avalduvad vähe, fimbriad (ehk narmastik) on halvasti arenenud, munasarjad väikesed, Douglas'e ruum väga sügav, emakasidemed vähe järeleandvad, mitte-elastsed.

Menstruaalne funktsioon on häiritud. Nii esineb tugevasti arenenud infantilismi puhul täielik amenorröa; nõrgemalt arenenud juhtudel algab esimene menstruatsioon märksa hiljem ja sellega kaasub harilikult düsmenorröa. Kaotatud vere hulk on samuti mitmesugune: ühtedel on see väga vähene, teistel aga rohke. Tugevasti arenenud infantilismi puhul esineb absoluutne sigimatus, nõrgemalt arenenud juhtudel tekib küll rasedus, kuid arvestades emaka seinte puudulikku arenemist loote väljakandmiseks, lõpeb see sageli abordiga.

Nagu juba öeldud, esinevad selliseil isikuil sageli üldise infantilismi sümptoomid: pikk ning kitsas rindkere, kitsas vaagen, lamedad tuharad, puudulikult arenenud rinnanäärmed väikeste nibudega, karvastise puudumine kaenlaaukudes, koed vähe elastsed ja traumatiseeruvad sünnitamisel hõlpsasti.

Sugulise infantilismi ravi seisab kogu organismi üldiselt tugevdavas ravimises. Soovitatakse tugevdatud toitlustamist, kehalisi harjutusi ja klimaatilist ravi. Peale selle antakse sisse näärmete ekstrakte (ovariini, hüpofüsiini jt.) või tehakse munasarja transplantatsioon (siirdistutamine) eesmärgiga asendada sisesekretsiooninäärmete puudulikku tegevust.

N e i t s i n a h a j a t u p e k i n n i k a s v a m i n e (*atresia hymenis et vaginae*). Sugukanali kinnikasvamist mingisuguses osas nimetatakse g ü n a t r e e s i a k s. Vastavalt kinnikasvanud koha lokalisatsioonile eristame neitsinaha, tupe ja emakakaela läbitamatust.

Kinnikasvamised tekivad kas väärarenemise või põletikuliste protsesside tagajärjel arenemise ajal emaihus. Samasugused muutused võivad tekkida mitmesuguste infektsioonhaiguste (leetrite, sarlakite, difteeria, tüüfuse, gonorröa jt.) puhul peamiselt lapse-eas. Selliste haigestuste rasked üldnähud võivad kergesti maskeerida suguelundeis võrdlemisi nõrgalt avaldunud paiklikke nähte, mis mööduvad tähelepanematult ja avastatakse esmakordselt alles suguküpsuseas või suguelu algul.

Kinnikasvamised võivad tekkida ka täiseas, sünnitustrauma või mõne muu juhusliku haavandumise tagajärjena. Neitsinaha ja tupe kinnikasvamised lapse-eas ei anna harilikult mingisuguseid sümptoome.

Menstruatsiooniperioodi saabumisel hakkavad naised kaebama raskustunde ja pinguloleku üle allkõhus, paiklikke hoogvalusid, mis esinevad menstruatsiooni tähtaega-

del, ja valusid allkõhus ning ristluudes. Sageli kaasuvad ka üldnähud: iiveldus, peavalud, peapööritus, südamepekslemine, temperatuuri kõrgenemine jne. Iga kuuga suurenevad valulikud nähud, muutudes aja jooksul alatisteks. Peagi kaasuvad nendega põie (sagedane kusetung) ja soolte häired (kõhukinnisus). Lõpuks täheldavad haiged järkjärgulist kõhu suurenemist.

Kui emakakaelakanal ja tupp on vabalt läbitavad, kuid neitsinahk kinni kasvanud, siis koguneb menstruatsiooniveri tuppe ja punnitab neitsinaha kuplitaoliselt väljapoole. Vere edasine kogunemine venitab tupe igas suunas laiali, tekitades verepaisu — hematokolpose (*haematocolpos*) (joon. 43, *a*).

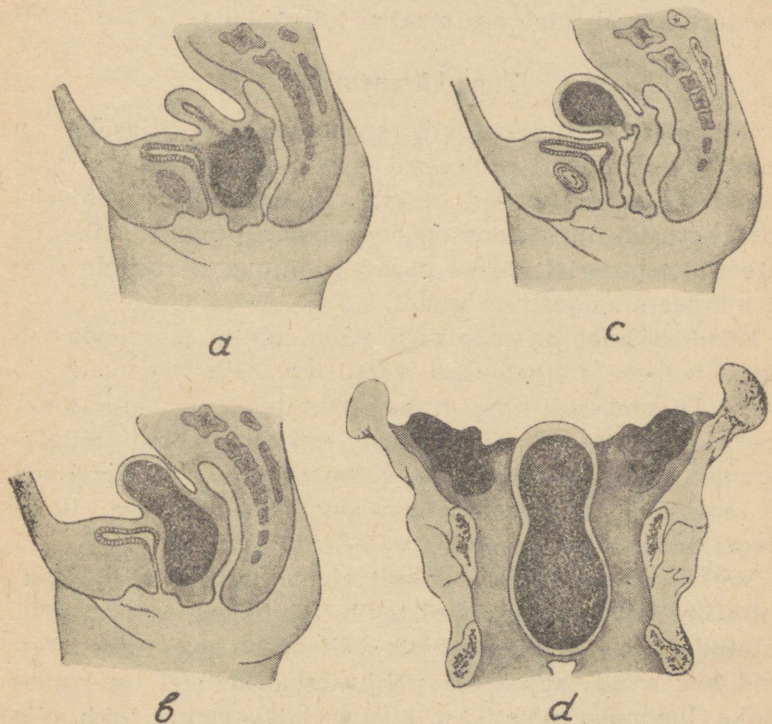
Tupe laienemise järel hakkab protsessist osa võtma ka emakas. Esmalt laieneb emakakael, pärast ka emakaõõs, tekitades hematomeetra (*haematometra*) ja hematokolpose (joon. 43, *b*).

Hematomeetra võib tekkida ka esmaselt ja nimelt siis, kui emakakael on kinni kasvanud (joon. 43, *c*). Tekkinud verekuhjumised seesmiste suguelundite niivõrd suure väljavenituse tagajärjel võivad võtta kaunis laia ulatuse ja täita peaaegu kogu väikese vaagna koopa, punnitades tugevasti välja vaagna põhja ja ulatudes üles kuni nabani. Neis õõntes kogunenud veri muutub paksuks ja venivaks ning omab pruunikat värvust ja tõkatitaolist konsistentsi, mis sõltub verekehakeste lagunemisest, vormelementide lammutumisest, lima lisandumisest ja epiteeli irdumisest.

Mädatekitajate bakterite sattumisel verevalumisse tekib viimases mädanemine. Näiteks mäda kogunemisel emakasse tekib püomeetra. Vaatamata kaunis suurele õõnesisesele survele täheldatakse väga harva vaheseina iseeneslikku rebenemist neitsinaha kinnikasvamise korral. Üksikuil juhtudel võib tupe ja emaka sisaldis leida enesele väljapääsu munajuhade kaudu kõhuõõnde. Vere kuhjumi-

sest sõltuva emakaseinte ülevenituse tagajärjel võib emakas rebeneda ja põhjustada seesmist verejooksu.

Kirjeldatud häire äratundmine ei tekita suuri raskusi. Suguelundite järelevaatusel õnnestub sõrmega või sondiga



Joon. 43. *a* — hematokolpos; *b* — hematokolpos ja hematomeetra; *c* — hematomeetra; *d* — hematokolpos, hematomeetra ja hematosalpinks.

hõlpsasti kindlaks määrata neitsinaha, tupe või emakakaela läbitamatus. Pärasoole kaudu järelekatsumisel palpeeritakse pehmet kasvajat, mis annab fluktuatsioonitunde.

Atreesiate ravi on ainult kirurgiline. Neitsinaha ja tupe alumise osa kinnikasvamisel piirdutakse ainult kinni-

kasvanud koha lahtilõikamisega või vaheseina kõrvaldamisega, mis suleb tupevalendiku. Emakakaelakanali kinnikasvamisel luuakse mõnikord emakasse uus kunstlik ava kinnikasvamiskohast kõrgemale. Sellise operatsiooni teostamatuse korral tuleb aga emakas kõrvaldada.

Tupe kitsenemine.

Sünnipärase tupekitsendi sagedaimaks põhjuseks on loote põletikulised protsessid emaihus arenemise ajal. Omandatud kitsend tekib tupepõletiku tagajärjel mitmesuguste infektsioossete haigestuste (rõugete, sarlakite, difteeria) tagajärjel või ka pärast sünnitust ja raskete sünnitusjärgsete haigestuste puhul.

Kitsendi koht on mõnikord väga lühike ja moodustab endast vähese rõngataolise väädi või jälle vastupidi — kaunis laiaulatuslik ning tihke, haarates enda alla kogu tupe täies ulatuses. Kitsenemise aste on samuti mitmesugune: alates valendiku vaevaltmärgatava kitsenemisega ja lõpetades tervenisti tupevalendikku sulgeva tihke kilega, milles suure vaevaga võib leida ava.

Väikesed kitsendid harilikult ei avaldu milleski. Laiaulatusliku kitsenemise puhul tekib valulikkus, mis on põhjustatud emaka ja tupe eritiste väljapääsu takistusest. Eritised hakkavad laguma ja põhjustavad sellega tupe ning emaka limanaha põletikku. Tupe kitsenemine võib olla tunduvaks takistuseks suguühte ja sünnituse puhul.

Kitsendite ravi on operatiivne: tuleb välja lõigata kogu armkude ja tekkinud koedefektidele panna õmblused.

Emaka ja tupe väärarengud.

Nagu ülal öeldud, arenevad emakas ja tupp Müller'i käikudest, milline protsess toimub lootel emaihus teise kuu lõpul. Sellest osast, kus Müller'i käigud ühtivad, tekivad

emakas ja tupp, kuna mitteühtivast ülemisest osast moodustuvad Fallopio juhad.

Kui Müller'i käikude liitumisprotsessis lootelises arenemisjärgus tekivad mingisugused normist kõrvalekaldumised, siis tekib üks või teine arenemishäire järgmistel põhjustel:

1) kui Müller'i käigud puuduvad üldse või on puudulikult arenenud, 2) kui areneb vaid üks Müller'i käik või 3) kui iseseisvalt arenenud mõlema Müller'i käigu vahele jääb püsima vahesein.

Emaka täielikku puudumist elujõulistel loodetel ei täheldata, sest ka neil juhtudel, kus emakas näilikult puudus, võimaldus tähelepanelikul järelevaatusel avastada vähesel määral silelihaste kogumeid (emaka algmed).

Sellistel juhtudel on ka tupp harilikult alaarenenud või puudub täielikult (tupe a p l a a s i a).

Müller'i käikude puuduliku arenemise või nende liitumise ärajäämise puhul tekib kaks rudimentaarset emakat.

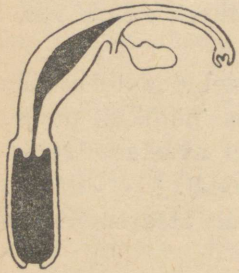
Kui lootejärgus areneb ainult üks Müller'i käik, siis tekib ühesarveline emakas (*uterus unicornis*) (joon. 44). Ühesarvelise emaka keha on tavaliselt loogana külje poole kõverdunud, kitsenedes järk-järgult ülespoole ja minnes märkamatult üle munajuhasse. Selle väärarengu puhul on tupp harilikult kitsas, sest ta areneb vaid paariselundi ühest poolest. Munasari ja munajuha arenevad harilikult normaalselt.

Täielikult väljaarenenud ühesarveline emakas ei põhjusta tavaliselt mingisuguseid valulikke nähte, sest ta funktsioneerib normaalselt. Rasedus tekib samuti nagu normaalse emaka puhul, kusjuures nii rasedus kui ka sünnitus kulgevad normist kõrvalekaldumatult.

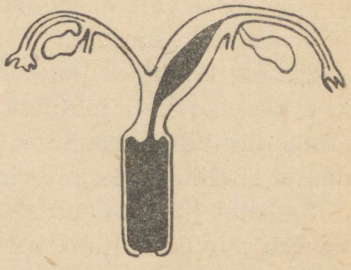
Kui üks Müller'i käikudest on arenenud normaalselt, teine aga on oma arenemises maha jäänud, siis nimetatakse viimast r u d i m e n t a a r s e k s ehk j ä d e m e l i s e k s.

Mõnikord kujutab jädemeline sarv endast ainult lihaskoe riba, mis asub teise täiesti väljaarenenud emakapoole ligi; sellisel juhul puudub õõs täielikult (joon. 45).

Jädemelise sarve vähem avaldunud alaarengu puhul on selle lihaskiht tugevamini arenenud ja temas leidub suurem või väiksem limanahaga kaetud õõs, mis on vaevalt-



Joon. 44. Ühesarveline emakas.



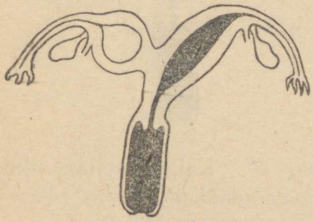
Joon. 45. Sama, teise rudimentaarse sarvega lihaselise väädina.

märgatava käiguga ühenduses emakaõõnega; vahel aga puudub igasugune ühendus emakaga (joon. 46). Mõnikord võib selline lisasarv funktsioneerida normaalselt ja sel juhul, ühenduse olemasolu korral emakakehaga, eritub menstruaalne veri emakaõõne kaudu tuppe. Puudub aga selline ühenduskäik, siis koguneb veri lisasarve, mis võib põhjustada rudimentaarse sarve lõhkemise ja sel teel surmava verejooksu tekkimise.

Tõsiseid tüsistusi põhjustab rasedus rudimentaarses sarves. Rasedus võib tekkida niihästi sel korral, kui on olemas ühendus emaka ja lisasarve vahel, kui ka ühenduse puudumisel, kusjuures viimasel juhul rasedus areneb viljastatud muna välise (kõhusisese) edasiliikumise tõttu. Selline tüsistus meenutab oma kujult ja lõppelt emaka-

välist rasedust ja vajab seetõttu operatiivset vahelesegamist.

Neil juhtudel, kui arenemisprotsessis ei teostu Müller'i käikude täielikku liitumist või kui see jääb päris ära, võivad emaka sarved areneda normaalselt või anda kõrvalekaldumisi arenemiskäigus. Sõltuvalt sellest, millises perioodis ja millisel määral leidis aset normaalse arengu pidurdumine, kujunevad mitut liiki kahesarvelised emakad.



Joon. 46. Emakas õõnt omava rudimentaarse sarvega.



Joon. 47. Kahekordne emakas ja kahekordne tupp (*uterus didelphus et vagina duplex*).

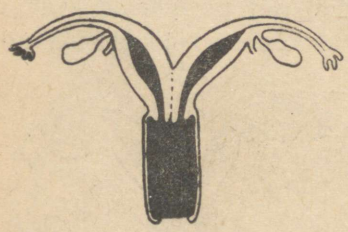
Alaarengu kõrgema astme puhul on emaka mõlemad pooled täielikult teineteisest eraldatud. Säärast k a k s i k e m a k a t nimetatakse *uterus didelphus*'eks (joon. 47). Sellise emaka puhul esineb tavaliselt ka muid defekte kusesuguorganeis ja ta põhjustab loote eluvõimetust. Täisealistel esineb säärane arenemisviga harukordselt harva.

Kui esineb kaks emakakaela ja mõlemate kaelad külgnevad tihedalt teineteisega, siis nimetatakse sellist emakat k a h e s a r v e l i s e k s - k a h e õ õ n e l i s e k s (*uterus bicornis bicollis*) (joon. 48).

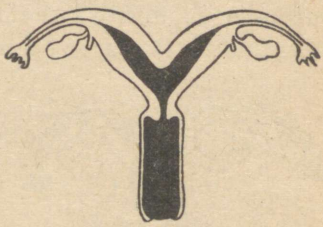
Kui kahel eraldi emakakehal on ühine kael, siis sellist emakat nimetatakse *uterus bicornis unicollis*'eks (joon. 49). Sealjuures võib emakakeha lahusolek olla kas täielik või osaline.

Müller'i käikude ülemiste osade mittetäielikul liitumisel omab emakas ainult sadulataolist sisserõhutist oma põhja osas (*uterus arcuatus*) (joon. 50).

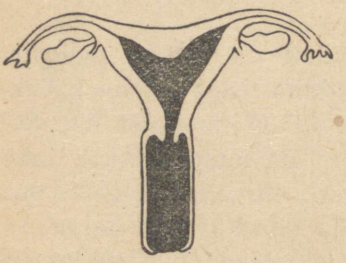
Mõnikord on emaka täiesti normaalse kuju juures tema õõs või osa sellest vaheseinaga kaheks pooleks jaotatud.



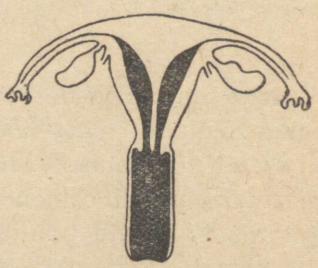
Joon. 48. Kahesarveline kahe kaelaga emakas (*uterus bicornis bicollis*).



Joon. 49. Kahesarveline ühe kaelaga emakas (*uterus bicornis unicollis*).



Joon. 50. Sadulataoline emakas (*uterus arcuatus*).



Joon. 51. Kaksikemakas vaheseinaga (*uterus septus duplex*).

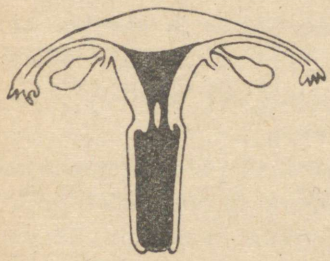
Sel korral tekib niinimetatud k a h e õ õ n e l i n e emakas (*uterus septus duplex*) (joon. 51).

Harvadel juhtudel täheldatakse üheõõnelisel emakal kahte välissuuet: emakakaelakanal on kas täies ulatuses

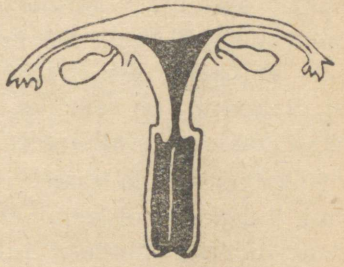
või osaliselt jaotatud vaheseinaga. Sel juhul nimetatakse emakat *uterus biforis*'eks (joon. 52).

Kõigil neil juhtudel võib tupes leiduda muutusi alates kaksiktupest kuni vaevaltmärgatava vaheseinani, mis kulgeb tupe eesmist seina mööda (joon. 53).

Emaka väärarendite puhul ei esine tavaliselt mingisuguseid sümptoome ega kaebusi. Ainult neil juhtudel, kui on



Joon. 52. *Uterus biforis.*



Joon. 53. Kaksiktupp (vaheseinaga) normaalselt arenenud emakaga.

tegemist ulatuslike väärarenditega, esinevad kaebused menstruatsiooni puudumise kohta ja perioodiliste valude üle allkõhus.

Mõlemate emakate ühtlase arenemise korral võib raseduse tekkida ükskõik kummas neist. Raseduse puhul ühes emakas ei saa teine menstrueerida, vaid pehmeneb, suureneb veidi mahus ja sisaldab endas varikesta, mis tõugatakse välja kas sünnituse ajal või sünnitusjärgsel perioodil. Sünnitus kulgeb tavaliselt normaalselt.

Kaheõõnelise emaka puhul täheldatakse mõnikord komplikatsioone sünnitusjärgsel perioodil, kui osa päramisi on kinnitunud vaheseina külge. Vahesein emakakaelas või tupes võib tekitada takistusi loote sünnitamisel. Vaheseina rebenemine sünnituse ajal võib põhjustada suurt

verejooksu, mis nõuab isegi operatiivset vahelesegamist selle tõkestamiseks.

Et kindlaks teha, millise väärarendiga meil tegemist on, tuleb haige hoolikalt järele vaadata nii bimanuaalselt kui ka instrumentaalselt (peegli sisseviimine, sondeerimine). Näiteks võib kahe sondi sisseviimise abil kindlaks määrata vaheseinte olemasolu, nende paiknemise kõrgust ja mõlema emaka asendit. Järelevaatust teostatakse järgmiselt: esmalt viiakse sisse üks sond ühte õõnde ja antakse see hoida abilisele, siis viiakse sisse teine sond teise õõnde. Kui vahesein on osaline, siis puutuvad sondide otsad kokku, mida määratletakse kõla järgi.

Kaksikemaka ja kaksiktupe r a v i m i s t teostatakse sel juhul, kui need põhjustavad suguaparaadi normaalse funktsiooni häireid. Näiteks tuleb mõnikord vahesein kõrvaldada, kui see takistab sugulist läbikäimist või häirib raseduse arenemist ja sünnitust. Üksikuil harukordseil juhtudel kahesarvelise emaka puhul kasutatakse operatsiooni, et muuta kahekordne emakas üksikuks.

Väliste suguelundite väärarengud.

Väliste suguelundite arenemisvigu esineb palju harvemini. Neid täheldatakse kõige sagedamini lastel (vastsündinuil). Siin on vaja meenutada kusiti eesmise seina väärarendit (epispaadia), millega mõnikord kombineerub eesmise kõhuseina alumise osa, häbemeliiduse, kõdisti või kusepõie sfinkteri lõhestumine.

Kusiti tagumise seina väärarend (hüpospaadia) avaldub selles, et kusiti ava asetseb tupes, mitte aga selle esikus.

Täheldatakse ka päraku kinnikasvamist (*atresia ani*) või selle nihkumist tupe-esikusse (*anus vestibularis*). Edasi võivad esineda ka suurte ja väikeste häbememokkade kokkukasvamised, harukordselt ka hüpertroofilised protsessid (kliitori või väikeste häbememokkade pikenemine). Ülalnimetatud väärarendite ravi on peamiselt operatiivne. Lõpuks tuleb mainida ka hermafroditismi, sest see väärareng omab peale puhtteoreetilise huvi veel kohtuarstiteaduslikku tähtsust.

Loote embrüonaalse arenemise esimese 5—6 nädala kestel on sugunäärme alge mõlemail sugupooltel ühesugune. Pärast seda aega võib sugunäärme algmes histoloogiliselt eristada isas- ja emas-suguelemente.

Loote edaspidises arenemisjärgus tekib mees- või naistüüp, olenevalt isas- või emas-elementide domineerivast arenemisest.

Tõelisele hermafroditismile on iseloomustav mitte ainult isas- ja emas-elementide olemasolu sugunäärmeis, vaid ka nende üheaegne funktsioneerimine vastavalt oma sugupoolele. Seepärast peab arvama, et tõelist hermafroditismi inimesel ei esine.

Mõlemasugususe (hermafroditismi) küsimus kerkib üles väliste ja seesmiste suguelundite ehituse ebamääräsuse või välissuguelundite ja teiseste sugutunnuste ebakooskõla tõttu. Sellist seisundit on õige nimetada e b a m õ l e m a s u g u s u s e k s ehk pseudohermafroditismiks, sest sugupoole määratlemine toimub mitte suguelundite ehituse ja teiseste sugutunnuste järgi, vaid ainult sugunäärme olemasoluga tema funktsioneerivate elementide järgi.

Ebamõlemasugusus (pseudohermafroditism).

Eristatakse isas- ja emas-ebamõlemasugusust.

E m a s - e b a h e r m a f r o d i t i s m i puhul on kõdisti tunduvalt suurenenud, tema eesnahk teravalt esiletungiv, suured ja väikesed häbememokad on kokku kasvanud; sugunäärmed emastüüpi.

I s a s - e b a h e r m a f r o d i t i s m i puhul on sugunääre isastüüpi. Alaarenenud suguti sarnaneb hüpertrofeerunud kõdistiga, kusiti suue asetseb madalamal alaarenenud suguliigese all; lõhestunud kukuti (munandikott) pigemini meenutab suuri häbememokki; munandid kas pole üldse kõhuõõnest laskunud või nad on kombeldavad kas kubemekanalis või suurtes mokkades.

Isashermafroditism esineb sagedamini kui emashermafroditism ja seetõttu on õigem kahtlastel juhtudel selliseid isikuid lugeda meestüüpi kuuluvaiks.

Emaka asendi anomaaliad.

Ühte või teist kõhukoopa elundit ei või vaadelda isoleeritult, sealhulgas ka väikese vaagna elundeid. Kõik elundid külgnevad vahetult üksteisega ja nad on vastastikuse toetuse tõttu enam-vähem alatises tasakaalus, mis

on kujunenud kõhuõõnes diafragma, kõhuseina ja vaagnapõhja vastastikusel mõjustusel. Väikese vaagna sidemed ja sidekoeline lihasaparaat hõlbustavad vaagnaelundeil säilitada oma asendit vaagnas ja võivad avaldada teataval määral isegi vastupanu kõhuõõnes esinevale kõhupressi suurenenud rõhule, mis on tekkinud füsioloogiliste või patoloogiliste mõjustuste tagajärjel. Kui aga kõhuõõne alatine toonus kõhuseina või vaagnapõhja lõtvuse tõttu muutub, siis on üksikud elundid (eriti emakas) kestvalt suurenenud rõhu all ja seetõttu muudavad oma asendit ning nihkuvad paigast.

Emaka suhtes tuleb silmas pidada veel seda, et ka naaberelundite (kusepõie ja soolestiku) seisukord mõjustab samuti selle asendit.

Järelikult kõigest eelöeldust selgub, et emakas omab teatud liikuvust ja seepärast ei saa me rääkida mingist alatisest kindlast normaalsest emaka asendist, vaid ainult asendist, mis on emakale kõige tüüpilisem.

Emakas asetseb vaagna keskel, tema põhi on pöördunud ette- ja ülespoole, kuna tupeosa on suunatud alla- ja tahapoole. Sellist emaka asendit nimetatakse kallakuseks — *versio*. Sõltuvalt sellest, kuhupoole on suunatud emakakeha, võivad esineda: *anteversio* — normaalne (ülemine tüüpiline) asend, kusjuures emakakeha on suunatud ettepoole; *lateroversio* — vaagna külgmise seina poole; *retroversio* — tahapoole.

Kohal, kus emakakael läheb üle emakakehaks, moodustub ettepoole avatud nürinurk; nurga tipp asetseb sisesuudme kohal. Sellist emakakaela asendit emakakeha suhtes nimetatakse fleksiooniks (*flexio*). Samuti nagu emaka kallakuse puhul, sõltuvalt sellest, kuhupoole on avatud nurk, võivad esineda: *anteflexio* — emaka normaalne, tüüpiline asend; *retroflexio* — emaka paine tahapoole; *lateroflexio* — emaka paine vaagna külgseina poole.

Normaalseks (tüüpiliseks) asendiks (*anteflexio-versio uteri*) loetakse sellist, mille puhul emakakeha ja -kaela vahel olev nurk avaneb ettepoole, emakakeha on kallakil ettepoole, kuna emaka tupeosa on suunatud taha- ja allapoole, kusjuures emakakaela välissuue asetseb interspinaaljoone kõrgusel, s. o. mõlemaid *spinae ischii*'sid ühendaval joonel.

Täitunud kusepõis kallutab emakakeha tahapoole, täitunud pärasool nihutab emakakaela ette- ja ülespoole.

Kui avastatakse muutus emaka asendis, mis teravalt erineb tüüpilisest asendist, siis nimetatakse seda emaka väär- (patoloogiliseks) asendiks.

Me eristame järgmisi emaka asendi muutusi:

1) positsiooni (*positio*) muutust, s. t. emaka nihestust tervikuna vaagnaõõnes;

2) kogu emaka kallakust horisontaaljoonele (*versio*), kusjuures emakakeha ja -kaela vaheline nurk peaaegu puudub (*ante-, retro-, lateroversio*);

3) emaka suurenenud või muutunud painet (*flexio*) — üliterav nurk emakakaela ja -keha vahel (*anteflexio pathologica, retro-, lateroflexio*);

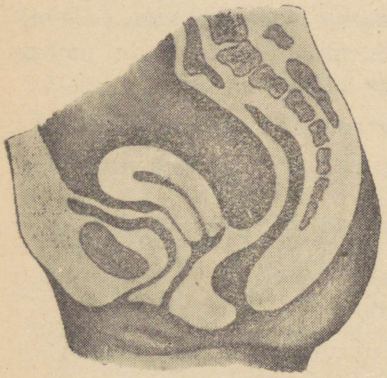
4) emaka väändumist pikitelje ümber (*torsio*);

5) emaka küübestumist (*inversio uteri*).

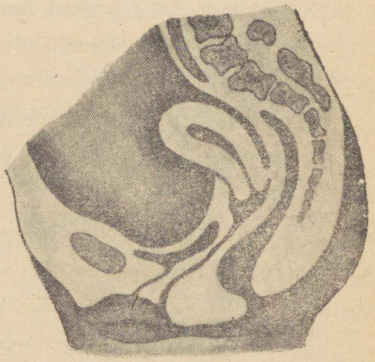
Emaka nihestus (positsioonimuutus) kujutab enesest sellist elundi patoloogilist asendimuutust, mille puhul emakas tervikuna on kistud kas ette-, taha- või külje poole või on tõusnud normist kõrgemale (*elevatio*) või laskunud allapoole (*descensus uteri*) või ulatub välja häbemepilust (*prolapsus uteri*). Sõltuvalt sellest, kuhupoole on emakas nihestunud, eristatakse *antepositio*'t — nihestust ettepoole, *retropositio*'t — nihestust tahapoole, *lateropositio*'t — nihestust külje poole. Positsioonimuutus võib olla põhjustatud kas kasvaja survest emakale või emaka tõmbumisest liidete

abil vaagna seina ligi. Emaka asendi muutust ettepoole (*antepositio*) (joon. 54) põhjustavad Douglas'e ruumis asetsevad kasvajad või verevalum. Selline emaka asetsus tekitatakse kunstlikult emaka kinnitamise operatsiooniga kõhuseina külge (emaka ventrofikatsioon).

Emaka nihestus tahapoole (*retropositio*) on enamikul juhtudest põhjustatud ristluu-emaka sidemete lühenemisest kui ka läbipõetud põletikuliste protsesside tagajärjel tekki-



Joon. 54. Emaka asetumine ettepoole (*antepositio*).



Joon. 55. Emaka asetumine tahapoole (*retropositio*) emaka-ristluu sidemete lühenemise tagajärjel.

nud liidetest. Harvemini esineb emaka asetumine tahapoole, põhjustatuna kasvajaist, mis asetsevad emaka ees. Enne järelevaatust on alati vajalik lasta esmalt tühjendada kusepõis, sest tungil täis kusepõis nihutab emakakeha tahapoole. Retropositsiooni korral asetseb kogu emakas mõnikord ristluu nõos (joon. 55).

Emaka nihestus külje poole (*lateropositio*) tekib emaka tõrjumisest vaagna külgseina poole kasvajaga, mis asetseb vaagna vastaspoolel, või infiltraadiga koestikus; peale

selle võivad nihkumised tekkida emaka laisidemete kortsumise tõttu põletikuliste protsesside läbipõdemisel.

Ülestõstetud asetsuse (*elevatio*) puhul on emakas nihkunud väikese vaagna õõnest ülespoole, mis oleneb sidemete vahel asetsevaist manuste kasvajaist, tupe kasvajaist, vere kuhjumisest tuppe selle atreesia puhul (*hematokolpos*), pärasoole kasvajaist jne. Kunstlikult luuakse selline asetsus emakapõhja fikseerimisega kõrgele kõhuseina külge.

Emaka kallakused (*versio*).

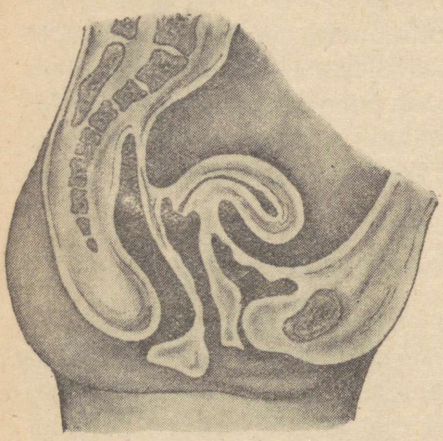
Nagu juba tähendatud, on emaka normaalne (tüüpiline) asend *anteversio*. Sellest asendist võivad esineda mitmesugused kõrvalekaldumised ühele või teisele poole vaagnaseinte suhtes: emaka liigne kallakus ettepoole on patoloogiline *anteversio*, tahapoole — *retroversio*, külje poole (paremale või vasakule) — *lateroversio*.

Emaka patoloogiliste kallakuste tekkimise põhjused on väga mitmesugused. Siia kuuluvad üldse naise organismi konstitutsionaalsed iseärasused ja emaka tugiaparaadi puudulik arenemine, infantilism, mille juures täheldatakse sünnipärast ristluu-emaka sidemete lühidust, igasugused kasvajad, kapseldunud kõhuõõne-ekssudaadid ja lõpuks põletikulised protsessid.

Patoloogilise anteversiooni puhul asetseb emakapõhi naise seisuasendis emakakaelast madalamal, mis normaalseisundist erinevalt on suunatud üles- ja tahapoole (joon. 56). Emaka anteversiooni täheldatakse ripnevate kõhtudega rasedatel naistel, emaka eesmise seina liitumise puhul kusepõie kõhukelmega ja songade korral.

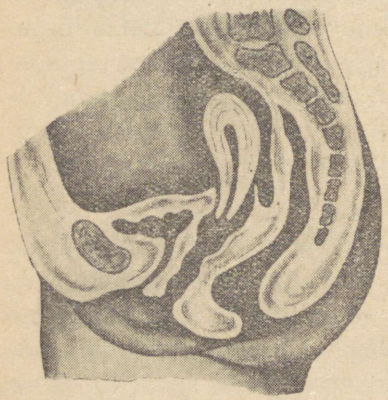
Emaka kallakustest omab suurimat tähtsust *retroversio*-asend, mille puhul emakapõhi on suunatud üles- ja tahapoole, emakakael aga alla- ja ettepoole (joon. 57).

Selline emaka asend tekib naise kestval seilil lamamisel pärast sünnitust või operatsiooni. Mõnikord põhjustavad seda emakakeha raskus kasvajate puhul, emaka häiritud taandarenemine pärast sünnitust, kusepõie tungil täisolek, tupeseinte allalaskumine ja lõpuks soolte allavajumine põie-emaka ruumi, mille tagajärjel kõhuõõne surve mõjub emaka eesmisele seinale.



Joon. 56. Emaka patoloogiline *anteversio.*

Peale ülaltoodud põhjuste etendavad retroversioonide tekkel tähtsat osa põletikulised protsessid vaagna kelmes, Douglas'e ruumis lokaliseerunud perimetriidid, laisideme kõhukelme tagumise lehe põletik ja operatsioonijärgsete armide tekkimine. Ainult harukordseil juhtudel võib esineda sünnipärane retroversioon. Nagu allpool näeme, esineb otsene side retroversiooni ja tupe allalaskumise vahel lahkliha trauma tagajärjel.



Joon. 57. Emaka *retroversio.*

Emaka külgkallakuse (*lateroversio*) puhul on emakapõhi suunatud üles ning ühe külje poole, emakakael aga alla

ning emakakeha asetsusele vastupidise külje poole. Emaka külgkallakuse tekkimine on põhjustatud emakakeha nihkumisest kasvajate mõjul, põletikulistest protsessidest juhades ja munasarjades ning emakaümbruse koestiku põletikust (parametriit). Samasugust mõju avaldavad ka operatsioonijärgsed armid, mis tekivad manuste kasvajate operatiivse kõrvaldamise järel.

Emaka väärkallakuste, eriti retroversiooni puhul on emakas tihtilugu suurenenud. See on seletatav asjaoluga, et emaka väärasendi mõjul surutakse laisidemeis kinni neid läbistavad veenid ja sel teel tekivad vere ärajooksus takistused. Samal ajal aga ei mõjusta emaka väärasend harilikult elastseid arteriaalseid sooni ja vere juurdevool elundeisse kulgeb normaalselt. Kõigest äsjamainitust järeldub, et tekib emaka paishüpereemia, mistõttu emakas muutub tursunuks ning suureneb mahult.

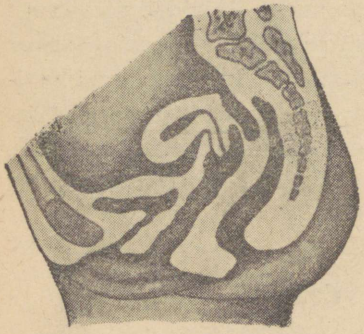
Emaka painded (*flexio*).

Nagu juba öeldud, asetseb emakakeha emakakaela tupeosa suhtes normaalselt nürinurga all, mis on avatud ettepoole; nurga tipp asetseb sisesuudme piirkonnas. Sellest emaka normaalsest asendist esineb terve rida kõrvalekaldumisi. Näiteks emakakeha koos emakakaelaga võivad moodustada sirg- või kergelt loogataolise joone. Mõnikord aga moodustavad nad nurga ja olenevalt sellest, kuhupoole nurk on avatud, kas ette-, taha-, paremale või vasakule poole, eristatakse antefleksiooni (*anteflexio*), retrofleksiooni (*retroflexio*), emaka painet paremale või vasakule (*lateroflexio dextra et sinistra*).

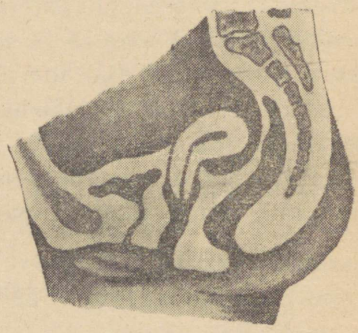
Tuleb vahet teha normaalse ja p a t o l o o g i l i s e antefleksiooni vahel (joon. 58).

Patoloogilise antefleksiooni üheks peamiseks põhjuseks on infantilism, mispuhul täheldatakse sünnipärast ristluu-

-emaka sidemete lühidust. Sel ajal kui viimased tõmbavad emaka sisesuuet tahapoole, hoiavad ümarsidemed kõhuõõne siserõhu kaasabil, mis avaldab survet emaka tagumisele seinale, emaka põhja normaalpaigas. Selle tulemuseks on emaka terav antefleksioon. Kuigi enamikul juhtudest sünnipärane, võib nimetatud anomaalia olla ka omandatud, nimelt ristluu-emaka sidemete kortsumisel põletikuliste protsesside tagajärjel.



Joon. 58. Emaka patoloogiline *anteflexio* (*hyperanteflexio*).



Joon. 59. Infantiilse emaka *retroflexio-retroversio.*

Emaka ülipaine ühele või teisele poole (*lateroflexio*) on enamikul juhtudest väärarengu tagajärjeks, kuid see võib olla ka omandatud, nimelt emaka ühepoolse laisideme armistumisel pärast läbipõetud põletikulist protsessi.

Retrofleksiooni puhul on emaka tupeosa veel rohkem ettepoole asetunud. Emaka suue on suunatud allapoole, taha paindunud emakakeha on kombeldav läbi tagumise võlvi kerakujulise kehana (joon. 59).

Retrofleksioon on retroversiooni edasine arenemisaste ja kõike seda, mis on viimase tekkimise põhjuseks, võib lugeda täies ulatuses ka emaka retrofleksiooni põhjuseks.

Tehakse vahet emaka liikuva ja liikumatu (fikseeritud) retrofleksiooni vahel. Liikuva retrofleksiooni puhul on võimalik bimanuaalsel järelekatsumisel emakat hõlpsasti sellest asendist välja viia, kuna fikseeritud retrofleksiooni korral pole seda võimalik teha kindlate liidete tekkimise tagajärjel, mis fikseerivad emakat *retroversio-flexio*-asendis.

Emaka allavajumine ja väljalangemine (*descensus et prolapsus uteri*).

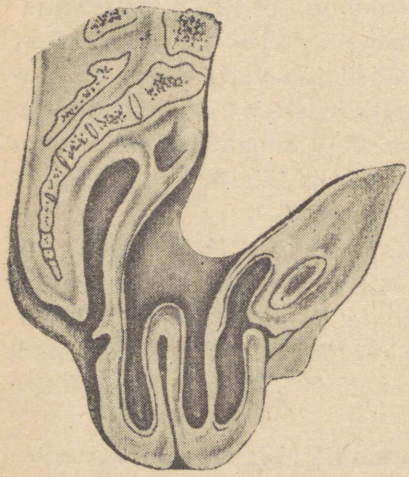
Emaka allavajumiseks nimetatakse emaka nihkumist vaagnatelje suunas allapoole. Kui emakas on vajunud allapoole oma normaalasendit, ulatumata väljapoole tupepilu, siis räägime emaka allavajumisest (*descensus uteri*). On aga emakas niivõrd alla vajunud, et ta ulatub väljapoole tupepilu, siis räägime emaka väljalangemisest (*prolapsus uteri*). Kui tupepilust ulatub välja ainult emakakael, siis on meil tegemist emaka osalise väljalangemisega (*prolapsus uteri partialis*) (joon. 60); langeb aga välja kogu emakas tervikuna, siis räägime emaka täielikust väljalangemisest (*prolapsus uteri totalis*) (joon. 61).

Kui vaagnapõhja moodustavad koed rebenevad või korduvate venituste või ülevenituste tagajärjel paljusünnitajatel puudulikuks muutuvad, siis kaob kõhuõõne elundite vastastikune tasakaal, mis on kujunenud, nagu ülal öeldud, diafragma, kõhuseina ja vaagnapõhja lihaste kokkukõlastatud töö toimel.

Diafragma ja kõhuseina surumine ei leia vastavat vastupanu väikese vaagna põhjas ja selle tagajärjel vajuvad vaagnaelundid ülalt mõjuva jõu survel allapoole.



Joon. 60. Emaka osaline väljalangemine, kaela pikenemine ja eesmise tupeseina väljalangemine.



Joon. 61. Emaka täielik väljalangemine.

Lahkliha rebendite ja vaagnapõhja vigastuste osatähtsus emaka väärasendite tekkimisel kui ka vaagnaelundite allavajumise ja väljalangemise etioloogias on väga suur.

Lahkliha rebendid jaotatakse tavaliselt kolme järku. Esimese järgu puhul on vigastatud vaid lahkliha nahk ja tupe limanahk, teise järgu puhul — tupe limanahk, lahkliha nahk, sibula-korgaslihas (või lihased, mis kitsendavad tupe sissekäiku), pindmised põiklihased ja lahkliha sidemed; kolmanda järgu puhul on vigastatud mitte ainult lahkliha lihased, vaid ka päraku sfinkter (sulgurlihas).

Esimese järgu rebendid on ohtlikud seetõttu, et nad võivad olla infektsiooni sissepääsu väravaiks ja nõuavad, nagu teisedki rebendid, õmblemist. Teise ja kolmanda järgu rebendite oht seisab peale infektsiooni sissepääsu võimaluse selles, et nad põhjustavad suguelundite allavaju-

mist ja väljalangemist, kui neid õigeaegselt kinni ei õmmeldud. Sellised tagajärjed arenevad harilikult järgmises järjekorras: esmalt hakkab alla vajuma tupe eesmine sein, mis on kaotanud oma loomuliku toe lahkliha lihaste rebenemise tõttu; alla vajudes tõmbab tupe sein endaga kaasa ka kusepõie seina.

Kui seejuures esineb põie-tupe sidemete puudulikkus või lahknemine, siis sopistub kusepõie sein välja niivõrd, et tekib kusepõie song (*cystocele*). Tupe eesmise seina allavajumise ja kusepõie songa tekkimise määr sõltub rebendi järgust.

Tupe eesmine sein tõmbab alla vajudes endaga järk-järgult kaasa emaka tupeosa, mis seetõttu asetub allapoole. Emakakaela nihkumisega ettepoole mõjustatakse ka emaka asendit, mis kangiseaduse kohaselt kaldub tahapoole, ja tekib emaka retroversioon. Koos emakaga muudavad oma asendit ka laisidemed, mis põhjustab veenide kokkusurumist ja venoosset verepaisu. Ülalmainitud põhjustel tekkinud vereringehäire vaagnas põhjustab emaka tursumist, mistõttu see muutub raskemaks. Tekivad valud ja valgevoolus, samuti ka ebakorrapärane kuupuhastus. Selle järel läheb emakas *retroversio*-asendist *retroversio-flexio*-asendisse ja hakkab samuti alla vajuma.

Viimaseks etapiks, mis areneb lahkliha rebenemise tagajärjel, on tahapoole kaldunud emaka väljalangemine. Objektiivselt avaldub see selles, et allavajunud emakas ulatub väljapoole tupe sissekäigu piire. Mõnikord tähelda-takse ainult emakakaela tupeosa väljalangemist (eriti vanadel naistel). See oleneb sellest, et vanadus-atroofia tagajärjel emakakael on kaotanud lihased ja kaasatõmmatuna allavajuvate tupeseinte poolt venib pikkuselt niivõrd, et tuleb tupe sissekäigust välja. Peab veel silmas pidama seda, et lahkliha näib mõnikord olevat vigastamata, tegelikult on aga vigastamata vaid nahk ja tupe limanahk, kuna

sügavamal asetsevad lihased on traumatiseeritud. Eriti sageli on vigastatud päraku tõsturlihase eesmised sääred, rebituna lahti oma kinnistuskohtadelt ühel või teisel poolel.

Tagumise tupeseina allavajumine ja pärasoole seina väljalangemine sõltuvad tupe-pärasoole vaheseina vigastuse ja lihaste väljavenimise määrast.

Tagumist tupeseina pärasoolega ühendav kude on kohev, mistõttu tagumise tupeseina väljalangemisega harva kaasub pärasool, kuid tunduva allavajumise puhul laskub siiski tupega koos alla ka pärasoole alumine osa (*rectocele*).

Kui emakat hoiavad oma asendis sidemed, siis tõmbab väljalangenud tupp emakakaela seni enda järele, kuni nõrgeneb emaka sidemeaparaat ja emakakeha vajub alla. Üksikuil juhtudel venitavad väljalangenud tupeseinad emakakaela niivõrd, et see pikeneb kaks ja koguni kolm korda (*elongatio colli*).

Peab tähendama, et suguelundite allavajumine ja väljalangemine ei kulge alati ülalkirjeldatud järjepärasusega ja võib ühel või teisel arenemis-etapil seiskuda. Nähtavasti etendab selles protsessis osa mitte ainult vaagnapõhja tervikluse vigastus üksi, vaid seda teevad ka teised momendid. Näiteks tõenäoliselt ei jäta mõju avaldamata naise konstitutsioon, sidemeaparaadi seisukord, organismi toitumusaste, innervatsioonihäired jne.

Emaka väärasendite sümptoomid

Emaka väärasend kulgeb sageli ilma igasuguste sümptoomideta ja avastatakse juhuslikult järelevaatusel. Sagedamate kaebuste hulka peamiselt emaka *retroversio-flexio* puhul kuuluvad järgmised:

1. Menorraagia, emaka liigveresuse tagajärg, mis on põhjustatud paisnähtudest vaagnas (vt. ülal).

Haiged kaebavad sageli valuliku raskustunde üle enne kuupuhastust, mis oleneb hüpereemilise emaka survest teda ümbritsevaile kudedele.

2. Valgevoolus. Paisnähud emakas põhjustavad sageli hüperplastilisi protsesse endomeetriumis, mis soodustab liigeritust (hüpersekretsiooni) emaka limanahast.

3. Valud. Haiged kaebavad harilikult valude üle ristluus, mõnikord ka jalgades, eriti kestva seismise puhul.

Tuleb tähendada, et valude lokalisatsioon võib olla väga mitmesugune, samuti nagu nende intensiivsus, ja nad sõltuvad neist põletikulistest protsessidest, millede tagajärjed tekitavad emaka püsivaid väärasendeid.

4. Defekatsioonihäired. Haiged osutavad sageli valudele roojamisel, mis sõltuvad emaka nihestusest pingutamisel, ebameeldivale surutundele pärasooles jms.

Valulik defekatsioon, paishüpereemia vereringehäire tõttu vaagnas ja haigete püüe olla rahulikus olekus valutunde tõttu — see kõik viib esialgu tahtelisele roojamise tagasihoidmisele ning soodustab edaspidi kroonilise kõhukinnisuse tekkimist.

5. Kusemishäired. Kaebused sagenenud kusemise kohta ilmnevad siis, kui patoloogilise antefleksiooni puhul emakas surub kusepõiele või kui see surve sõltub emaka-kaelast emaka retroversiooni puhul.

Tuleb veel märkida, et emaka *retroversio-flexio* võib soodustada sigimatust emaka välissuudme paigutumisel ette. Sperma koguneb tagumises võlvis ja selle sattumine emakasse on raskendatud.

Emaka ja tupe allavajumise ja väljalangemise sümptoomid suurenevad harilikult kindlas järjekorras. Varajase sümptoomina esineb sagedane kusemine, mis oleneb kusepõie mittetäielikust tühjenemisest. Nagu ülal tähendatud,

vajub lahkliha rebendi puhul esmalt alla tupe eesmine sein ja koos sellega osaliselt ka kusepõis.

Edasise allavajumise suurenemisel võib tekkida kusepõie songataoline väljasopistis, mistõttu osa kusepõiest asetseb allpool kusiti sisesuuet ning seal olev kusi ei saa välja voolata ja peetub. Pärast kusemist on haigel kusepõie osalise tühjenemise tunne, mis peagi põhjustab uut kusetungi.

Eesmise tupeseina ulatuslikumal allavajumisel koos põiega kannatavad haiged tihtilugu osalise kusepidamatuse all, mis on põhjustatud kusepõie seesmise sulgurlihase väljavenimisest ja puudulikust sulgemisest. Emaka väljalangemisel mehaanilise surve ja kusiti niverdumise tagajärjel täheldatakse sagedamini kusepeetust ja haiged osutavad harilikult, et kusemine on võimalik ainult pärast väljalangenud elundite paigaldamist.

Vastavalt sellele, kuidas eesmise tupeseina allavajumise järel areneb emaka retroversioon, ilmnevad ka sümptoomid, mis on omased sellele väärasendile, millest kõnelesime juba ülalpool.

Emaka täieliku väljalangemisega kaasuvad kaebused surutunde kohta all, raskuse üle kõndimisel, rooja- ja kusepeetuse üle.

Väljalangemiste diagnostika ei ole raske. Emaka väljalangemisel avastatakse vastavalt väljalangemise astmele välissuguosade ees rusikasuurune kasvaja. Kasvaja eteulatuvamal osal on näha emaka välissuue. Väljalangenud tupe limanahk on kahvatu, kuiv ja nahataoline. Välissuudme ümbruses, mõnikord ka limanaha külgpindadel esinevad sageli lamatishaavandid. Selliste haavandite healoomulisus on kohe silmanähtav: nad ei ole sügavad, on ebaühtlaselt piiristatud, põhi on sile ja läikiv. Väljalangenud elundite palpeerimisel läbi väljapoole pöördunud tupeseinte

on võimalik eraldada pikenenud tihket emakakaela või isegi emakat.

Tavaliselt paigaldatakse väljalangenud elundid haigestuse algul haige enese poolt kergesti, edaspidi aga turse suurenemisel on nende paigaldamine raskendatud.

Emaka tupeosa ja tupeseinte haavandumisel emaka väljalangemise puhul täheldatakse vedel-mädast kleepuvat eritist. Küllalt sageli on menstruatsioonid rohked ja korratud. Rasedust esineb suurema väljalangemise puhul harva.

Diagnoosimisel on vajalik eristada tupe väljalangemist tupe tsüstidest ja kasvajaist, mis võivad tupest välja ulatuda. Samuti tuleb meeles pidada, et emakakael võib pikenenud olla emaka ja tupe normaalse asendi puhul.

Väljalangemise põhjuse kindlakstegemiseks on vaja järele vaadata emaka lihas- ja sidemeaparaat, kombeldes *m. levator ani*'t ja *lig. sacrouterina*'t tupe ning pärasoole kaudu.

Päraku tõsturlihase funktsionaalse võime määratlemiseks kästakse haigel pärakut sisse tõmmata, nagu ta seda teeb soovi korral gaaside ja rooja kinnihoidmiseks. Sealjuures tõmbuvad pingule lihased ja sidemed, mis võimaldavad seega komplusel kindlaks määrata lihaste lahknemise ja lõdvenemise astet.

Lõpuks märgitagu, et võib ka esineda väljalangenud emaka pitsumine häbemepilus. Nimetatud tüsistusega kaasuvad harilikult šoki nähud: terav valu, iiveldus, okse, minestus. Kui selline haige ei saa õigeaegselt operatiivset abi, siis võib pitsunud emakas gangreniseeruda (kärbuda).

Teatud määral eraldi asuvad nii sümptomatoloogia kui ka esinemise sageduse poolest emaka väändumine ümber oma telje (*torsio*) ja emaka küübestumine (*inversio*).

Emaka väändumist ümber oma telje täheldatakse väga harva ja see tekib mehaaniliste põhjuste (kasvavate fibromüoomide, munasarjakasvajate) mõjul. Kui ümber oma pikitelje väändub kogu

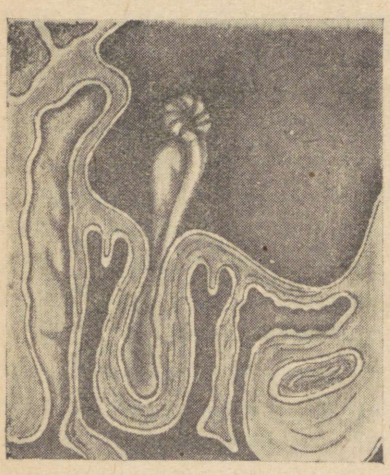
emakas, siis nimetatakse seda *rotatio uteri*'ks; väändub aga ainult emakakeha kaela suhtes, siis räägitakse *torsio uteri*'st.

Selline väändumine võib anda tõsiseid tüsistusi: 1) verikasvaja moodustumine menstruaalvere äravoolu takistuse tõttu tservikaalkanali kaudu; 2) mittemenstrueerivail naistel hüdromeetra tekkimine (vedeliku kogunemine emakaõõnde) emaka turse, venoosse paisu ja näärmete suurenenud sekretsiooni tõttu. Infektsiooni sissesattumisel tekib nii ühel kui teisel juhul püomeetra (mäda kogunemine emakasse).

On kirjeldatud emakagangreeni (-kärbuse) juhtumeid, mis on tekkinud häiritud vereringe taustal väändumise tagajärjel. Diagnoos on väga raske.

Emaka küübestumine (*inversio uteri*).

Emaka küübestumise (joon. 62) all mõistetakse sellist seisundit, kus emaka sisepind, limanahk on pöördunud väljapoole, kõhukelmene pind aga sissepoole. Kui sellest nihkumisest võtab osa kogu emakas, välja arvatud paigalejääv tupeosa, siis räägitakse täielikust küübestumisest. Mittetäielikul küübestumisel pöördub pahupidi emakaõõnde ainult emakapõhi.



Joon. 62. Emaka küübestumine pärast sünnitust.

Emaka küübestumise tekkimiseks on vajalik, et emakakeha seinad oleksid lõdvad, emakakaelakanal avanenud ja emakapõhjale mõjuks ülalt alla mingi kiskuv või suruv jõud. Kõige sagedamini

esinevad sellised tingimused sünnitusel, nimelt päramiste väljumise perioodil (Credé võte lõdva emaka puhul, päramiste eemaldamine nabaväädist tõmbamisega jne.). Märksa vähem põhjustavad sellist väärseisundit kasvajad, näiteks emakapõhjast väljuv limanahaalune müoom. Kui sealjuures kasvaja säär on pikk, peenike ja järeleandev, siis ei põhjusta sellise polüübi sünd emaka pahupidi pöördumist. On see aga lühike, jäme ja mitteveniv, siis võib kasvaja sündides endaga kaasa tõmmata emakaseina ja selle pahupidi pöörata.

Kui emaka küübestumine jääb pärast sünnitust tähele panemata, siis teostub emaka taandareng selles väärasendis, mille tulemuseks on emaka krooniline küübestumine. Nimetatud väärasend kuulub väga tõsiste haigestuste hulka. Haiged kaebavad seejuures surutunde üle all ja aistingut, nagu väljuks sisikond. Kõige rohkem aga häirivad neid ohtrad kuupuhastused, ebareeglipärased verejooksud ja rohke vedel valgevoolus.

Emaka küübestumise äratundmine ei tekita erilisi raskusi: tupes, avanenud emakakaelakanalis tunneb sõrm ümarikku kasvajat, millel pole kindlaid piire; ülal läheb kasvaja üle laienenud suudme äärtesse. Järelevaatusel peegliga leitakse, et kasvaja pind on sinakaspunast värvust, kaetud enam või vähem sügavate haavanditega, mõnikord on see isegi nekrotiseerunud ja veritseb kergelt. Väline käsi kompleb emaka kohal lehtritaolist lohku, milles asetsevad munajuhad ja munasarjad. Pealiskaudsel järelevaatusel võib emaka küübestumist ära segada fibroosse polüübiga, mis on väljunud emakaõõnest.

Emakakeha asetsemine vaagnaõõnes, võimalus viia sõrm emakaõõnde laienenud suudme kaudu ja palpeerida polüübi säärt, mis väljub emaka seinast või põhjast, aitavad kaasa õige diagnoosi panemiseks.

Emaka väärasendite ravi.

Emaka väärasendite ravimine on kas konservatiivne või kirurgiline, taotledes sümptoomide kõrvaldamist emaka viimisega normaal- (tüüpilisse) asendisse ning selle fikseerimist õiges asendis.

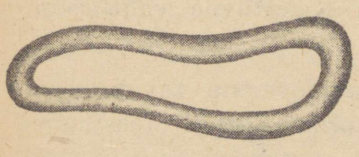
Kõigepealt tuleb märkida, et mitte alati ei nõua emaka väärasendid (patoloogiline *anteflexio, retroversio-flexio*) ravimist. Kui need ei põhjusta mingisuguseid subjektiivseid ega objektiivseid häireid, siis ei ole emaka väärasend iseenesest ravimise põhjuseks. Ravimine on näidustatud siis, kui esinevad ühed või teised sümptoomid (valud, sage kusetung, ebakorrapärane kuupuhastus, valgevoolus jne.). Kui mainitud väärasendiga kaasuvad põletikulised protsessid, siis peab esmalt need terveks arstima ja ainult sellistel juhtudel asutakse emaka väärasendi ravimisele, kui põletikuliste protsesside paranemisega ei kao haiguslikud sümptoomid.

Emaka liikuva retrofleksiooni ravimine seisab selle õigesse asendisse paigaldamises ja fikseerimises õiges asendis.

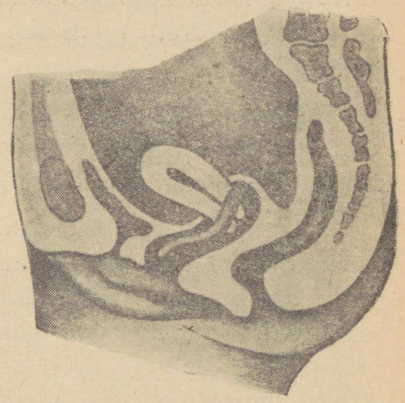
Asendi parandamist teostatakse käsitsivõtetega, kusjuures haige lamab selili, nagu tavaliselt. Tuppe viidud ühe käe kahe sõrmega surutakse emakale tagumise võlvi kaudu ja püütakse seda tõsta ning emakat välja viia ristluu nõost. Niiviisi väljaviidud emakakeha suunatakse välise käega häbemeliiduse poole. Välise käe liigutuste ajal paigutatakse tupes asetsevad sõrmed eesmisse võlvi ja surutakse emaka tupeosa tahapoole, andes viimasele normaalasendi. Emaka parandatud asend säilitatakse tuppe viidud pessaari ehk emakarõnga abil. Õigesti valitud ja hästi sisseviidud pessaar hoiab emakat normaalasendis ega häiri sugugi haiget.

Tarvitatavaim on Hodge'i rõngas (joon. 63).

Pessaarid valmistatakse kõvast kummist, tselluloidist, alumiiniumist või vastupidavast klaasist. Pessaar viiakse sisse nii, et selle tagumine, lai osa oleks suunatud ülespoole, eesmine, kitsas aga allapoole. Tundliku kusitipiirkonna säästmiseks viiakse pessaar põiki läbi tupesissekäigu. Pessaari tagumine, lai osa peab asetsema tagumises võlvis emakakaela tupeosa taga. Rõngas hoiab emakat kindlas asendis seetõttu, et tema tagumine osa surub



Joon. 63. Hodge'i rõngas.



Joon. 64. Hodge'i rõnga asend tupes.

tahapoole tupe tagumist seina ja sellega koos ka emakakaela; ühes sellega omandab emakakeha *anteversio*-asendi (joon. 64).

Pessaari kandmisel peavad haiged tegema iga päev loputusi, sest vastasel korral saastub rõngas emaka ja tupe eritistega, mille tagajärjel tekib ladestusi rõnga ümber ning limanaha ärritus. Peale selle peavad haiged end perioodiliselt arstile näitama, et kontrollida emaka asendit ja veenduda, kas rõngast ei ole tekkinud lamatisi. Pessaari ei ole lubatud kasutada tupekatarri ja emakakaela erosioonide puhul, sest selle kandmine süvendab põletikku.

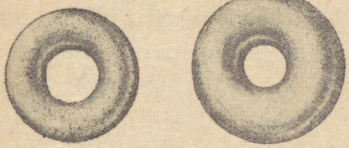
Neil juhtudel, kui emaka *retroversio-flexio* on põhjustatud hapratest liidetest varem põetud põletikuliste protsesside tagajärjel, võib katsetada günekoloogilist massaaži. Tihkete armkoeliste liidete korral on eelistatavam operatiivne ravimeetod, mis seisab selles, et pärast liidete kõrvaldamist antakse emakale normaalne asend ümarsidemete lühendamise või emaka fikseerimise teel eesmise kõhuseina külge. Selliseid operatsioonimenetlusi on mitu. Kui emaka retrofleksiooni etioloogiliseks momendiks on vaagnapõhja tervikluse rikked, tuleb see taastada vastavate operatsioonide abil.

Ja lõpuks, kui emaka väärasend oleneb mingist kasvajast, siis on selle kõrvaldamiseks operatiivne vahelesegamine samuti näidustatud.

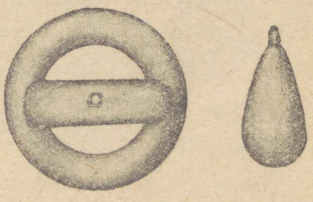
Emaka allavajumiste ja väljalangemiste ravimine on põhimõtteliselt samuti emaka normaalasendi taastamine koos vaagnapõhja tervikluse rikke parandamisega. Selleks otstarbeks on esitatud samuti väga palju operatiivseid menetlusi. Enamik neist seisab tupevalendiku kunstlikus kitsendamises ja tupe sissekäigu sulgurlihaste tervikluse taastamises. Muud operatiivsed menetlused vaagnapõhja taastamise operatsioonide kõrval taotlevad emaka fikseerimist normaalasendis. Vanemas eas tarvitatakse mõnikord tupe ja emaka täieliku kõrvaldamise operatsiooni. Juhtudel, kui haige keeldub operatsioonist või kui esinevad kopsu-, südame- jne. haigused, kasutatakse väljalangemise ravina pessaare ehk rõngaid. Pessaaride tarvitamisel on vajalik haigele selgitada, et sellise menetlusega ei parane haigus täielikult. Rõnga kuju ja suurus valitakse vastavalt tupe laiusele ja kujule; tuleb alata väiksematest suurustest.

Väheldaste allavajumiste puhul rakendatakse Hodge'i pessaare (joon. 63). On aga tegemist tupe ulatusliku lõtvumisega ja vaagnapõhja puudulikkusega, siis tarvitatakse

laiu Mayer'i kummirõngaid (joon. 65). Neil juhtudel, kui harilik rõngas enam ei püsi, soovitab Menge kasutada rõngast ristpõrgaga, millesse asetatakse veel kolvitaolise varre ots (joon. 66); selline vars-pelott hoiab rõngast kindlalt tupes (joon. 67). Neil juhtudel, kui ükski kirjeldatud rõngaist tupes ei püsi, võetakse tarvitusele hüsterofoor [1] (joon. 68).



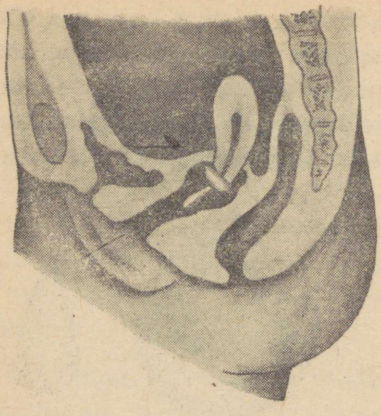
Joon. 65. Mayer'i rõngad.



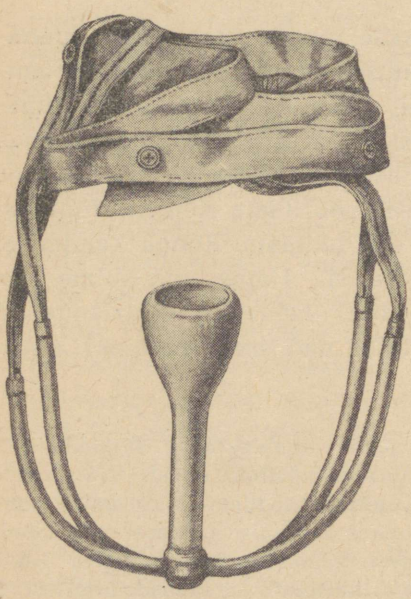
Joon. 66. Menge rõngas.

Enne sisseviimist määritakse rõngas vaseliiniga, suunatakse põikiasendis häbemepilusse ja surudes tupe tagumisele seinale nihutatakse sisse, kusjuures emakakaela tupeosa asetatakse rõnga valendikku. Kui punnitamisel rõngas tupest välja ei lange, siis lastakse haige koju, teatades talle, et ta päeva jooksul peab sooritama rohkem liigutusi ja tulema järgneval päeval end näitama. Rõnga kandmisel on nõutav teha iga päev loputusi. Umbes iga kolme kuu tagant tuleb rõngas eemaldada. Esinevad väljalangenud suguosadel haavandid, siis tuleb nad enne pessaari sisseviimist terveks ravida.

[1] Hüsterofoor on aparaat emaka väljalangemise ärahoidmiseks ja kujutab endast pessaari ja bandaaži kombinatsiooni. Nuiataoline kummist pessaar viiakse tuppe, bandaaž aga kinnitatakse haige puusadele. Hüsterofoor raskendab asendi muutmist (istumisest kõndimisele) ja peale selle on tema kestev kandmine tülikas halva lõhna tõttu, mida levitavad eritised, mis hüsterofoori rakendamisel tupeseinte alatise ärrituse tõttu suurenevad.



Joon. 67. Menge rõnga asend.



Joon. 68. Hüsterofoor.

Haavandite ravimisel on vajalik haigele määrata voodirežiim, paigaldades väljalangenud elundid. Nende paigalhoidmiseks viiakse tuppe vaseliiniõliga immutatud tampoon. Väljalangenud elundite rahulik asend soodustab korrapärast vereringet vaagnas ja haavandite kiiret epiteliseerumist. Haavandite medikamentoosne ravi seisab igapäevastes desinfitseerivates loputustes järgneva mitteärritavate salvide rakendamisega (kseroform- või rivanoolsalv, vaseliiniõli).

Ärritavate ainete (puuäädikas, põrgukivi, sublimaat jms.) tarvitamine on vastunäidustatud.

Emaka küübestumise ravimine sünnitusjärgsel perioodil seisab selles, et pahupidi pöördunud emakas paigaldatakse ettevaatlikult tagasi ja hoitakse paigal nii emaka kui ka tupe tamponeerimisega. Kui küübestumist

põhjustas müomatoosse sõlme sünd emakaõõnest ja pärast selle kõrvaldamist emakas iseenesest tagasi ei paigaldu, siis ka sel juhul kasutatakse eelmainitud võtet.

Kui paigaldamist ei õnnestunud teostada või küübestumine on vananenud, siis on vajalik operatsioon, mis seisab selles, et küübestunud emaka eesmine või tagumine sein lõigatakse lõhki, mille järel teostatakse emaka paigaldamine. Vanade küübestumiste puhul, kus on tekkinud tihked liitumised, on ka selline operatsioon tehniliselt teostamatu ja küübestunud emakas tuleb amputeerida.

Emaka väändumise ravi võib olla ainult operatiivne (kasvajate kõrvaldamine, armkoe väljalõikamine ja emaka kõrvaldamine).

Emaka väärasendite profülaktika.

Emaka väärasendite profülaktika peab seisma selliste etioloogiliste momentide kõrvaldamises, mis põhjustavad neid haigestusi. Meenutame, et emaka väärasendid võivad areneda näiteks lapse-eas, kui ei jälgita last ja lubatakse kusepõie ja soolestiku tühjendamist mitteõigeaegselt, mis soodustab emaka kaldumist tahapoole.

Peale selle on vajalik pöörata vanemate tähelepanu kõhuõõne surve suurenemisele kahjulike füüsiliste ülepingutuste puhul. Kuigi meie seadusandlus rangelt reguleerib täisealiste tööd, eriti aga alaealiste oma, esineb siiski koduse elu tingimustes mõnikord selliseid juhtumeid, kus 8—9-aastastele tütarlastele usaldatakse nende aastavanuste vendade ja õdede hoidmine ja kätel kandmine. Kõik see mõjub tütarlapse üldarenemisele kui ka seesmiste elundite, eriti aga emaka asendile.

Abieluaeg on järgmiseks perioodiks, kus võivad areneda emaka väärasendist sõltuvad haigestused. Abordid

neile järgnevate emaka põletikuliste haigestustega või emaka ebaõige ja mitteküllaldase taandarenemisega (involutsiooniga), peale selle ka ebaõigesti veedetud sünnitusjärgne periood sellega kaasnevate tüsistustega — kõik need momendid tuleb võimalikult kõrvaldada, et ennetada ülalmainitud haigestuste tekkimist. Sellised momendid ise on järgmised: sünnitusjärgsel perioodil ei tohi naine teostada tugevaid kõhupressi pingutusi, ei tohi vara voodist tõusta (korduv sünnitaja mitte enne neljandat päeva, esmassünnitaja mitte enne kuuendat päeva), samuti ei tohi tegelda füüsilise tööga. On vajalik jälgida soolte tegevust ja emaka küllaldast involutsiooni, sest halvasti kokkutõmbunud emakas, eriti sünnitaja kestval lamamisel selili, võib nihkuda *retroflexio*-asendisse, mis, nagu juba mainitud, võib põhjustada emaka väljalangemist.

Tähtsat osa emaka väärasendi tekkimises, emaka ja tupeseinte allavajumises etendab vaagnapõhja tervikluse vigastus. Siin on tähtsaks profülaktiliseks vahendiks kvalifitseeritud sünnitusabi, sünnituse õige juhtimine ja lahkliha ratsionaalne kaitse rebendite vältimiseks. Kui aga rebend siiski on tekkinud, siis on vaja kohe taastada lahkliha terviklus.

Lõpuks mõjustab emaka asendit, allavajumist ja väljalangemist ka naise elukutse. Füüsiline töö ja kõhupressi kestev ülepingutus füüsiliselt ettevalmistamata isikuil võivad soodustada selliste haigestuste tekkimist.

Seetõttu etendabki kehakultuur, millele meil Liidus pühendatakse nii suurt tähelepanu, emaka väärasendite (deviatsioonide) profülaktikas erakordselt suurt osa.

Tänu kehakultuurile moodustubki terve, füüsiliselt hästi arenenud, funktsionaalselt täisväärtuslik organism, mis on hea vastupanuvõimega igasugustele kahjulikkudele mõjustustele.

Menstruatsioonihäired.

Menstruaalsed verejooksud esinevad naistel umbkaudu alates 11—17-ndast kuni 43—48-nda eluaastani, ilmuvad iga 3—4 nädala tagant ja kestavad 2—5 päeva ning ei põhjusta organismi üldseisundi häireid. Nimetatud menstruaalsest tsüklist esineb tunduvaid kõrvalekaldumisi, mida aga ei või nimetada haiguslikuks seisundiks.

Menstruaalse funktsiooni haiguslikuks häireks loetakse sellist seisukorda, kus on häiritud üldseisund valude, rohke verekaotuse või lõpuks ka verede ärajäämise tõttu.

Menstruaalse funktsiooni häired avalduvad järgmistes nähtudes:

1) menstruatsiooni puudumises — amenorröa;

2) liiga vererohkes menstruatsioonis, kusjuures menstruatsioonil säilib selle tavaline tüüp, — menorraagia;

3) ebanormaalselt valulikus menstruatsioonis — düsmenorröa.

Enne kui peatuda menstruaalse funktsiooni häirete üksikuil nähtudel, on vaja osutada neile verejooksudele, mida täheldatakse mõnikord väljaspool suguküpsusperioodi, s. t. just sel ajajärgul, mil tavaliselt esineb füsioloogiline amenorröa. Selliseid verejookse täheldatakse mõnikord vastsündinud tüdrukuil: kuuendal-seitsmendal päeval pärast sündimist ilmuvad mõned tilgad lima ja verd, mis kestab üks-kaks päeva. Nimetatud nähtu ei või mingil juhul tõlgitseda tõelise menstruatsioonina, sest selle puhul puuduvad tõelisele menstruatsioonile omased anatoomilised muutused emakas ja munasarjades. Selliste verejooksude korral on vastsündinute emakas, eriti aga selle limanahk tugevamalt hüpereemiline ja seetõttu on märgatavamalt paistetunud, võrreldes hilisema seisundiga. Selle põhjuseks on puhtmehaaniline verepais surve tagajärjel, eriti rase-

duse korral suure lapsega. Muidugi ei saa eitada võimalust, et vastsündinud tütarlastel võib mainitud verejooksu tekkimise põhjuseks olla platsenta sisesekretoorse toime väljalangemine. Suguküpsuse algperioodil täheldatakse mõnikord väga ohtraid verejookse, mis põhjustavad suurt verekaotust ja harukordseil juhtudel võivad lõppeda koguni surmaga. Selliste niinimetatud juveniilsete verejooksude põhjuseks on munasarjade ja muude sisesekretsiooninäärmete funktsionaalsed häired. Mõnikord täheldatakse neid tüdrukuil, kes põevad hüpertüreoosi, kloroosi, haigusi seoses ainevahetuse häiretega (rasvumine) jne.

Raugaeas on suguosadest toimuvate verejooksude põhjuseks enamikul juhtudest kohalikud muutused, nagu polüübid, erosioonid, vaginiidid, submukoossed müoomid, varikoossete sõlmede lõhkemine, peamiselt aga emaka vähktõbi.

Võrdlemisi sageli võib täheldada r a s e d u s e ajal verejookse, mis oma iseloomult meenutavad kuupuhastust; nad ilmnevad tavaliselt raseduse esimestel kuudel ja väga harva esinevad kogu raseduse kestel. Selliste verejooksude põhjust pole seni veel selgitatud. Oletatavasti sõltuvad need kas erosioonidest või lootekestade väikeste osade perioodilisest irdumisest korduva hüpereemia tõttu, mis võib oleneda muude endokriinsete näärmete funktsiooni muutustest.

Amenorröa, hüpo-oligomenorröa.

A m e n o r r ö a k s nimetatakse menstruaalse verejooksu puudumist. Menstruatsiooni täielikku puudumist täheldatakse kõrgeastmelise infantilismi, lootejärgus suguelundite arenemise seiskumise või munasarjade ning emaka aplaasiaga või tunduva hüpoplaasiaga seoses olevate väärarengute puhul.

Füsioloogiliselt esineb selline seisund enne suguküpsuse algust, pärast klimakteeriumi, raseduse ajal ja vähem või rohkem aega rinnaga toitmise perioodil. Üle poole rinnaga toitvaist emadest ei menstrueeri umbes viie kuu kestel pärast sünnitamist, pikemaaegsel toitmisel algavad enamikul naistest menstruatsioonid uuesti.

Patoloogilise amenorröa piiril asuvad sellised juhud, kus amenorröa areneb raske kehalise töö tagajärjel, kusjuures aga naisel ei esine mingisuguseid üldise ega ka paikliku loomuga haigestusi suguorganeis. Näiteks enne revolutsiooni ei olnud paljudel talunaistel üldse kuupuhastust suveperioodil põllutöö ajal, kuna talvel taastus neil menstruaalne funktsioon uuesti täiesti normaalsel kujul. Vastuoksa, Kaug-Põhja naiselanikel puudub kuupuhastus füsioloogiliselt pika polaartalve kestel, tekkides uuesti ainult päikese ilmumisega.

Kuupuhastus puudub naistel väga sageli sõjaajal. See on niinimetatud „nälgus- ehk sõja-amenorröa", mida põhjustavad ühelt poolt halb toitumine, ja nimelt valkude, rasvade või vitamiinide puudus toidus, teiselt poolt aga ka närvkonna tugevad vapustused. See amenorröa vorm, olles kestuselt mitmesugune, möödub tavaliselt ilma raviniseta normaalse toitumise juures. Psüühilised mõjustused (ehmumine) etendavad samuti amenorröa tekkimisel osa. Üleminekuvormideks tuleb lugeda ka selliseid juhtumeid, kus esmakordne menstruatsioon algab liiga hilja, mille põhjuseks on enamikul kordadel infantilism. Sel puhul täheldatakse suguküpsuse hilinemist ja enneaegset raugemist.

Esinevad juhud, kus menstruaalne veri ei leia endale suguteede puudulikkuse või kinnikasvamise tõttu väljapääsu (atreesiad). Sel puhul jäävad ovulatsioon ja ka menstruatsioon muutumatuks, kuid väliselt avaldub see menstruatsiooni ärajäämises.

Sellised atreesiad on oma iseloomult kas sünnipärased, olles põhjustatud arenemispeetusest, või nad on tekkinud väljaviivate suguteede läbipõetud põletikkude tagajärjel. Menstruaalse vere peetuse tagajärjel koguneb veri takistuskoha taha, tekitades vere kogunemist tuppe (*haematocolpos*), emakaõõnde (*haematometra*) ja munajuhasse (*haematosalpinx*). Järelikult siin on meil tegemist näiliku amenorröaga.

Kauakestva (üle aasta) rinnaga toitmise puhul võib täheldada füsioloogilise sünnitusjärgse amenorröa üleminekut patoloogiliseks, kusjuures suguelundite suhtes täheldatakse emaka ja munasarjade atroofiat. Amenorröa esineb ka veel pärast munasarjade kõrvaldamist, s. t. pärast kastratsiooni. See amenorröa vorm on arusaadav, sest menstruatsioon on seoses munasarjade funktsiooniga, s. t. munaraku küpsemisega ja küpsenud munaraku ovulatsiooniga ning kollaskeha tekkimisega. Sama olukorda nagu kastratsioonigi korral täheldatakse ka munasarjade kasvajate puhul, kusjuures healoomulised kasvajad põhjustavad amenorröad vaid siis, kui nad arenevad mõlemas munasarjas ja hävitavad täielikult follikulaarse aparaadi. Pahaloomulised kasvajad tekitavad amenorröad ka neil juhtudel, kui on tabatud vaid üks munasari. Samuti kuse-suguteede ja soolte uuristega kaasub harilikult amenorröa; uuriste kinniõmblemisel algab menstruatsioon jälle.

Et menstruaalvere allikaks on emakakeha limanahk, siis on loomulik, et emaka patoloogilised seisundid põhjustavad amenorröad, eriti selle elundi täielikul puudumisel kas sünnipäraselt või operatiivse vahelesegamise tulemusena. Samad tulemused tekivad ka emaka limanaha kadumise puhul pärast liiga agarat väljakaapimist, sööbeainete kestvat rakendamist, joodtinktuuri süstimist või selliste haiguslikkude protsesside järel nagu irduv endometriit.

Peale väärarendite ja suguaparaadi kahjustuste on amenorröa põhjuseks mõned üldhaigestused. Nii näiteks esineb amenorröa sageli klorootilistel noortel tütarlastel ja kaasnähuna mitmesuguste ainevahetushaiguste puhul, nagu raskekujulise neerupõletiku ja kurnavate haiguste, näiteks tüüfuse, rasvumise, Basedow' tõve, akromegaalia, diabeedi jt. järel.

Erilist tähtsust omab tuberkuloos, põhjustades amenorröad kogu organismi üldise kurnatumuse kui ka munasarja follikulaarse aparaadi väärastuse ja emaka limanaha atroofia tõttu. Sageli esineb amenorröa kaasnähuna psühhooside, eriti varase nõdrameelsuse (*dementia praecox*) korral. Epilepsia puhul esineb amenorröad ½ kõigist juhtudest, samuti maniakaal-depressiivse psühhoosi korral.

Rööbiti juhtudega, kus amenorröa tekkimist haigel võib siduda kas organismi üldhaigestusega või naise suguelundite paiklike haiguslike protsessidega, esinevad ka sellised juhud, kus järelevaatuse tulemused ei võimalda määratleda mingisuguseid ilmestunud haigestusi. Niisuguste amenorröade põhjust tuleb otsida mitmesuguste sisenõristusnäärmete tegevuse korrelatsiooni rikkeis.

Amenorröa, mis on tekkinud organismi üldhaigestuse tagajärjel, põhjustab suguelundite paiklikke muutusi, kuna amenorröa, mis on tekkinud suguelundite paiklike haigestuste tagajärjel, põhjustab üldise iseloomuga häireid.

Amenorröa sümptoomid omavad suurt sarnasust niinimetatud väljalangemisnähtudega. Kergete, kiiresti mööduvate juhtude puhul puuduvad harilikult märgatavad kliinilised sümptoomid; rasketel juhtudel kerkivad sageli esiplaanile väljalangemisnähud: väsimus, töötahte puudumine, raskus- ja surutunne häbemeliiduses, valud ja raskustunne ristluus, kuumad tusad, kohin kõrvades jne. Harvemini esinevad niinimetatud „vikareeruvad (asenduvad) menstruatsioonid", s. t. verejooksud muudest

elunditest: ninast, kõrist, kopsudest; verevalumid silmas, nahas. Mõningail juhtudel vaheldub amenorröa menstruatsiooniga, mille puhul verd eritub väga vähe (hüpomenorröa), või menstruatsiooniga, mis ilmub pika ajavahemiku järel (oligomenorröa).

Amenorröa ravimine peab olema põhjust kõrvaldav. Näiteks üldhaigestuste puhul (kopsutuberkuloos, rasked mädanemisprotsessid, diabeet) on vaja ravida põhilist haigust, sest selle kõrvaldamisel möödub ka amenorröa. Amenorröa kerged juhud, mis kestavad mitte üle mõne kuu ja millega ei kaasu emaka atroofia, ei nõua harilikult ravimist. Raskelt alluvad ravimisele haiged, kelledel esinevad atroofilised protsessid emakas, ja kauakestnud haigusjuhud. Kui ei võimaldu kindlaks määrata amenorröa põhjust või kui amenorröa sõltub arenemispeetusest, siis, arvestades haige psüühikat, tuleb alustada ravimist ka haigusnähtude puudumisel. Ravina kasutatakse füsioterapeutilisi protseduure, mis põhjustavad vere juurdevoolu suguelundeisse, ja samal otstarbel seesmisi medikamentoosseid vahendeid.

Üldiseloomuga abinõud. Alaarengu nähtude puhul on tähtsaks abinõuks õigeaegne kehakultuuri harjutuste määramine, mis soodustavad organismi arenemist üldiselt ja annavad head efekti ka suguaparaadi arenemise mõttes.

Määratakse üldine organismi tugevdav ravi, hea hooldamine ja toitumine, puhas õhk; seesmiselt — ettevaatlik ravimine arseeniga: *Solut. arsenicalis Fowleri* — 4,0; *Tinct. Chinae composit.* — 30,0, 15 tilka kaks korda päevas; arseenipillid rauaga jne. Infantilismi puhul võib katsetada munasarjade ekstraktidega (ovariin). Raskemail juhtudel kasutatakse ka terve naise munasarjade siirdistutamist, mis annab mõnikord häid tulemusi. Normaalsed suguühted kutsuvad mõnikord esile suguelundite edasise arenemise.

Paiklik ravi. Vahendid, mis suurendavad vere kuhjumist: kuumad kümblused (jala- või iste-), muda-, soolakümblused; kuumad tupeloputused kuni 40—50°. Parem on kasutada diatermiat, sest see põhjustab kudede soojenemist 40—42° ja tugevat hüpereemiat; diatermiaseansse antakse ülepäeviti 15—20 minutit korraga (kuuri kestus 15—20 seanssi).

Menorraagia (*menorrhagia*).

Menorraagia all mõistetakse vererohkeid kuupuhastusi. Menorraagia ühtib ajaliselt menstruatsiooniga, kuid erineb normaalsest menstruatsioonist kas oma vererohkusega (hüpermenorröa) või ohtra ning kestva verekaotusega, kusjuures menstruatsioonide vaheajad on lühenenud (polümenorröa). Ühekordne verekaotus võib olla niivõrd suur, et tekib minestus. Pikemat aega kestvad menorraagiad põhjustavad rasket aneemiat.

Menorraagia tekib kas organismi üld- või paikliku haigestuse tagajärjel. Menorraagiat põhjustavate üldhaigestuste hulka kuuluvad kloroos ja aneemia, millede puhul emaka lihastiku nõrkus ja vere ebaloomulik koostis takistavad teataval määral verejooksu lakkamist menstruatsiooni välte tavaliseks tähtajaks. Muud väljaspool suguorganeid arenevad haigestused võivad menorraagiat põhjustada osalt kas otsese mõju tõttu endomeetriumile, osalt aga paishüpereemia tõttu vereringehäirete tagajärjel. Näiteks tüüfuse, gripi või mandlipõletiku puhul võtab emaka limanahk osa haigusprotsessist, kuna aga südame- ja kopsuhaiguste, maksatsirroosi, enteroptooside ja kroonilise kõhukinnisuse puhul on menorraagia põhjuseks suguelundite paishüpereemia.

Menorraagiaid täheldatakse emaka väärasendite — retrofleksiooni, allavajumise või väljalangemise puhul,

vaagna ja emaka veresoontes esinevaist vereringehäiretest tingituna, kestva töö tagajärjel istuli-asendis, veenide varikoossete laiendite puhul paljusünnitanud naistel, liiga tugeva või moonutatud sugulise ärrituse (*coitus interruptus*, mehe impotentsus, masturbatsioon) tagajärjel ja termiliste ärrituste puhul pärast kuumi iste- või jalakümblusi.

Menorraagia põhjustena esinevad veel endomeetriumi ja müomeetriumi põletikulised protsessid, mis tekivad kõige sagedamini ägedast või krooniliseist gonorröast või sünnitusjärgsest infektsioonist, ja mitmesugused endometriidi hüpertroofilised vormid, nagu abordijärgne endometriit, detsiduaalne endometriit, fungoosne endometriit jne.

On veel vaja mainida, et tihti suguorganite põletikulised protsessid, nagu vaagna kõhukelme põletik, perimetriit, manuste põletik liidete tekkimise tõttu muude elunditega, takistavad emaka õiget kokkutõmbumist, põhjustades seega menorraagiat.

Peale selle põhjustavad menorraagiat samuti emaka fibromüoomid, olenevalt nende tekkimiskohast. Eriti suuri verejookse põhjustavad limanahaalused ja interstitsiaalsed müoomid, tekitades suurt kehvveresust.

Menorraagilisi nähte täheldatakse tihtilugu klimakteerilise perioodi saabumisel ja munasarjade tegevuse vaibumisel. Sel puhul olenevad verejooksud harilikult raugalistest muutustest emakas ja selle veresoontes. Menorraagiat võivad põhjustada ka sidekoe tugev vohamine lihaskoe arvel emakas ja sellega seotud arterioskleroos, mis häirib veresoonte normaalset kokkutõmbumist. Emakas muutub sel puhul tihkeks ja kõvaks, tema tupeosa läheb otseselt üle emakakehaks, emakakaela piirid kaovad.

Menorraagia r a v i m i s e l tuleb taotleda haigestuse algpõhjuse kõrvaldamist, kuivõrd see on selgunud anamnestiliste andmete ja haiguskulu arenemise varal. Orga-

nismi üldhaigestusest sõltuva menorraagia ravimisel on vaja tähelepanu pöörata väliste elutingimuste parandamisele, eriti korterioludele, toitlustamisele, värskes õhus viibimisele ja üldisele tugevdavale ravile, näiteks arseenipreparaatide kasutamisele.

Kui menorraagia on põhjustatud munasarja esmasest puudulikkusest, siis sellistel juhtudel on otstarbekohane määrata organoterapeutilisi preparaate, millede hulka kuuluvad follikuliin, ovariin jt. Kui etioloogilise momendina esineb emakalihaste puudulikkus, siis rakendatakse vahendeid, mis põhjustavad emakaseina kokkutõmbumist: eelistatud on käesoleval juhul tungaltera-preparaadid *Extr. fl. Secalis cornuti* kujul 20 tilka 3 korda päevas või nahaalusi süstimistena sekakorniin või ergotiin. Kõik need preparaadid mõjuvad halvasti maole ja seetõttu tuleb neid tarvitada pärast sööki.

Termilise ärritusena ja vältavama mõju saavutamiseks kasutatakse kuumi tupeloputusi temperatuuriga 40—45°. Neid tuleb teha menstruatsioonivahelises perioodis iga 2—3 päeva tagant. Ei tohi tarvitada korraga liiga suurt vedeliku hulka, sest see põhjustab emaka lõtvust, takistades tema kokkutõmbumist. Naha valulikkuse ja põletuste vältimiseks tuleb lahkliha paksult sisse määrida vaseliiniga või tarvitada eriotsakuid. Pärast loputust on vaja haigel üks või kaks tundi lamada.

Menorraagiate puhul (eriti põletikulise päritoluga) tarvitatavaist muudest vahenditest väärivad tähelepanu veenisisesed kaltsiumi süstimised, iontoforees ja autohemoteraapia.

Neil juhtudel, kui loetletud abinõud ei anna tulemusi või kui kahtlustatakse polüpoosseid moodustisi emakaõõnes, tehakse diagnoosi selgitamiseks emaka väljakaapimine küretiga. Peale endomeetriumi kõrvaldamist saavutatakse sellega ka emaka sisepinna tugev ärritus, mis põhjus-

tabki emaka kokkutõmbumist. Nakkushaigustega (gripp, leetrid, sarlakid, tüüfused) seoses olevate menorraagiate puhul verdsulgevad vahendid ei aita. Siin kasutatakse harilikke nakkushaiguste puhul rakendatavaid abinõusid, nagu rahu, higistamisvahendeid, palavikku vähendavaid arstimeid, kuid väljakaapimist teha on ohtlik.

Klimakteerilisel perioodil esinevate menorraagiate puhul on vaja alati teha proovi väljakaapimine, sest on väär lohutada haiget sellega, et verejooks selles eas lakkab iseenesest menopausi saabumisega; samuti ei tohi piirduda ainult verdsulgevate vahendite andmisega, sest võib jääda tähele panemata algav vähk.

Raskesti ravimisele alluvate klimakteeriliste verejooksude puhul on suurepäraseks ravimeetodiks kastreerimine röntgenikiirte abil. Raskeil, konservatiivsele ravimisele mittealluvail juhtudel tuleb emakakeha amputeerida.

Metrorraagia (*metrorrhagia*).

Kui verejooksude puhul puudub perioodilisus ja kui need esinevad mitmesuguse intensiivsusega, sõltumatult menstruatsiooni füsioloogilisest tsüklist, siis ei ole meil enam tegemist menstruatsioonihäirega, vaid atüüpiliste verejooksudega ehk metrorraagiaga. Eriti ilmekalt on märgata selliste verejooksude seosetust ovulatsiooniga neil juhtudel, kus pärast alanud klimakteeriumi mõne kuu või isegi mõne aasta järel ilmnevad taas verejooksud suguteedest. Sellist liiki klimakteeriumijärgseid verejookse ei tule mingil juhul pidada uuesti ilmunud kuupuhastuseks. Nendesse verejooksudesse tuleb alati suhtuda täie tõsidusega, sest nad osutavad raskete patoloogiliste muutuste olemasolule, sagedamini aga pahaloomuliste kasvajate arenemisele.

Metrorraagiad tekivad naistel tihtilugu raseduse, aborte, ees asetseva platsenta ja emakavälise raseduse puhul, sünnitusjärgsel perioodil ja lõpuks healoomuliste või pahaloomuliste kasvajate olemasolu korral emakas. Pärast aborti esinevad mõnikord kestvad verejooksud platsentatükikeste peetuse tõttu emakaõõnes. Sel puhul hõlbustab metrorraagia põhjuste äratundmist eelnev amenorröa, mis oleneb rasedusest.

Verejooks emakavälise raseduse puhul tekib emakaõõnest, millest tõugatakse välja varikest pärast emakavälise raseduse katkemist. Verejooks ei ole sel puhul harilikult suur, kuid see võib väldata mõnest päevast kuni mõne nädalani. Verejookse ees asetseva platsenta puhul täheldatakse harilikult raseduse hilisemal järgul ja nad on suurel määral ohtlikud. Sünnitusjärgsel perioodil tekivad verejooksud peamiselt platsentatükikeste peetuse tõttu ja lakkavad tükkide iseeneslikul või operatiivsel kõrvaldamisel; samuti esinevad verejooksud emaka subinvolutsiooni puhul.

Metrorraagiat täheldatakse ka sel juhul, kui healoomulised kasvajad omavad polüpoosset kuju ning asetsevad emakaõõnes. Siia kuuluvad limanahaalused müomatoossed sõlmed ja mukoossed polüübid (limanaha-polüübid).

Pahaloomuliste kasvajate puhul tekivad metrorraagiad kasvaja lagumise ja veresoonte seinte näkitsuse tõttu. Sagedamini tekivad sellised verejooksud emaka vähktõve puhul, omades atüüpilist iseloomu ja ilmudes sageli täiesti sõltumatult kuupuhastusest. Harilikult kaua enne valude tekkimist kannatavad vähihaiged verejooksude all, mis ei või mööduda tähelepanematult. Algul on verejooksud tühised, esinedes määrivate eritistena; rohke vedela valgevooluse puhul märgatakse lihavee värvusega verekas-seroosseid eritisi. Need verejooksud ilmnevad ja suurenevad

mingisuguste välismõjustuste, näiteks suguühte, raske töö, seesmise järelekatsumise jne. tagajärjel.

Atüüpilisi verejookse täheldatakse peale ülalnimetatud põhjuste veel emaka limanaha põletiku (endometriit) ja manuste haigestuste puhul. Neil juhtudel tekib pärast normaalset või enne seda juba veidi rohkevõitu olnud kuupuhastust mitmesuguse tugevusega ja kestusega ebamäärast tüüpi verejooks, mida tihtilugu katkestavad pausid.

Nimetatud metrorraagia põhjus peitub kõige sagedamini emaka limanaha järsus muutuses põletikulise protsessi tagajärjel.

Üksikjuhtudel esinevad rikkalikud verejooksud suguaparaadi normaalse anatoomilise seisundi juures. Siin on meil harilikult tegemist verejooksudega munasarja funktsionaalse anomaalia alusel — hemorraagilise metropaatiaga (*metropathia haemorrhagica*). Sel korral on limanahk tunduvalt paksenenud, tekitades papillaarseid vohamisi; näärmed on suurenenud ja veresooned laienenud. Mõnes kohas on limanaha kapillaarid tromboseerunud, mille tulemusena need piirkonnad kärbuvad, irduvad ja tekib verejooks. Nimetatud muutuste põhjust seotakse munasarjadest väljuvate ärritustega. Pärast asetleidnud normaalset menstruatsiooni valmivad munasarjas uued folliikulid, mis aga ei lõhke, vaid püsivad küpses olekus ja sageli hüpertrofeeruvad, säilitades oma funktsiooni (persisteeruvad), põhjustades seega limanaha edasist vohamist sellele järgneva kärbumise ja irdumisega. Järelikult on sellised verejooksud seotud niinimetatud persisteeruva folliikuliga, kusjuures kollaskeha täielikult puudub.

Metrorraagiate ravimisel on eelkõige vaja saavutada haigestumist põhjustavate momentide kõrvaldamist.

Polüübid ja submukoossed müoomid tuleb kõrvaldada, emaka vähktõve varajased juhud ja emakaväline rasedus —

opereerida. Põletikulisi protsesse ravitakse konservatiivselt, mittetäielik abort lõpetatakse väljakaapimise teel.

Metropaatia ravimine taotleb munasarjade normaalse funktsiooni taastamist.

Düsmenorröa (*dysmenorrhoea*).

Menstruatsioon kulgeb enamikul naistest täiesti valutult, mõnikord aga kaasuvad sellega vähesed valud allkõhus ja nimmes. Üksikuil juhtudel aga kohatakse niivõrd valulikke menstruatsioone, et valud on peamiseks põhjuseks, miks haige pöördub abi saamiseks arsti poole.

Sellised valud on oma iseloomult väga mitmekesised. Kõige sagedamini on nad hoogvalud, mõnikord tumedad, pakitsevad või muutuvad lõpuks läbitungivaks. Valud on mõnikord niivõrd tugevad, et naine muutub täiesti töövõimetuks ja on sunnitud voodis lamama. Valud lokaliseeruvad allkõhus, nimmes ja ristluus. Niisugust valulikku kuupuhastust nimetatakse düsmenorröaks.

Valud düsmenorröa puhul ilmnevad menstruaalperioodi eri aegadel. Mõnikord nad tekivad 8—10 päeva enne menstruatsiooni ja viimase algamisega lakkavad; vahel nad algavad menstruatsiooni ajal ja lõpuks võivad tekkida ka menstruatsiooni lõpul, kusjuures valulikkus kestab mõnest tunnist kuni mõne päevani, mõnikord ka üle nädala.

Düsmenorröad jaotatakse vastavalt seda tekitavaile põhjustele mehaaniliseks, põletikuliseks ja närvkonna patoloogilisest seisundist põhjustatuks.

Mehaaniline düsmenorröa tekib emaka väärasendi tagajärjel, kusjuures tservikaalkanal on ahenenud ja takistab menstruaalvere valutut läbimist. Veri peetub emakaõõnes, põhjustades selle lihaste kokkutõmbeid, mille tagajärjel tekivadki hoogvalud. Sellised valud esinevad emaka tahapoole kallakuse, patoloogilise ettepoole kallakuse, sise-

suudme polüüpidega või limanahaaluse müoomiga sulgumise kui ka emaka sisesuudme omandatud stenoosi puhul.

Düsmenorröa kõige sagedamaks põhjuseks on infantiilne emakas. Sellisel juhul sõltuvad valud mitte vere äravoolu takistusest, vaid emaka võimetusest venida koe elastsuse puudumise tõttu, et mahutada kogunevat verd.

P õ l e t i k u l i n e düsmenorröa on naise suguorganite mitmesuguste patoloogiliste seisundite tulemuseks, kuhu kuuluvad emakamanuste põletikud, äge ja alaäge emaka limanaha põletik ja vaagna rakustiku põletik. Menstruatsiooni valulikkus põletikuliste protsesside puhul on põhjustatud vere liigsest juurdevoolust suguelundeisse, suurem vere kogunemine põletikulistesse kolletesse aga tugevdab alati põletiku nähte, millede hulka kuulub ka valu.

Neil juhtudel, kui haige kaebab valude üle kuupuhastuse ajal ja meil on võimatu leida mingisuguseid patoloogilisi muutusi suguelundeis, tuleb düsmenorröa põhjust otsida organismi üldhaigestuses. Kõige sagedamini avastatakse mingi n ä r v i h ä i r e, kusjuures ei tarvitse olla teravalt avalduvat ja rasket närvihaigust: mõnikord põhjustab juba väike närvkonna tundlikkuse suurenemine tugevat düsmenorröad. Eriti täheldatakse düsmenorröad aneemilistel ja klorootilistel, nõrgajõulistel ja halva toitumusega naistel kui ka neil, kes mingisuguste psüühiliste elamuste tagajärjel on rõhutud meeleolus. Düsmenorröa esineb sageli organismi funktsionaalse puudulikkuse — kudede üldnõrkuse puhul. Düsmenorröa esineb mitmesugusel kujul ja mitmes astmes asteenikuil ja kombineerub tihti muude konstitutsiooni anomaaliatega, nagu enteroptoosiga, infantilismiga ja ka neurasteeniaga.

Düsmenorröa r a v i olgu kõigepealt suunatud valu tekitavate põhjuste kõrvaldamisele. Näiteks emaka väärasendi puhul tuleb emakas fikseerida normaalasendisse, kitsa emakakaela korral tuleb teha pilustuslõige või laienda-

mine, polüüpide ja kasvajate olemasolu korral on vajalik nende operatiivne kõrvaldamine, põletikuliste haigestuste puhul ravitakse põhihaigust.

Rööbiti kausaalse raviga tuleb kasutada ka sümptomaatilist ravi, eriti neil juhtudel, kui suguelundeis pole võimalik avastada mingisuguseid patoloogilisi kõrvalekaldumisi või kui düsmenorröa põhjust pole võimalik kohe määratleda. Sümptomaatiliste vahendite hulka kuuluvad: soojenduskott või soojendavad kompressid kõhule; kuumad kümblused, elekterravi: negatiivne elektrood viiakse sondina emakasse, positiivne paigutatakse laia plaadina kõhule.

Ravimeist tarvitatakse salipüriini 0,3, antipüriini 0,3, aspiriini 0,3, fenatsetiini 0,3, püramidooni 0,3 korraga, *Tinct. Cannabis indicae*'t 10 tilka 3—4 korda päevas, *Extr. fl. Viburni prunifol*'i 30—40 tilka päevas, broomipreparaate ja lõpuks suurte valude puhul narkootilisi vahendeid: *T-ra Opii simplex*'it või *T-ra Belladonnae*'t 8—10 tilka ja *Codeinum*'it 0,01—0,02 korraga.

Neil juhtudel, kus düsmenorröa põhjuseks on organismi üldhaigestus, tuleb rakendada üldist tugevdavat ravi: määratakse rahu, kergelt seeditavaid toite, viibimist värskes õhus, keelatakse kehalised ja vaimsed ülepingutused. Hästi aitavad ka merekümblused, vesiravi jahedate kümbluste, vihmandite jne. näol; ravimeist tarvitatakse arseeni ja rauda; närviliste häirete jaoks kasutatakse broomipreparaate, peavalude puhul antipüriini ja püramidooni.

On vaja märkida kaheldamatut seost düsmenorröa ja suguelu vahel. Näiteks mõnikord kestev düsmenorröa, mis ei allu ühelegi ravile, möödub suguelu alates, raseduse puhul või pärast sünnitust.

III peatükk.

NAISTE SUGUELUNDITE PÕLETIKULISED HAIGESTUSED.

Naiste suguelundite infektsioosse päritoluga põletikulised haigestused esinevad günekoloogilises praksises kaunis sageli.

Iga infektsioosset haigestust tuleb vaadelda kui haigusttekitava mikroobi ja nakatatud organismi vahelist võitlust. Infektsioossete haigestuste tekkeks ei piisa veel ühe või teise mikroobi sattumisest organismi; et tekiks paiklik või üldine põletikuline protsess, selleks on vajalik ka terve rea tingimuste olemasolu, mis senini kaugeltki veel pole selged. Näiteks on teada küllaltki juhtumeid, kus sünnitajail, kel sünnitusjärgne periood kulges normaalselt, leiti eritistest streptokokke, kuid sellest hoolimata ei tekkinud mingisuguseid põletikulisi protsesse.

See asjaolu võimaldab konstateerida, et infektsiooni arenemine sõltub: 1) haigusetekitaja bioloogilistest iseärasustest, 2) tema lokaliseerumisest teatavais kudedes ja 3) infitseeritud organismi kaitsevahenditest.

Mis puutub haigusetekitajasse, siis peab mainima, et sellena võib esineda iga bakter, kuid rohkearvuliste bakterite liikidest on mõned sagedamad günekoloogiliste haigestuste tekitajad, teised aga ainult juhuslikud.

Naiste suguelundite infektsioossete haigestuste tekitajaiks on rõhuvas enamikus streptokokk, stafülokokk, gonokokk, sooltekepike ja tuberkuloosibatsill.

Nimetatud mikroobid võivad suguelundeisse sattuda õhust, pesult, soolestikust päraku läheduse tõttu, siis suguühte ajal ja lõpuks juhuslikult suguelundite järelevaatusel ja mitmesuguste manipulatsioonide teostamisel. Kõige rikkalikum on mikrofloora välissuguelundeil, vähem on mikroobe tupes, eriti selle ülemistes osades; väga vähe mikroobe satub tservikaalkanalisse ja lõpuks need suguaparaadi osad, mis asetsevad sisesuudmest kõrgemal, on normaalseis tingimustes mikroobidevabad. Viimast asjaolu soodustavad suguaparaadi kaitsevahendid — tupesekreedi bakteritsiidsed omadused ja mehaanilised takistused emakakaelas oleva kristalse korgi näol, mis ei lase baktereid sattuda ülal asetsevaisse osadesse.

Naise suguaparaadis tekivad teatud füsioloogilises olukorras tingimused, kus bakterid satuvad hõlpsasti suguelundite alumistest osadest esmalt tservikaalkanalisse, sealt aga emakasse, manustesse (munajuhadesse) ja nende kaudu koguni kõhuõõnde. Sellised olukorrad on menstruatsiooniperiood ja sünnitusjärgne periood, kus suguelundite kudede paiklik vastupanuvõime on nõrgenenud. Neil põhjustel langebki infektsioossete haigestuste tekkimine sageli ühte nimetatud kahe perioodiga. Lõpuks etendab põletikuliste infektsioossete haigestuste tekkimises väga tähtsat osa ka suguelundite trauma (sünnitustrauma, operatiivne trauma, kunsttehislikud abordid, eriti kriminaalsed).

On veel vaja tähendada, et mitmesugused mikroobide liigid ei pääse kudedesse ühteviisi. Kui ühtede, näiteks stafülokokkide ja streptokokkide sissepääsuks on vajalik katekoe (limanahkade) tervikluse rike, siis teiste (gonokokkide) suhtes ei ole see tarvilik, sest nad tungivad ka läbi vigastamata limanahkade.

Bakterite lokaliseerumine teatavais kudedes omab samuti küllaltki suurt tähtsust põletikuliste protsesside arenemisel ja kulgemisel, sest mitmesuguste kudede kaitse-

omadused on kaunis erinevad. Näiteks ühed või teised mikroobid (stafülokokk, streptokokk) avaldavad oma elutegevust väga erinevalt, sõltuvalt sellest, kuhu nad satuvad, — rakustikku või kõhukelmele, lümfisoontesse või veresoontesse.

Lõpuks kuulub otsustav tähtsus võitluses infektsiooniga neile kaitsevahendeile (paiklikele ja üldistele), mida omab inimese organism.

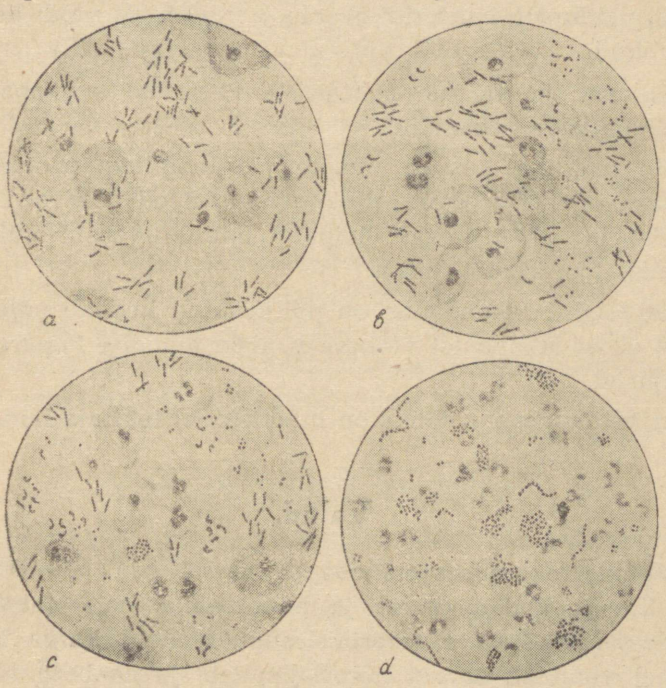
Selles suhtes ongi haige organismi ja infektsiooni vahelise võitluse areeniks tõeliselt veri. Sellest võitlusest võtavad osa nii vere vormelemendid (valge- ja punalibled) kui ka vereplasma temas leiduvate fermentide ja antikehadega.

Esialgu peatumata suguaparaadi ühe või teise osa põletikulise protsessi üksikuil tunnustel, samuti ka nende hindamisel üksikult, iseloomustame lühidalt neid üldisi sümptoome, mis on omased enamikule infektsioossetele günekoloogilistele haigestustele. Siia kuuluvad valgevoolus, valud ja verejooksud.

Valgevoolus.

Terve naise tupes leidub tavaliselt vähesel hulgal valget või kergelt kollakat värvust eritisi. Need moodustuvad irdunud tupe-epiteeli rakkudest, leukotsüütidest (vähesel hulgal) ja mikroorganismidest, kuna aga tupe vedel sisaldis tekib tupeseinte epiteelialuste soonte transsudatsioonist. Peale selle seguneb nendega menstruatsiooni eel emakakaelast vähesel määral lima. Eritub aga lima palju, siis osutab see juba emakakaela patoloogilisele seisundile (katarrid, erosioonid). Sugulise erutuse ja suguühte ajal rohkeneb sekreedi hulk märksa (tupe-esiku näärmeist). Tupe sekreet on happelise reaktsiooniga, värvides sinise lakmuspaberi punaseks. Tupesekreedi happeline reaktsioon oleneb piimhappe sisaldusest, mis tekib bakterite, peamiselt Döderlein'i tupekepikese elutegevuse tagajärjel.

Tupesisaldise puhtust liigitatakse nelja astmesse, vastavalt bakterite sisaldusele tupes. Esimene puhtusaste (harilikult neitsidel ja terveil rasedail): äigepreparaadis mikroskoobi all on näha ainult Döderlein'i tupekepikesi ja lame-epiteeli rakke; muid baktereid ja leukotsüüte ei ole.



Joon. 69. Tupe floora. *a* — esimene puhtusaste; *b* — teine aste; *c* — kolmas aste; *d* — neljas aste.

Teine aste: juba esinevad leukotsüüdid; kuigi tupekepikesed on enamikus, näeme koos nendega ka kokke. Kolmas aste: tupekepikesi on veelgi vähem, enamikus on kokid, leidub palju leukotsüüte. Neljas aste: tupekepikesi üldse ei ole; leidub palju kokke, streptokokke ja muid baktereid, hulgaliselt leukotsüüte, epiteelirakke aga ainult üksikuid (joon. 69).

Nagu ülal juba tähendasime, on tupesekreedi happeline reaktsioon sõltuv piimhappe sisaldusest, mille mõjul bakterid ei saa paljuneda. Et aga piimhape tekib bakterite (Döderlein'i kepike) elutegevuse tulemusena, siis sellest järeldub, et tupesekreedi esimese ja teise astme puhtuse puhul leiduvad bakterid ei ole kahjulikud, vaid koguni kasulikud.

Kolmas ja neljas puhtusaste osutavad suguaparaadi patoloogilisele seisundile.

Nii paiklike kui ka üldiste patoloogiliste protsesside puhul on eritiste hulk rohkenenud; need jätavad laike pesule ja põhjustavad haigele mitmesuguseid tülinaid (sügelemine, kipitus jms.).

Sekreedi rohkenemine on põhjustatud kudede põletikulisest ekssudatsioonist väikese vaagna elundite hüpereemia tagajärjel.

Eritiste uurimise sihiks on infektsiooni tekitaja leidmine.

Valud.

Valude tekkimises etendavad tähtsat osa põletikuliste elundite ja kudede turse ja hüpereemia, mis tekitavad nende seroosse katte (seesmisi suguelundeid katva kõhukelme) venitust, survet närvilõppudele ja naaberelundeile ning naaberelundite paigaltnihkumist. Samuti ei jäta toksiinid ja laguproduktid mõju avaldamata paiklikule ainevahetusele ja närvisüsteemile. Välissuguelundid ja tupeesik on rikkalikult varustatud tundenärvidega ja need reageerivad põletikuliste protsesside puhul suurte valudega. Eriti suured on valud põletiku üleminekul väikese vaagna kõhukelmele. Valude suurenemine võib sõltuda ka mitmesugustest teistest momentidest (kõhupressi pingutamine, kõhukinnisus, suguühe).

Verejooksud.

Verejooksud on põletikuliste protsesside sagedaseks kaaslaseks, peamiselt seesmiste suguelundite haiguste puhul. Eriti tihti täheldatakse neid põletikuliste protsesside puhul emakas. Nad sõltuvad emaka limanaha kui ka lihaskihi põletikulistest muutustest. Munasarja follikulaaraparaadi kahjustuste ja põletikuliste protsesside puhul manustes täheldatakse samuti sageli verejookse. Põletikuliste protsesside puhul on kuupuhastustel harilikult menorraagiline iseloom.

Emaka krooniliste põletikuliste protsesside korral on verejooksud põhjustatud muutustest lihaskoes sidekoe vohamise tõttu ja muutustest soontes, mille tagajärjel elund muutub vähem elastseks ja halvasti kokkutõmbuvaks.

Pärast neid üldisi märkusi siirdume ühest või teisest tekitajast põhjustatud infektsioossete põletikuliste protsesside üksikute liikide vaatlemisele.

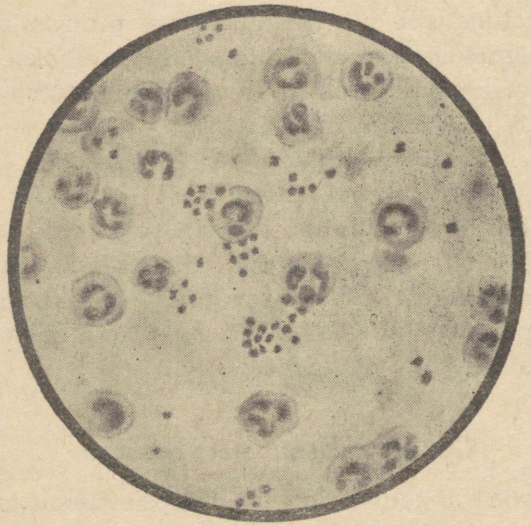
Gonorröalised haigestused.

„Gonorröa" nimetus tuleneb Galenos'elt (muistse Rooma tuntuim arst) ja tähendab „seemnevoolus", sest muistsed arstid olid arvamusel, et tripperimäda pole muud kui väljavoolav seeme. Alles pärast Neisser'i avastust (1879. a.) sai teatavaks, et gonorröa tekitajaks on mikroorganism, kujult diplokokk, mida nimetati gonokokiks (joon. 70).

Gonokokk ja selle omadused.

Värvitud preparaadis mikroskoobi all näeb gonokokk välja kohvioataolisena ja asetseb paaris teise gonokokiga. Mõlemad gonokokid on oma veidi laiemate nõgusate külgedega teineteise vastu pöördunud, puutudes peaaegu kokku, sest nad on eraldatud väga kitsa piluga; nende kumerad

küljed on pöördunud väljapoole. Paljunemisel jaguneb iga üksik paar perpendikulaarselt neid eraldava piluga kaheks paariks. Osa gonokokkide gruppe asetseb neid fagotsüteerivate leukotsüütide sees, osa väljaspool rakke ja irdunud epiteelirakkude pinnal.



Joon. 70. Gonokokid.

Gonokokk värvub hõlpsasti aluseste aniliinvärvidega (metüleensinisega, fuksiiniga); erivärvimisega Gram'i järgi värvub gonokokk täiendvärviliseks (s. o. värvimisel fuksiiniga — punaseks), kusjuures Gram'i järgi värvuvad bakterid on violetset värvust.

Värvimine Gram'i järgi toimub järgmiselt:

1) äigepreparaati värvitakse üks minut 2,5%-lise alkoholse gentsiaanvioletiga;

2) mõjustatakse üks minut joodi ja joodkaaliumi lahusega (*Jodi puri* 1,0; *Kalii jodati* 2,0; *Aq. destillatae* 300,0);

3) preparaat muudetakse absoluutse alkoholiga värvusetuks, kuni ta omandab halli värvuse;

4) kuivatatakse;

5) äigepreparaati pestakse lahjendatud karboolfuksiinilahusega (1—2 tilka 20 cm³ vee kohta);

6) loputatakse veega ja kuivatatakse.

Väljaspool organismi on gonokokk väga ebapüsiv mikroob. Ta hävib kiiresti sekreedi kuivamisel ja ainult niiskes keskkonnas (niiske pesu, soe vesi) võib ta eluvõimelisena säilida kuni 24 tundi ja olla nakatusallikaks.

Gonokokk on väga tundlik temperatuuri suhtes. Kõige soodsamaks temperatuuriks gonokokile kasvamisel väljaspool organismi on 35—38°. Temperatuuril alla 30° kolooniate kasv seiskub, alla 18° gonokokid surevad ja 40°-se temperatuuri mõjul hävivad nad 6—8 tunni jooksul.

Gonokokk ei tekita lahustuvaid toksiine, kuid nende suremisel ja lagunemisel vabanevad endotoksiinid, mis põhjustavad limanaha põletikulist reaktsiooni ja avaldavad hävitavat mõju kudedele.

Gonokokk on suuteline tungima läbi vigastamata limanaha epiteeli, tekitades põletikulist reaktsiooni ümbritsevais kudedes. Kõige eelistatumaks arenemiskohaks gonokokkidele on silinder- ja siirde-epiteeliga kaetud limanahad (kusiti, emakakaelakanali, emakaõõne, munajuhade ja pärasoole limanahk). Gonokokid võivad areneda ka lootelises epiteelis, folliikulite epiteelis, kõhukelmel, liigeste sünoviaalkestadel, kõõlustetuppedes, limapaunades, konjunktiival, endokardil ja limanahaaluses sidekoes. Rakustiku kahjustust täheldatakse gonorröa puhul harva.

Täisealiste naiste tupe mitmekihiline lame-epiteel, eriti paljusünnitanuil, kahjustub harva; ainult raseduse korral ja klimakteeriumijärgus eriliste tingimuste (epiteeli turse, kohevus ja irdumine) tõttu suureneb märgatavalt eelsoodumus haigestumiseks. Laste ja tüdrukute vulva ja tupe õrn lame-epiteel on aga gonorröalise infektsiooni soodsamaks lokaliseerumiskohaks.

Immuniteeti gonorröa suhtes ei teki, nii et haigusest tervistumisel muutuvad limanahad jälle vastuvõtlikuks gonorröalisele infektsioonile ja võivad uuesti nakatuda.

Lõpuks seisab gonokoki iseärasus tema omaduses areneda ainult inimese organismi limanahkade pinnal ja sees; kõik katsed teda pookida loomadele on lõppenud tagajärjetult.

Nakatumisviisid.

Täisealistel levib gonorröa peaaegu ainult sugulise läbikäimise teel. Nakatumine teostub peamiselt kroonilist gonorröad põdevate isikute kaudu, sest ägedas järgus haigestunud hoiduvad enamikul juhtudel sugulisest läbikäimisest sellega kaasuvate rea haiguslike sümptoomide tõttu.

Kuigi mehed enamikul juhtudest (umbes 80%) tervistuvad nii ägedast kui ka kroonilisest gonorröast, leidub siiski teatav arv isikuid, kellede tervistumine on ainult näilik, sest välja ravimata on jäänud kusiti limanaha üksikud haigestunud kohad. Sellised isikud ongi nakkuse peamisteks levitajateks.

Infektsioon võib levida ka kaudsel teel: mädaste sõrmedega, samuti ka instrumentide ja põetamisesemetega (otsakud loputuste jaoks jne.), koduse majapidamise esemetega (pesu, käsnad, nuustikud).

Haigega koos ühes voodis magamine võib samuti olla nakkuse allikaks. Naiste nakatumine üldkäimlais on vaevalt tõenäoline, sest istumisel ei puutu naise suguelundid kokku kaane äärtega.

Gonorröal ei ole inkubatsiooniaega, sest limanahale sattunud gonokokid paljunevad väga kiiresti. Enamikul juhtudest 1—5 päeva pärast nakatumist ilmnevad nii subjektiivsed kui ka objektiivsed haigusnähud.

Siiski tuleb arvestada ka seda, et asetleidnud nakatuse sümptoomid mõnikord ilmnevad kaunis hilja (mõningail juhtudel 3—4 nädala pärast). Lõpuks erandjuhtudel kulgeb nakatus ka sümptoomideta ja gonokokid kaovad ravimiseta, s. o. tekiks nagu iseeneslik tervistumine. Need oma haigusest mitteteadlikud gonokokkide kandjad on mõistagi nakkusohtlikud.

Selline algul sümptoomideta gonorröa võib muutuda varjatud (latentseks), krooniliseks gonorröaks. Neil juhtudel on kusitikanalis, tupes ja emakas avalduvad sümptoomid ebaselged, mõnikord koguni puuduvad, gonokokke ei avastata alati eritistes, seesmistes suguelundites (munasarjades, munajuhades, väikese vaagna kõhukelmes) arenevad põletikulised muutused kulgevad loiult. Suguühtest hoidumise ja füüsilise rahu korral võib järgneda täielik kliiniline tervistumine. Läbipõetud haiguse tagajärgi (salpingiidid, perimetriidid, kleepuvad protsessid kõhukelme liidetega) püsivate krooniliste muutuste näol avastatakse mõnikord juhuslike operatsioonide puhul.

Eriti eelsoodustatud sellisele gonorröalise infektsiooni kulgemisele on alaarenenud suguelunditega naised.

Teistel juhtudel, kus gonokokid eritistes täielikult puuduvad, võib sümptoomideta kulgev gonorröa normaalse režiimi rikkumisel anda ootamatult ägedaid haigusnähte ühe või teise väikese vaagna elundi poolt, sõltuvalt infektsiooni lokalisatsioonist. Sellised puhked esinevad mõnikord mitu nädalat või kuud pärast asetleidnud nakatust.

Järelikult tuleb alati meeles pidada, et kui mehel haigus avaldub kohe mädase eritisega kusitist, siis naisel võib haigus kulgeda märkamatult ja see avastatakse mõnikord ainult sel juhul, kui tekivad mingisugused tüsistused.

Infektsiooni lokaliseerumise koht sõltub mitmesugustest tingimustest. Näiteks kui mehel on äge gonorröa ja naisel kitsas tupp (eriti esmase suguühte puhul), siis nakatuvad

esmajärjekorras kusiti ja tupe-esiku näärmed. Mehe krooonilise gonorröa korral (kui gonokokid satuvad tuppe ainult koos spermaga) ja ka laia ning avali tupe puhul paljusünnitanuil nakatub esmaselt tservikaalkanali limanahk; kusiti esiku näärmed ja pärasool nakatuvad teiseselt tupest väljavoolava mädaga.

Kliiniliste nähtude järgi jaotatakse naiste gonorröaline infektsioon kuse-suguelundite *alumise* osa gonorröaks ja niinimetatud *ülenevaks gonorröaks*. Sellise jaotuse piiriks on emaka sisesuue (joon. 71).

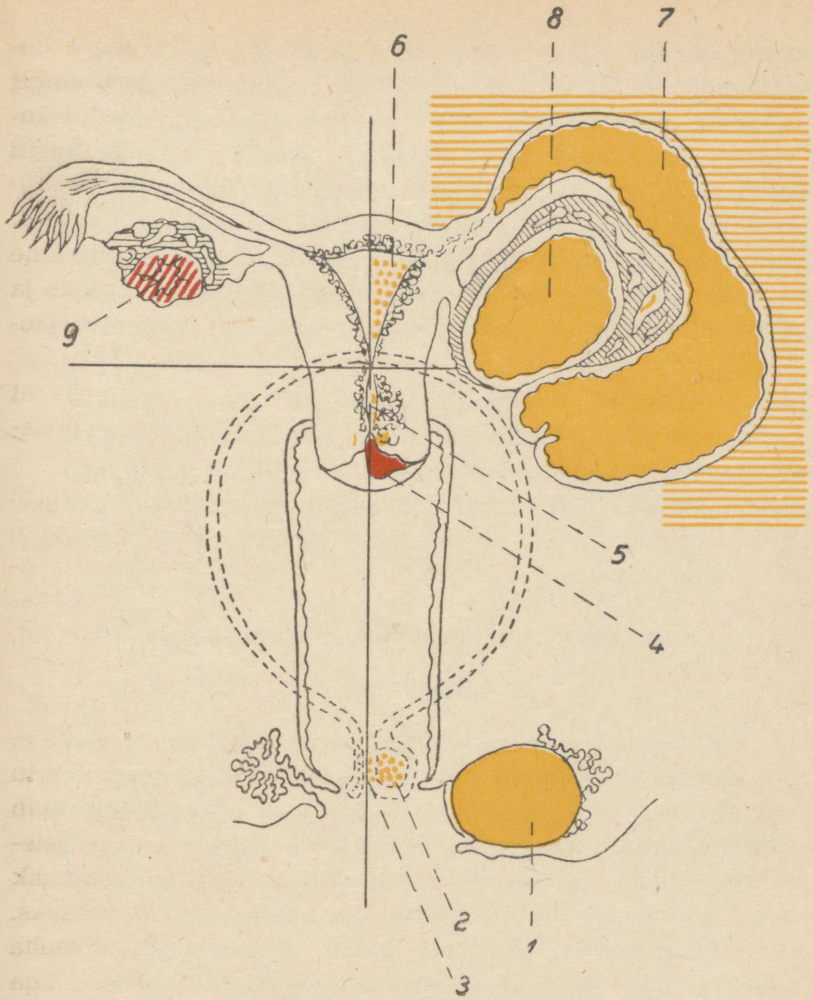
Ülalmainitud jaotus on õigustatud selle asjaoluga, et emaka sisesuue on emakakaelas asuva limakorgi tõttu takistavaks teguriks infektsiooni levimisel üles.

Gonokokid ei oma iseseisvat liikumisvõimet ja seetõttu võivad sattuda suguelundite ülaosadesse ainult soodsate olukordade tõttu, millistena esinevad menstruatsioon, sünnitus- ja abordijärgne periood, instrumentaalne järelevaatus (instrumentide sisseviimine tservikaalkanali kaudu), operatiivsed vahelesegamised jne.

Eristatakse *ägedat ja kroonilist* gonorröad.

Äge gonorröa. Gonokokid, sattudes limanahale, paljunevad kiiresti epiteeli pinnal ja tungivad väga ruttu läbi kate-epiteeli limanahasse. Kahjustatud kudedes tekib tugev aktiivne hüpereemia, mis avaldub kapillaaride laienemises ja valgeliblede ohtras emigratsioonis; limanahk muutub läikivaks, punetavaks ja tunduvalt paistetunuks. Valgelibled satuvad rakkudevaheliste pilude kaudu limanaha pinnale rohekaskollase mädana, osa valgelibledest aga hävib võitluses gonokokkidega. Haiged kaebavad selles perioodis harilikult kipituse, sügelemise ja lõikava valu üle kusemisel.

Haiguse äge periood vältab tavaliselt mõnest päevast kuni 14—20 päevani. Selleks ajaks täheldatakse eritiste vähenemist, kaob nende mädane iseloom, nad muutuvad



Joon. 71. Naise sugutrakti gonorröaliste haigestuste skeem (Opitz'i järgi). Vasakul — normaalsed suguelundid, paremal — gonorröalisest infektsioonist tekkinud muutused organeis. 1. Gonorröaline bartoliniit. 2. Parauretraalne abstsess. 3. Uretriit. 4. Erosioon emakakaelal. 5. Endotservitsiit. 6. Endometriit. 7. Püosalpinks. 8. Püovaarium (munasarja abstsess). 9. Menstruaalne kollaskeha.

Kollane jooniline väli muutunud emakamanuste ümber näitab, et gonorröaline protsess võib kulgeda neist kaugemale, levides vaagna kõhukelmele, ja põhjustada perimetriiti, perisalpingiiti, periooforiiti ja pelveoperitoniiti.

värvusetuks ja põletikuline protsess kudedes vaibub. Selles alaägedas perioodis täheldatakse kahjustatud limanahas koe-elementide hüperplaasiat; limanaha näsakiht ja mõnikord nahk ise vohavad teravate kondüloomidena.

Neil juhtudel, kui gonorröad üldse ei ravitud, muutub protsess alaägedast astmest krooniliseks. Selliste haigete suguelundite alumise osa objektiivsel järelevaatusel võib leida Bartholin'i näärmete juha välisava punetust (*macula gonorrhoica*) ja vähest hüpereemiat emakakaela välissuudme ümber.

Ülenev gonorröa võib kroonilises staadiumis anda mõningaid muutusi, milledest räägitakse allpool.

Äigepreparaatide uurimisel haigestuse kroonilises staadiumis gonokokke kas üldse ei leita või nad esinevad degeneratiivsete vormidena.

Suguaparaadi alumise osa gonorröa.

Vestibuliit.

Täisealise naise tupe-esiku limanaha lame-epiteel on harva gonokokkide sissetungimise kohaks. Vaatamata sellele täheldatakse kusitikanali ja emakakaela gonokokilisel kahjustusel enamikul juhtudest ka selle piirkonna laialdast hüpereemiat, mis on põhjustatud tupest ja kusitist väljavoolava eritise keemilisest ärritusest. Järelikult tuleb täisealise naise gonorröa puhul vestibuliiti (tupe-esiku limanaha põletikku) vaadelda teisese nähuna, mis ei sõltu gonokokkide sissetungimisest, vaid ärritusest. Teistsugune on olukord esikunäärmete käikude ja lakuunide infitseerumisel, mis on kaetud osaliselt silinder-, osaliselt siirdeepiteeliga. Läheduse tõttu kusitile on nad sageli gonokokkide pesitsemispaikadeks. Samal viisil infitseeruvad ka niinimetatud parauretraalsed käigud, mis on tuntud Skene'i

lakuunide nime all. Näärmekäikude ja lakuunide põletik avaldub kliiniliselt limanaha piiristunud punetuses ja paistetuses suudme piirkonnas, samuti ka mädases vooluses. Käikude suudmed topistuvad mõnikord eritistega ja tekivad väikesed abstsessid.

Märksa sagedamini kui väikesed näärmed ja esiku lakuunid kahjustuvad esiku suurte näärmete ehk niinimetatud Bartholin'i näärmete viimajuhad. Näärmete parenhüüm kahjustub ainult harukordselt ja gonokokiline infektsioon pesitseb ainult viimajuhades.

Juhasse tunginud gonokokid põhjustavad leukotsüütide suurenenud emigratsiooni juha valendikku; epiteelialuses sidekoes täheldatakse ka väikeserakulist infiltratsiooni. Silinderepiteel harilikult hävib ja asendub lamedaga.

Juha valendikku koguneb leukotsüütidega segatud lima, mis mõnikord eritub alatiselt juha suudme kaudu. Sagedamini tekib aga sekreedi peetusest juha laienemine, sest juha suue topistub limanaha põletikulise paistetuse tõttu. Areneb Bartholin'i näärme niinimetatud eba-abstsess (eba-abstsessiks nimetatakse seda selletõttu, et näärme kude ise harilikult ei võta protsessist osa, kui ei ole teisest infektsiooni, mis haaraks ka näärme parenhüümi).

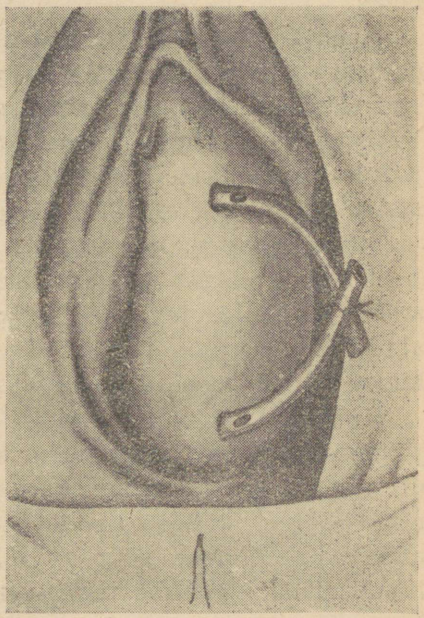
Bartoliniidi sümptoomid on mitmesugused. Mõnikord kulgevad kõik nähud varjatult. Ägedais staadiumides leitakse näärme suudme piirkonnas väikeste häbememokkade sisepinnal punaseid laike, mis on veidi kõrgemad ümbritsevast limanahast. Neid kirbuhammustuse-taolisi laike nimetatakse gonorröalaikudeks (*macula gonorrhoica*). Tihti püsivad need pikemat aega ka pärast gonorröa paranemist.

Kuigi laigud ei ole spetsiifilised ainuüksi gonorröale, peab alati nende olemasolu korral kahtlustama gonorröad.

Kui tekib näärme väljaveninud ja topistunud juha põletik (eba-abstsess), siis omavad kõik nähud ägedat ise-

loomu. Sel puhul asetseb suurte häbememokkade sees kanamunasuurune valulik tükk, sagedamini ainult ühel pool.

Temperatuur on harilikult kõrge; suure valulikkuse tõttu on haige sunnitud voodisse heitma. Tekkinud abstsess võib avaneda iseeneslikult, kui seda õigeaegselt ei avata operatiivsel teel.



Joon. 72. Dreeni asend pärast ägeda bartoliniidi avamist.

Vestibuliidi, kahjustatud näärmete ja lakuunide ravimist teostatakse järgmiselt. Vestibuliidi puhul rakendatakse ettevaatlikult välissuguosade pesemist desinfitseerivate vahenditega ja sooje istekümblusi, sügelemise ja kipituse puhul — indiferentsete salvidega määrimist või kuivalt puuderdamist (tsinkpuuder). Kahjustatud näärmete ja lakuunide ravimisel kasutatakse söövitamist hõbenitraadilahusega, termokauteriga või diatermokoagulatsiooniga. Abstsesside tekkimisel tehakse intsisioon. Bartholin'i näärme abstsessi avamisel on vajalik see pika kummitoru abil dreenida (joon. 72), sest vastasel korral intsisiooniava sulgub ja kõik nähud taas ägestuvad.

U r e t r i i t. Gonorröa puhul kahjustub kusitikanal

eriti sageli (90—95% kõigist värskeist juhtudest). Objektiivsed nähud avalduvad ägedas staadiumis eriti teravalt ja nad seisavad kusitiava hüpereemias ja punetuses; kusitiava limanahk on tursunud ja pundub suudmest voldina välja. Kusitist eritub kollakasmädast sekreeti. Haiged kaebavad sageda kusetungi, kipituse ja lõikava valu üle kusemisel.

Koos kusitiga haigestuvad tihti ka parauretraalsed käigud, mis tüsistab gonorröa kulgu, sest neis käikudes tekivad mõnikord väikesed abstsessid, mis avanevad kusitisse. Tüsistub ka ravimine, sest ligipääs parauretraalkäikude juurde igasuguseks medikamentoosseks ravimiseks on nende sügava asendi tõttu väga raskendatud.

Naiste gonorröaline uretriit kulgeb üldiselt kergelt ja 3—4 nädala pärast kaovad harilikult kõik nähud, nii et naised ei avalda tavaliselt mingisuguseid kaebusi haiguse alaägedas ja kroonilises staadiumis, kuigi gonokokid pole kusiti sekreedist alati kadunud.

Uurimiseks äigepreparaadi võtmist kusitist toimetatakse järgmiselt. Kusiti suue (enne äige võtmist ei tohi haige urineerida) puhastatakse vatitampooniga, tuppe viiakse nimetissõrm, millega litsutakse välja kusiti sisaldis ülalt alla häbemeliiduse suunas. Kohe, kui kusiti välisavast ilmub mäda, võetakse rennsondiga või väikese kõrvalusikaga tilk esemeklaasile ja valmistatakse äigepreparaat.

Mõnikord kaovad kusitikanali gonorröa sümptoomid ilma igasuguse ravita, kuid see ei tähenda veel tervistumist, s. t. et gonokokid oleksid kadunud ega pesitseks limanahavoltides või parauretraalkäikudes, olles valmis soodsas olukorras tekitama uut puhet. Seepärast niipea, kui kusiti gonorröa on määratletud, on tingimata vajalik hoolas ravimine. Mis puutub uretriidi ravimisse ägedas staadiumis, siis see on suunatud sellele, et vältida infektsiooni ülekandumist tupest emakakaelale, samuti ka, et tõkestada

selle levimist kõrgemal asetsevaisse kuse-elundite osadesse (põide, neerudesse). Selleks kõigepealt keelatakse kategooriliselt suguline läbikäimine, määratakse voodirežiim, välissuguosade desinfitseerivad loputused ja istekümblused. Igasugused paiklikud terapeutilised võtted tupes ja emakakaelas (loputused, määrimised jms.) on haiguse ägedas staadiumis keelatud. Haige ei tohi tarvitada toiduks mingisuguseid ärritavaid aineid (vürtse, alkoholseid jooke). Soovitatakse rohkesti juua, peamiselt alusesi jooke. Desinfitseerivaist vahendeist määratakse sissevõtmiseks urotropiini, salooli, keediseid (*Decoct. fol. Uvae Ursi*). Ägedate sümptoomide kadumisel asutakse paiklikule ravimisele, mis seisab kusiti loputamises kuni 40°-ni soojendatud permangaanhapu kaaliumi lahusega (1:4000) (loputus Janet' meetodi järgi).

Peale selle määritakse kusiti limanahka erisondide abil mitmesuguste hõbedapreparaatidega (protargool, argentamiin jt.) ja süstitakse nende lahuseid kusitisse erilise oliivitaolise otsakuga varustatud süstla abil.

Eriti visalt alluvad ravile uretriidi vananenud vormid gonokokkide lokalisatsiooniga uretraalseis krüptides ja näärmeis. Selliste infitseeritud kollete ravimine seisab nende väljapõletamises (diatermokoagulatsioonis) või nende intsisioonis uretroskoobi kontrolli all. Valuta ravimise teostamiseks süstitakse kusitisse ettevalmistavalt 5%-list novokaiinilahust.

Teravad kondüloomid.

Teravad kondüloomid kujutavad endast väikesi tüükataolisi või papillomatoosseid moodustisi, mis sarnanevad kukeharjaga või lillkapsaga. Nad asetsevad gruppidena või üksikult tupe sissekäigu juures, välissuguelundeil, lahklihal, harvemini tupe limanahal ja emakakaelal, ka reitel.

Mõnikord nad kasvavad väga suureks ja katavad täielikult sissekäigu tuppe, moonutades välissuguelundeid (joon. 73).

Üksikud kondüloomid on harilikult roosat värvust ja nisutera suurused. Nende pind marrastub hõlpsasti, kusjuures eritub sagast seroosset vedelikku, mis, kogunedes nende kudede vahele, lagub ja tekitab lehka.



Joon. 73. Teravad kondüloomid.

Teravad kondüloomid on moodustised, mis arenevad naha pärisnahakihi kasvamisest peenikeste oksnevate harudena; nad on ohtralt varustatud veresoontega ja pealt kaetud mitmekihilise lame-epiteeliga.

Eriti sageli täheldatakse neid gonorröa puhul, kuid nende olemasolu ei õigusta veel järeldama gonorröalist infektsiooni, sest nad võivad olla põhjustatud mitmesuguse päritoluga ärritavaist eritistest. Iseäranis esinevad nad

räpastel naistel, mõnikord raseduse puhul (lima suurenenud sekretsiooni korral).

Nende ravimine on peamiselt operatiivne: ärakaapimine terava lusikaga sellele järgneva mitteärritavate salvide rakendamisega (*ol. Vaselini*, 2%-line rivanoolsalv, kseroformsalv). Häid tulemusi saavutatakse röntgenikiirtega kui ka raadiumiga ravimisel. Ärritusteraapia (põrgukivi, happed jms.) ei ole soovitav, sest on võimalik kondüloomide muutmine pahaloomulisteks kestva kroonilise ärrituse mõjul.

Endotservitsiit.

Emakakaelakanali limanahk on eelistatuim lokalisatsioonikoht gonorröalisele infektsioonile. Infektsiooni soodustab seal leiduvate näärmete rohkus, millede ümber pesitsevadki gonokokid, tungides sügavale allolevasse koesse.

Endotservitsiidi sümptoomid on sageli kaunis tühised. Naine koguni ei märkagi igakord oma haigust. Enamikul juhtudest piirduvad kaebused valgevooluse tekkimisega, harva kurdetakse valude üle allkõhus ja ristluus. Valusümptoomid esinevad alati, kui endotservitsiidiga kaasub suguaparaadi ülemiste osade (emaka, manuste, kõhukelme) kahjustus. Ägedas staadiumis järelevaatusel peegliga näib emaka tupeosa tursununa, punetavana.

Sünnitanud naistel ulatub tservikaalkanalist välja helepunane põletikuline limanahk, mis puudutamisel hõlpsasti veritseb. Emakakaela eritised on limajas-mädast iseloomu. Sageli võib emaka välissuudme ümber (eriti tagumisel mokal) märgata punetavat ja hõlpsasti veritsevat piirkonda — erosiooni, mis on tekkinud matseratsioonist ja pinnaepiteeli irdumisest.

Protsessi krooniliseks muutumisel võib emakakael jääda suurenenuks (hüpertrofeerunuks) sidekoe vohamise, topistunud tservikaalnäärmete hüpertroofia ja tsüstoosse

laienemise tõttu. Tihtilugu ulatuvad need kõrgemale emaka tupeosa pinnast hirsitera- kuni hernetera-suuruste köbrukestena ja kannavad nimetust *ovula Nabothii* (vt. allpool). Gonokokilise endotservitsiidi diagnostikas on otsustava tähtsusega gonokokkide avastamine äiges.

Mis puutub ravimisse, siis ägedas staadiumis piirdub see loobumisega suguühtest ja voodirahuga infektsiooni levimise vältimiseks. Igasugused paiklikud protseduurid kaelal jäävad ära. Kroonilises staadiumis kasutatakse ravina desinfitseerivaid lahuseid emakakaela limanaha loputusteks ja määrimiseks (protargool, argentamiin, põrgukivi). Edukalt rakendatakse paiklikku autohemoteraapiat (Kvater), vaktsiine, bulgaaria kepikese kultuuri, diatermiat, elektrokaustikat, iontoforeesi. Gonorröa kõikides staadiumides soovitatakse ravina sulfamiidipreparaate — streptotsiidi, sulfidiini, sulfasooli [1].

Ülenev gonorröa.

Ülenevast gonorröast kõneleme sel puhul, kui infektsioon tungib emaka sisesuudmest kaugemale. Nagu varem juba tähendasime, soodustavad infektsiooni levimist kuupuhastusperiood, sünnitusjärgne periood, suguühe suguaparaadi alaosa infektsiooni puhul ja lõpuks igasugused meditsiinilised vahelesegamised suguaparaadi alaosa gonorröa latentsete vormide korral või selle ägedas perioodis. Et kinnitada emaka, manuste ja kõhukelme gonorröalise haigestuse diagnoosi, mille kliinilist kulgu enamikul juhtudel on raske eraldada muudest infektsioonidest põhjustatud haigustest, on vajalik avastada gonokokke eritistes.

Me juba teame, et suguaparaadi alaosa gonorröa võib kulgeda varjatult ja gonokokid võivad eritistest juba sel-

[1] Viimasel ajal ka penitsilliini. — Tõlkija märkus.

leks ajaks kadunud olla, kui gonorröa areneb suguaparaadi ülaosades. Neil juhtudel kasutatakse provotseerimismeetodit, mis seisab selles, et haigele süstitakse gonokokkide vaktsiini, koguselt 400 miljonit kuni 1 miljard mikroobikeha [1], ja ärritatakse paiklikult kõige tõenäolisemaid gonokokkide lokaliseerumise kohti (kusitit, emakakaela). Viimasel juhul kasutatakse joodi järgmise eeskirja kohaselt: *Jodi puri* 2,0; *Kalii jodati* 4,0; *Glycerini* 100,0. Pärast seda võetakse kolme päeva kestel iga päev uurimiseks äigeid kusitist ja emakakaelast.

Muudest diagnostilis-laboratoorsetest uurimismeetoditest tuleb nimetada Bordet-Gengou reaktsiooni ehk komplemendi sidumise reaktsiooni [2]. Üleneva gonorröa puhul on nimetatud reaktsioon mõnikord tähtis diagnoosimisel. Hiljuti Feigel'i poolt esitatud reaktsioon gonorröalisele antigeenile on efektiivsem Bordet-Gengou reaktsioonist.

Mis puutub kliinilistesse tunnustesse, mis kõnelevad selle poolt, et ühel või teisel juhul võib kahtlustada ülenevat gonorröad, siis kõigepealt võib siin aidata hoolikalt kogutud anamnees. Valgevoolus ja valus kusemine, mis ilmnevad peatselt pärast suguelu algust või juhuslikku suguühet, sunnivad alati kahtlustama gonorröalist infektsiooni. *Macula gonorrhoica* leid kinnitab samuti seda kahtlustust.

---

1 Gonokokkide vaktsiini injektsioon põhjustab kinnistes kollektes paistetust, valulikkust ja temperatuuri tõusu 1,5—2° võrra. Seda võib kasutada diagnostiliseks otstarbeks, sest et ta küllaltki usutavalt kinnitab gonorröalise protsessi olemasolu. Gonorröast kahjustatud limanahkadel aga avaldub injektsioon eritiste suurenemises, mistõttu uhetakse välja varjunud gonokokid ja neid on kergem avastada äigepreparaadi uurimisel mikroskoobi all.

2 Bordet-Gengou reaktsioon kuulub immunobioloogiliste reaktsioonide hulka ja põhineb antigeeni (käesoleval juhul mikroobi) ja immuunseerumis leiduva antikeha (Ehrlich'i järgi) vastastikusel toimel.

Esmane sigimatus või pärast ühekordset rasedust tekkiv sigimatus normaalselt arenenud suguaparaadi puhul sunnivad alati mõtlema läbipõetud gonorröale. Ja lõpuks on manuste gonorröaline kahjustus kõige sagedamini ikka mõlemapoolne.

Gonorröaline endometriit.

Infektsiooni edasiminek emakaõõnde võib teostuda haigele täiesti märkamatult, kuid sagedamini kaasuvad sellega tormilised haigusnähud. Peale selle tuleb tähendada, et emaka isoleeritud kahjustust ilma manuste kahjustuseta ei esine; vastuoksa, need esinevad ühiselt.

Harilikult avaldub haigus järgmistes sümptoomides: valud vaagnas (valud on sagedamini spastilist iseloomu), temperatuuri tõus kuni 38—40°-ni, vappekülmad.

Peale selle on iseloomustavaks nähuks menstruaaltsükli korratused, mis tihtilugu võtavad metrorraagia kuju. Viimane on põhjustatud nii emaka limanaha põletikulisest hüpereemiast kui ka silinder-epiteeli irdumise tagajärjel tekkinud defektidest. Menstruatsiooni korrapäratus sõltub ka munasarja follikulaaraparaadi kahjustusest ja sageli osutab verejooksude intensiivsus protsessi üleminekule manustele. Ägedate nähtude vaibumisel omab kuupuhastus enam-vähem normaalset iseloomu, kuigi üsna tihti täheldatakse sel ajal temperatuuri tõusu (37,5—38°), mis viitab mitte täiesti vaibunud gonorröalisele protsessile. Edaspidi muutuvad eritised limajas-mädaseks ja siis juba puhtlimaseks.

Emakamanuste gonorröaline põletik.

Nagu juba tähendatud, levib emakasse sattunud gonorröaline infektsioon kiiresti manustele, kõige esmalt munajuha limanahale. Sealtkaudu levib infektsioon väga kiiresti munasarjale ja ka lähimale väikese vaagna kõhukelmele. Protsess on kõige sagedamini mõlemapoolne.

Iseloomustavaist sümptoomidest esinevad teravad valud allkõhus ja kõhukelme ärritusnähud (positiivne Blumberg'i sümptoom, kõhuseina lihaste pingulolek, iiveldus, oksendus). Temperatuur on kõrgenenud, pulss sagenenud, keel kuiv, kõht kinni, meteorism.

Et haigestuse algus langeb sageli ühte kuupuhastuse ilmumisega, siis on viimased harilikult väga rohked ja valulikud.

Emaka ja manuste bimanuaalsel järelekatsumisel ei ole võimalik neid kõhuseina terava valulikkuse ja pinguloleku tõttu harilikult täpselt piiritleda; alles pärast ägedate nähtude möödumist on võimalik kombelda suurenenud ja valulikke manuseid. Emakamanuste ägeda põletiku patoloogilis-anatoomilisele pildile ägedas staadiumis on iseloomustavad kudede hüpereemia ja turse, mädaste-fibrinoossete kattude tekkimine limanahale, sekretsiooni suurenemine ja ekssudaadi ilmumine.

Munajuhade limanaha turse ja paisumise tõttu sulgub nende valendik ja limanaha voldid kleepuvad epiteeli irdumise tagajärjel kokku, mille tulemusena munajuhad muutuvad läbitamatuks ja tekib teisene sigimatus.

Neil juhtudel, kui kõhukelmepõletik munajuha kõhuõõneavause ümbruses põhjustab fimbriate (narmastiku) kokkukleepumist ja kokkukasvamist, moodustub umbne kott. Kui sellisesse suletud juhasse koguneb seroosse iseloomuga sekreet, siis tekib veelise sisaldisega kotitaoline kasvaja — hüdrosalpinks; kui aga sinna koguneb mäda, siis tekib mäda sisaldav kott — püosalpinks.

Mis puutub muutustesse munasarjas, siis need on järgmised: siin on soodsaimaks kohaks gonokokkide pesitsemiseks lõhkenud folliikulid ja kollaskeha; sealjuures võivad ühes kui ka teises tekkida mädased abstsessid, mis mõnikord liituvad ühte ja põhjustavad niinimetatud püovaariumi teket.

Muutused ovaariumis endas piirduvad hüpereemiga, sidekoe vohamisega ja sellele järgneva strooma skleroosiga. Seetõttu kaotab valmiv folliikul võime õigeaegselt avaneda, munarakk selles hävib ja selline avanemata folliikul muutub väikeseks retentsioonitsüstiks. Aja jooksul on munasari sellistest tsüstilistest moodustistest peaaegu täielikult läbistatud. Sellist seisundit nimetatakse munasarja väikesetsüstiliseks väärastuseks.

Pelveoperitoniit ja üldine peritoniit.

Levides mööda munajuha limanahka satuvad gonokokid koos mädase sisaldisega ampullaarse otsa kaudu vaagna kõhukelmele. Viimane reageerib sellele väga tormiliselt. Ilmnevad teravad valud, kõrge temperatuur ja pulsi sagenemine kuni 120—130 korda minutis.

Hingamine on sagenenud (kuni 40 korda minutis) ja muutub pealiskaudsemaks, mis on tingitud kõhukelme suurest valulikkusest. Kõht on palpeerimisel teravalt valulik, kuid harilikult mitte puhitunud. Kõhukelme eritab gonorröa puhul alati ohtrasti ekssudaati, mis kiiresti tekitab vaagnaelundite kokkukleepumist, mistõttu kahjustuskolle väikeses vaagnas piiristub vabast kõhuõõnest. Sellist piiristunud kõhukelmepõletikku väikeses vaagnas nimetatakse pelveoperitoniidiks. Harvadel juhtudel võib mädane ekssudaat kapselduda Douglas'e ruumis ja avaneda pärasoolde, kui teda õigeaegselt ei kõrvaldata operatiivselt tupe tagumise võlvi avamisega.

Pärast läbipõetud mädast pelveoperitoniiti jäävad püsima tihked liited vaagnaelundite, soolesilmuste ja rasviku vahel, moodustades mitmesuguses suuruses kasvajataolisi konglomeraate. Kõhukelmepõletik tihtilugu retsidiveerub. Eriti harukordseil juhtudel võib gonokokiline infektsioon levida väljapoole väikese vaagna piire ja teki-

tada üldist kõhukelmepõletikku — difuusset peritoniiti. Mainitud peritoniit tekib kõige sagedamini püosalpinksi või püovaariumi avanemisel kõhuõõnde, kusjuures kõhukelme nakatub gonokokke sisaldavast mädast.

Sümptoomid on üldiselt samad nagu gonokokilise pelveoperitoniidi puhul: temperatuur on väga kõrge ja püsib ühtlasel tasemel, pulss on küllaldase täitumisega, rütmiline, 120—130 lööki minutis. Südamel ei täheldata erilisi kõrvalekaldumisi, vererõhk ei muutu. Hingamine on tunduvalt sagenenud (kuni 40 korda minutis), mis sõltub ainult kõhukelme teravast valulikkusest. Kõhu järelevaatusel tõmbab endale tähelepanu vähe puhitunud või täiesti lame kõht, mis on erakordselt valulik. On vajalik osata eristada üldist gonorröalist peritoniiti streptokokkidest põhjustatud peritoniidist. Viimase puhul on haige loid, tuhmide sissevajunud silmadega, nina on teravnenud (Hippokrates'e nägu), pulss sage, pehme, arütmiline, seisakutega, vererõhk normist madalam. Kõht on puhitunud ja veidi valulik; hingamine on diafragma kõrgel asetsemise tõttu sage, sest sooled on gaaside peetusest puhitunud; lakkamatu oksendamine.

Üleneva gonorröa ravimine.

Üleneva gonorröa ravimine ägedas staadiumis seisab kõigepealt haigestunud elundeile rahu võimaldamises, mida saavutatakse voodis lamamisega, sugulise läbikäimise keeluga ja hoidumisega korduvaist seesmistest järelevaatustest, kui selleks ei ole erilisi näidustusi.

Põletikuvastast ravimist teostatakse jää paigutamisega kõhule. Juhul, kui haige talub halvasti jääd, võib katsetada soojendava kompressiga. Dieet olgu kerge, ärritusvaba; tähtis on soolte regulaarne tühjendamine.

Valude vaigistamiseks tarvitatakse narkootikume (belladonna-küünlaid, püramidooni, pantopooni). Mädanike tekki-

misel väikeses vaagnas on mõnikord näidustatud nende avamine tupe (tagumise võlvi) kaudu, et ennetada nende iseeneslikku avanemist naabruses asetsevaisse suguelundeisse või kõhuõõnde. Haiguse äge staadium kestab harilikult neljast kuni kuue nädalani, minnes esmalt üle alaägedasse ja siis kroonilisse staadiumi.

Pärast ägedate nähtude möödumist ja põletikulise protsessi muutumist krooniliseks seisab ravimine selles, et taotleda gonokokkide kõrvaldamist kahjustatud kudedest ja esile kutsuda põletikuliste produktide imendumist.

Imenduva ravimise teostamisele võib asuda alles siis, kui on kadunud ägedad ja alaägedad nähud, mida on võimalik konstateerida vere korduval uurimisel. Normaalne leukotsütoos, erütrotsüütide normaalne settereaktsioon, kõrgenenud temperatuuri püsiv puudumine (eriti kuupuhastuse ajal) — see kõik näitab, et haigus on võtnud kroonilise kuju ja võimaldab järk-järgult üle minna energilisele soojusravile. Siia kuuluvad kuumad vihmandid, valgus- ja vesikümblused, diatermia, mudaravi (kümblused, tampoonid).

Rööbiti imenduva teraapiaga on näidustatud vaktsinoteraapia, mis kombineeritult soojusraviga annab häid tulemusi manuste gonorröa puhul.

Viimasel ajal kasutatakse edukalt uusi preparaate — streptotsiidi ja sulfidiini, mis annavad häid tulemusi.

Emaka väärasendit põhjustavaid põletikulisi liiteid ja kokkukasvamisi väikeses vaagnas võib kõrvaldada günekoloogilise massaaži rakendamisega. Massaaži võib kasutada ainult sel juhul, kui ollakse veendunud, et haigel ei ole mäda kogunemist munajuhas ega munasarjas. Kasutatakse aga massaaži ettevaatamatult, siis võib massaažiliigutuste mõjul mädakolle lõhkeda ja mäda, sattudes kõhukoopasse, võib põhjustada väga rasket tüsistust peri-

toniidi näol. Seetõttu võivad günekoloogilist massaaži määrata ainult arstid.

Kui konservatiivne teraapia ei anna tulemusi, siis tuleb naise töövõime taastamiseks mõnikord kasutada operatiivset ravi manuste kõrvaldamise näol.

Gonorröa varases lapse-eas.

Varases lapse-eas haigestuvad gonorröasse peamiselt tüdrukud ja nimelt seetõttu, et nende suguelundite nakatumise võimalus on suurem ja et nende välissuguelundid ise on neid katva õrna epiteeli tõttu nakkusele vastuvõtlikumad. Nakatus tekib peamiselt täisealistelt ülekandumise teel.

Väikestel lastel, eriti tüdrukutel täheldatav nakatumine tekib nende magamisel ühes voodis gonorröahaige emaga või lapsehoidjaga, edasi käsnade, saastatud käte jne. kaudu. Tihti kahjustab gonorröa silmade limanahka, sattudes sinna sünnituse ajal, kui loote pea läbib ema infitseeritud sünnitusteesid, või juhuslikul gonokokke sisaldava lima konjunktivaalkotti sissehõõrumisel lapse esmakordsel kümblemisel või lõpuks hilisemas sünnitusjärgses staadiumis gonokokke sisaldavate lohhiate (vettimite) sattumisel silma. Palju harvemini infitseeruvad sünnituse ajal vastsündinud tüdrukute suguelundid.

Gonokokk on võimeline epiteelist läbi tungima limanahku vigastamata, kusjuures tema arenemise soodsaimaks pinnaks on limanahkade ja näärmete viimajuhade ühekihiline silinder-epiteel. Nii nahk kui ka limanahk, mis on kaetud mitmekihilise lame-epiteeliga, on gonokokkidele läbitamatu. Järelikult paljusünnitanud naise limanahale sattudes ei tekita gonokokk harilikult põletikulisi nähte.

Seevastu aga noor ja õrn häbe ja tupe lame-epiteel las-

tel ning noortel tüdrukutel on heaks keskkonnaks gonokokkide sissetungimisel.

Silmade gonorröalise haigestuse sümptoomid avalduvad laugude ja konjunktiiva tugevas punetuses ning paistetuses, millega kaasub algul vesise kollaka vedeliku eritumine, pärast aga mäda.

Õigeaegsel ning õigel ravimisel ja tüsistuste puudumisel järgneb tervistumine 3—6 nädala pärast. Protsessi ülemineku sarvkilele haavandite tekkimisega võib mõnikord sarvkile perforeeruda, põhjustades pimedaksjäämist. Arvukaist statistilistest andmetest selgub, et pimedate üldarvust 10% juhtumeid sõltub vastsündinute silmade gonorröalisest kahjustusest.

Seda meeles pidades peab meditsiinilise keskharidusega personaal hoolikalt jälgima vastsündinu silmi ja neid pedantselt hooldama, eriti veel siis, kui kahtlustatakse emal gonorröad. Haigestunud lapsed tuleb isoleerida. Vastsündinu silmade ravimine nõuab suurt vilumust ning teadmisi ja seetõttu peab sellega tegelema spetsialist-oftalmoloog. Mis puutub profülaktikasse, siis on meil kasutada tõhus profülaktiline menetlus, mille esitas Credé 1884. aastal ja mis seisab selles, et vastsündinule viiakse konjunktiivasse otsekohe pärast sündimist 1%-list hõbenitraadi (*argentum nitricum*'i) või 5%-list protargooli lahust.

Gonokoki sattumisel tüdruku suguelundeile avaldub haigestus kõige sagedamini vulvovaginiidina, s. t. tekib põletikuline protsess häbeme, esiku ja tupe piirkonnas. Välissuguelundite vaatlemisel täheldatakse kudede punetust ja paistetust ning mäda eritumist tupest. Haige lapse halval hooldamisel kattub häbe mõnikord kuivanud mädakoorikutega.

Naha õrnuse tõttu levib põletikuline reaktsioon mõnikord reitele ja kubemetele. Harilikult kaasub infektsioonipaiga läheduse tõttu kiiresti kusiti põletik.

Üsna sageli kaasub Bartholin'i näärmete põletik. Allavoolavad mädased eritised võivad nakatada pärasoole limanaha. Tihtilugu täheldatakse kubeme mahlanäärmete suurenemist ja valulikkust.

Vulvovaginiidi sümptoomid ei ole alati selged. Varases lapse-eas avaldab laps oma haigust nutmisega (eriti kusemisel) ning söögiisu ja une puudumisega. Temperatuur on harilikult subfebriilne. Diagnoos määratakse gonokokkide leiu alusel eritistes.

Harilikult piirdub protsess suguaparaadi alumise osaga ja ainult erakordseil juhtudel areneb ülenev gonorröa.

Ravimine. Haige laps tuleb isoleerida teistest lastest ja panna voodisse.

Ägedas staadiumis määratakse soojad istekümblused kummeliga või desinfitseerivate vahenditega (boorhape, kaaliumpermanganaadi lahus 1 : 4000). Eriti tähelepanelikku hooldamist nõuab nahk. Tupe ägeda põletiku puhul on igasugused seesmised manipulatsioonid ravi otstarbel vastunäidustatud, et vältida infektsiooni levimist ülaosadesse.

Ägeda perioodi möödumisel asutakse tupe ravimisele loputustega, et mõjustada tupes pesitsevat nakkust.

Loputusi teostatakse läbi peenikese kummikateetri. Harilikult kasutatakse selleks ülalmainitud hõbedapreparaate. Lapse gonorröa ravimist võib teostada ainult arst, sest oskamatu ja ebaõige ravimine põhjustab raskeid, mõnikord parandamatuid tagajärgi.

Laste gonorröa profülaktika.

Laste gonorröasse nakatumise profülaktika omab erilist tähtsust. Me ei peatu vastsündinu silmade blenorröa vältimisel, sest seda käsitletakse sünnitusabi õpikuis, vaid vaatleme gonorröa ärahoidmist vanemail lastel. Emad peavad hoolikalt jälgima, et gonorröalisi eritisi mingil teel ei

kantaks üle lapse suguelundeile. Need võivad sinna sattuda puhtusvahenditega (käsn, käterätik, seep, nõud), mis olid gonorröahaige isiku tarvitada, kui ka läbikäimisel gonorröad põdeva isikuga, kelle hooldamisel on laps.

See asjaolu nõuab emalt ettevaatust, et laps ei puutuks lähedalt kokku võõraste inimestega.

Vaieldamatult on lubamatu tarvitada võõrast seepi, käterätikut, nõu, käsna jms. On väga tähtis, et lapsel oleks oma voodi; mitte mingil juhul ei tohi ta magada koos täisealistega.

Kui ema põeb gonorröad, siis seda enam on vajalik jälgida puhtust lapse hooldamisel.

Lasteasutistes teostatakse gonorröahaigestuste profülaktikat laste ja neid teenindava personaali regulaarsete järelevaatustega, et haigestunuid viivitamata isoleerida. On vaja hoolikalt jälgida puhtust käimlais ja vannitubades.

Täisealiste gonorröa profülaktika.

Günekoloogias omab erilist tähtsust gonokokkidega nakatumise profülaktika, sest põletikulised günekoloogilised haigestused on absoluutses enamikus põhjustatud just sellest infektsioonist.

Kaunis tähtsat osa etendab profülaktikas abiellujate tervislik seisund, sest ühel abikaasadest võis olla suguelu algus enne abiellumist ja järelikult ka võimalus nakatuda gonorröasse.

Abiellujate nakatumise vältimiseks ongi meie nõukogude seadusandlus astunud samme selles mõttes, et perekonnaseisuaktide büroo on kohustatud abielude registreerimisel abiellujailt nõudma allkirja selle kohta, et nad on teadlikud teineteise tervislikust seisundist. Et sellel ei oleks ainult formaalne iseloom, näeb Kriminaalkoodeksi § 155 ette, et kui keegi viib teise isiku veneerilisse hai-

gusse nakatumise ohtu, siis langeb ta raske kohtuliku vastutuse alla. On vaja hästi korraldada sanitaarselgitustööd elanikkonna seas, et neisse nõudmistesse suhtutaks täiesti teadlikult ja et oldaks informeeritud gonorröasse nakatumise ohust, samuti ka nakkuse sissepääsu viisidest ning pööratakse erilist tähelepanu sugulisele nakatumisele.

Ainult sel teel on võimalik vältida selle raske ning tüsistusrikka haiguse levimist. Kui naine ei ole veendunud, et mees, kellega tal oli suguline läbikäimine, on terve, siis peab ta viivitamata tarvitusele võtma vastavad abinõud, et vältida nakatumist. Kuigi meie vahendite hulgas ei leidu sellist, mis kahtlemata garanteeriks nakatumise eest, võivad siiski mõned neist (näiteks kondoomi tarvitamine, desinfitseerivad loputused kohe pärast suguühet) kaunis suurel määral aidata haigestumist vältida.

Võitlust veneeriliste haiguste levimise vastu teostavad meil veneroloogilised dispanserid, kelle ülesandeisse kuulub mitte ainult abi saamiseks pöörduvate haigete ravimine, vaid ka veneeriliste haiguste vältimine gonorröahaigete avastamise ja nende sundkorras ravimise teel.

Gonorröahaigete avastamist teostatakse naistenõuandlais sinna suunatud naiste süstemaatilise järelevaatuse teel.

Kui dispanseril õnnestub avastada ühe või teise isiku nakkusallikas, siis kutsub ta kahtlustatava isiku tervishoiuorganeile antud õiguste alusel (ÜKTK ja VNFSV RKN-i määrus 1927. a.) sund-järelevaatusele ja -ravimisele. Mitteilmumise korral võetakse väljakutsutu kohtulikule vastutusele.

Dispanser vaatab järele ka gonorröahaigete naiste mehed. Avastatakse aga gonorröa lastel, siis uuritakse kohustuslikult ka vanemaid. Dispanseri poolt statsionaarsele ravile saadetud isikute vaatlemine kestab kuni nende väljakirjutamiseni haiglast.

Veneroloogilise dispanseri töös omab tähtsat kohta sanitaarselgitustöö, mille ülesandeks on selgitada elanikkonnale meie seadusandluse üritusi seoses võitlusega veneeriliste haigustega ja nakatusvõimalusi ning tutvustada nakatuse esimesi tunnuseid; tuleb rõhutada õigeaegse ravimise vajadust, hoiatades väljaravimata gonorröa tagajärgede eest. jms.

Meditsiinilise keskharidusega personaali osatähtsus elanikkonna hulgas sanitaarselgitustöö tegemisel on väga suur, eriti maal. Külaoludes tuleb seda tööd teostada kooskõlastatult rajooni veneroloogilise punktiga, kes juhib kogu suguhaiguste vastu võitlemise tööd.

Septilised haigestused.

Septiliste haigestuste hulka kuuluvad sellised põletikulised haigused, mis on põhjustatud mädatekitavate bakterite gruppi kuuluvaist mikroobidest. Selliste haigestuste tekitajana esineb kõige sagedamini streptokokk, harvemini stafülokokk ja sooltekepike, veel harvemini Friedländer'i pneumobatsill, Fraenkel'i pneumokokk, influentsa- (gripi-) batsillid, anaeroobne infektsioon ja muud mädapisikud. Haigestused nagu difteeria ja kangestuskramptõbi kuuluvad selliste haiguste erigruppi, mida nimetatakse tokseemiaks (toksiinidega veremürgistus); kuigi seejuures infektsioon püsib harilikult paikliku protsessina, on selliste bakterite poolt eritatavad toksiinid niivõrd aktiivsed, et teatavail tingimustel võib organism hukkuda.

Nüüdisajal ei liigitata baktereid enam saprofüütideks, s. t. sellisteks, kes paljunevad ainult elutuil loomseil kudedel ja mürgistavad organismi oma elutegevuse produktidega, ja parasiitideks, kes paljunevad elusail kudedel, sest selget piiri nende vahele on võimatu tõmmata. Igapäevased täheldused näitavad, et organismis elutsevad ja teda mitte sugugi kahjustavad saprofüüdid võivad teatud tingimustes muutuda tõelisteks parasiitideks, kes võivad põhjustada rasket

üldhaigestust. Näitena võib esineda sooltekepike. Oleldes alatiselt soolestikus saprofüüdina, ei kahjusta ta põrmugi organismi. Sattudes aga haava pinnale või kõhukelmele kas sooleseina tervikluse vigastuse tagajärjel või mõnedel muudel põhjustel, muutub ta tõeliseks parasiidiks ja põhjustab raskeid põletikulisi protsesse.

Vältimatuks tingimuseks ülalmainitud bakterite sattumisele organismi on haavandunud pinna olemasolu. Viimane asjaolu eraldab neid gonorröa, süüfilise ja tuberkuloosi tekitajaist, kes omavad võimet tungida organismi vigastamata koe kaudu.

Eristatakse endogeenset ja eksogeenset infektsiooni. Endogeenset nakatumist põhjustavad organismi ühes või teises kohas (tupes, munajuhades, soolestikus, kuseteedes, mandlites, karioossetes hammastes jne.) alatiselt leiduvad bakterid, saades võimaluse levimiseks selleks soodsate tingimuste tekkimisel (sünnitus, abort, trauma, operatiivne vahelesegamine jne.). Eksogeenset nakatumist põhjustavad pisikud, kes on organismi viidud väljastpoolt mitmesuguste manipulatsioonidega suguelundite kallal: kirurgi või põetava personaali kätega, instrumentidega, sidumismaterjaliga jne. Septiline nakatumine toimub kõige sagedamini kunsttehisliku abordi puhul ja aseptika nõuete mitterakendamisel sünnituse ajal ning sünnitusjärgsel perioodil, eriti kui kasutatakse nurgataguste ämmamooride abi.

Peale abordi- ja sünnituspuhuste juhtude võib infektsioon suguelundeisse sattuda suguühte ajal (neitsinaha ja tupe limanaha rebendid) ja mitmesuguste manipulatsioonide puhul tupes (loputus, peeglite ja pessaari sisseviimine), kui neid ei teostata mitte küllalt aseptiliselt ja ettevaatlikult. Nakatumise suhtes on kõige ohtlikumad igasugused operatiivsed vahelesegamised, eriti kui need on seotud kõhuõõne avamisega. Lõpuks võivad septiliste haigestuste arenemist põhjustada ka lagunevad fibromatoossed

sõlmed ja väändunud tsüstid, kuid ka kärbuvad ja lagunevad pahaloomulised kasvajad, mille koes alati arenevad patogeensed bakterid.

Infektsiooni levimise teed on järgmised:

1) levimine otsese edasikandmise teel vahetusse ümbrusse (*per continuitatem*), kui infektsioon levib üleneval viisil (näiteks tupest emakaõõnde, munajuhadesse, vaagna kõhukelmele või kui bakterid satuvad kusepõiest neeruvaagnasse ja edasi neerudesse);

2) lümfiteede kaudu;

3) vereteede kaudu.

Haiguse kulg sõltub sellest, milliste teede kaudu toimub infektsiooni levimine. Infektsiooni vahetu (*per continuitatem*) levimise puhul omab haigestumine paiklikku iseloomu emaka limanaha põletiku (endometriidi), munajuhade põletiku (salpingiidi) ja vaagna kõhukelme põletiku (pelveoperitoniidi) näol.

Infektsiooni levimisel lümfiteede kaudu tungib infektsioon vaagna rakustikku, kusjuures haigestus võib püsida paiklikuna, kui infektsioon piirdub ainult rakustikuga, levimata sellest kaugemale (parametriit), või põhjustab üldist septilist haigestust. Lümfiteede kaudu leviv infektsioon tungib tihti kõhu- ja kopsukelme õõnde, põhjustades mädast peritoniiti ja pleuriiti.

Infektsiooni levimisele vereteede kaudu järgneb kõige sagedamini üldine septiline nakatus (põletikulise protsessi generalisatsioon); seejuures arenevad organismi eri kohtades üksikud põletikulised kolded, mis tekivad bakterite sattumisel mitmesuguseisse elundeisse ja kudedesse veresoontes laguvaist trombidest.

Sünnitusega või sünnitusjärgse perioodiga otseselt seoses olevaid septilisi haigestusi me siin ei käsitle, sest need kuuluvad kirjeldamisele sünnitusabi õpikuis. Kuid vaiki-

des mööda minna paiklikust septilisest protsessist, nagu metro-endometriidist, parametriidist ja kõhukelme haigestusest, ka ei tohi, sest nendega tuleb günekoloogias kaunis sageli tegelda. Vaatamata sellele, et nad võivad areneda sõltumatult sünnitusest, võib neid täheldada ka pärast sünnitust pikema ajavahemiku järel kui sünnitusjärgsete haigestuste pooliku ravimise tagajärge.

Paiklikud protsessid.

Välissuguelundite põletik (*vulvitis*).

Vulviit esineb tihti välissuguelundite puuduliku hooldamise tagajärjel ohtrate eritiste puhul emakast ja tupest. Suguelundite kasimatus põhjustab nende kate-epiteeli matseratsiooni ja sel teel moodustuvadki sissepääsuväravad infektsioonile. Iga liiki traumad soodustavad samuti välissuguelundite haigestumist.

Vulviidi puhul esineb väikeste ja suurte häbememokkade ja kõdisti terav hüpereemia, ilmnevad valgevoolus, kipitustunne ja terav valulikkus puudutamisel.

Vulviidi edukaks raviks on vajalikud voodirahu, külma rakendamine välissuguelundeile (ägedal perioodil), boorhappe- ja tinavee-kompressid ning sagedane pesemine leige veega. Kui vulviit on arenenud emaka- või tupepõletiku tagajärjel, siis on vaja tähelepanu pöörata põhilisele haigestusele.

Tupepõletik (*colpitis*).

Tupepõletik võib tekkida emakaõõne-põletiku tagajärjel infektsiooni ülekandumisel tservikaalkanali kaudu. Lahkliha vanade rebendite ja tupeseina allavajumise puhul on patogeensete mikroorganismide pääs tuppe väljastpoolt hõlbustatud, mis samuti võib soodustada haigestuse teket.

Vanemas eas täheldatakse klimakteeriumi tagajärjel sageli tupe limanaha õhenemist (atroofia), mistõttu see muutub hõlpsasti vigastatavaks ja on tihti kaetud hulgaliste punaste täpikestega — pisikeste verevalumitega. Limanaha selline seisund takistab tupe enesepuhastust ja soodustab bakterite sissetungi, mille tagajärjel tekib niinimetatud raugaea-kolpiit (*colpitis senilis*).

Tupe limanahk on kolpiidi puhul turseline ja hüpereemiline, haiged kaebavad harilikult rohke mädase iseloomuga valgevooluse, valude ja kipituste üle. Igasugune uurimine selles perioodis on väga valulik.

Kolpiitide ravimisel ägedas staadiumis on kõigepealt vajalik anda rahu. Tupe patogeense floora kõrvaldamiseks määratakse loputusi piimhappe-, permangaanhapu kaaliumi, kummeli- ja puuäädika-lahusega. Kroonilises staadiumis kasutatakse glütseriinitampoone kui ka füüsikalisi ravimeetodeid (vihmandeid, mudatampoone, diatermiat).

Raugaea-kolpiitide puhul saavutatakse häid tulemusi tupe määrimisega vesinikülihapendiga ja sellele järgneva *ol. Vaselini* tampooni sisseviimisega.

Emaka ja emakamanuste septiline põletik.

E m a k a l i m a n a h k laguneb septilise põletiku ägedas staadiumis nekrootiliselt bakterite (kõige sagedamini streptokokkide) elutegevuse mõjul ja kattub kiltkivihalli kattega.

S ü m p t o o m i d. Kõrgenenud temperatuurid, valud kõhu allosas, üldine nõrkus, sogased, mõnikord vinavad eritised. Emakas on palpeerimisel väga valulik. Peab aga siiski silmas pidama, et kirjeldatud sümptoomid pole sugugi alatised, vaid haiguspilt võib kõikuda nõrgalt avalduvate haigusnähtude ja raskete, surmaga lõppevate septiliste protsesside vahel infektsiooni levimise tõttu väljapoole

emaka piire. Nagu muudegi infektsioossete haigestuste puhul, nii sõltuvad ka siin haiguse kulg ja lõpe organismi pääsenud bakterite virulentsusest ning organismi vastupanuvõimest.

Soodsa haiguskulu puhul hävivad bakterid kiiresti ja kirme eraldub tema all tekkiva granulatsioonkoe tõttu, mis on tõkkeks bakterite edasise levimise vastu. Pärast seda hakkab kasvama uus limanahk.

Tservikaalkanali kitsendite ja stenooside puhul koguneb mäda puuduliku väljavoolu tõttu emakaõõnde ning tekib püomeetra. Neil juhtudel on temperatuuril remiteeriv iseloom, ilmnevad vappekülmad ja hoogvalud allkõhus. Järelevaatusel tundub emakas suurenenuna, pehmena (fluktueerib). Perioodiliselt eritub suurte hoogvaludega emakast mäda. Ravimisel tuleb taotleda alatist emaka tühjendamist mädast, milleks pannakse emakasse tservikaalkanali kaudu dreen (klaasist või paksust kummist).

Levib aga infektsioon väljapoole emaka piire, siis võivad olla protsessi kaasa tõmmatud kas emakamanused või infektsioon tungib emaka kõrvalkoesse, põhjustades parametriiti (vaagna rakustiku flegmooni).

Munajuhade kahjustusel tekib nende limanaha pealmiste kihtide kärbumine ja fimbriate kokkukleepumine kõhupoolse otsa juures. Kogunev ekssudaat paisutab sel viisil suletud juha ja tekib kotitaoline mädakasvaja (püosalpinks). Püosalpinksi korral on munajuha seinad paksemad kui hüdrosalpinksi puhul, sest põletikulisest protsessist võtab osa mitte ainult limanahk, vaid ka juha lihaskiht, sageli ka juha kattev kõhukelme.

Kui protsessist võtab osa ka munasari, siis tekivad selle ümber liited, kuna munasarjas eneses arenevad väiksemad või suuremad mädanikud. Manuste põletikuliste protsessidega kaasub harilikult ka nendega külgneva kõhukelme põletik, kusjuures viimane võib avalduda

kas fibrinoossete kattude või seroos-mädase või mädase ekssudaadi (väljahigistise) tekkimises. Tekkinud väljahigistis võib kapselduda Douglas'e ruumis või põhjustab halvemal juhul üldise mädase peritoniidi tekkimist. Paunastunud ekssudaat võib imenduda, jättes möödumisel kokkukasvamisi kõhukelme, emaka, manuste ja soolestiku vahel, või ka avaneda pärasoolde, kusepõide või tuppe.

Manuste ja nendega külgneva kõhukelme põletiku sümptoomid ei erine peaaegu sugugi ülalkirjeldatud gonokokilise kahjustuse nähtudest. Haiged kaebavad ägedate valude üle allkõhus, mis suurenevad survest bimanuaalsel järelekatsumisel. Palpeerimisel täheldatakse eesmise kõhuseina pingust ja valulikkust. Pulss on sagenenud, temperatuur püsib üle 38°. Roojamine on harilikult peristaltika nõrgenemise tõttu peetunud; kusemine on sagenenud, mõnikord valulik, sageli ilmnevad iiveldus ja okse, mis osutavad kõhukelme ärritusele.

Mis puutub emaka kõrvalkoe põletikulistesse protsessidesse, siis esinevad need sagedamini puerperaalse (sünnitusjärgse) infektsiooni tagajärjel. Parametriit väljaspool rasedust tekib kas infektsiooni levimisel emakast lümfiteede kaudu või emaka limanaha vigastamisel, mis on tekitatud kätega või instrumentidega, eriti kriminaalsete aborttide tegemisel. Rakustiku kahjustus tekib sagedamini streptokoki või stafülokoki, harvemini sooltekepikese sissetungimisel. Gonokokid ja tuberkuloosikepikesed põhjustavad harva rakustiku põletikku.

Niipea kui infektsioon tungib rakustikku, areneb selles põletikuline turse. Enamikul juhtudest ei jõua protsess mädanemiseni ja ekssudaat imendub; harvemini kulgeb protsess krooniliselt, moodustades tihke, kõhretaolise konsistentsiga infiltraadi, mis läheb üle vaagna seintele.

Teostub aga ekssudaadi mädanemine, siis tekivad hulgalised m ä d a k o l d e d, mis mõnikord liituvad ulatusli-

keks mädaõõnteks. Kui mädanikku õigeaegselt ei avata, siis võib see iseenesest avaneda naaberelundeisse (soolde, kusepõide, emakasse, tuppe). Vaagna rakustiku külgmistes osades lokaliseerunud mädanikud avanevad kõige sagedamini väljapoole ülaltpoolt Poupart'i sidet. Lõpuks, kuigi harva, avanevad mädanikud kõhukelme-õõnde, põhjustades üldist mädast peritoniiti.

Kõige ohtlikumaks tagajärjeks on läbi põletikulise rakustiku kulgevate veresoonte tromboos, kusjuures bakterid satuvad infitseeritud trombidest vereringesüsteemi ja tekitavad organismi üldist septilist mürgistust.

Parametriidiga kaasuvad sümptoomid sõltuvad infektsiooni virulentsusest, haigusprotsessi ulatusest, ekssudaadi iseloomust ja asukohast ning lõpuks sellest, kui võrd võtab protsessist osa väikese vaagna kõhukelme.

Haigestus algab temperatuuri tõusuga, millele tihti eelneb vappekülm; pulss sageneb, ilmnevad valud kõhu allosas ja ristluu piirkonnas. Kusemine sageneb tekkinud infiltraadi survest põiele juhul, kui protsess lokaliseerub kusepõie läheduses. Kui aga protsess areneb pararektaalses rakustikus, siis ilmneb pärasoole ärrituse tõttu roojamistung (tenesmid).

Mädase ekssudaadi tekkimisel täheldatakse iseloomustavaid muutusi pulsi ja temperatuuri suhtes. Ööpäevased temperatuuri kõikumised suurenevad, temperatuuril on remiteeriv iseloom (hommikused alanemised kuni 37°-ni ja õhtused tõusud kuni 39°-ni); pulsi sagedus kõigub sõltuvalt temperatuuri kõikumistest.

Nagu juba tähendatud, võivad rakustikus moodustunud mädanikud avaneda kas naaberõõnde või välja. Emaka kõrvalkoe mädased abstsessid avanevad kõige sagedamini kusepõide, kusjuures üheaegselt temperatuuri langusega eritub kusega suurel hulgal mäda. Kui mäda avab endale tee läbi eesmise kõhuseina, siis ilmneb harilikult ülalpool

Poupart'i sidet turse sellele järgneva nahapunetusega; nahk punnitub veidi välja ja seda kohta kombeldes tunneme selgesti lainetust. Mädaniku tekkimisel pärasoole piirkonda reageerib viimane sellele lima eritamisega sooleseina turse tagajärjel ja valulike tenesmidega. Pikemaajaline rakustiku mädanemine mõjub haige organismile kahjulikult, põhjustades kurtumust ning suuri muutusi veres ja siseelundeis mädanikust imenduvate toksiinide poolt esilekutsutava mürgistuse tagajärjel.

Septiline üldnakatus.

Kui infektsioon on virulentne, haigusttekitavate bakterite hulk suur, organismi üldvastupanu nõrgenenud ja, mis on eriti tähtis, kui kõhukelme endakaitsevõime on langenud, siis tungib infektsioon kõige sagedamini lümfiteede kaudu kõhukelmesse ja põhjustab üldist mädast peritoniiti.

Mädatekitavaist pisikuist põhjustatud üldise peritoniidi sümptoomid on järgmised. Täheldatakse pulsi järsku sagenemist (120—140 korda minutis), kusjuures see ei vasta temperatuurile. Peale selle on pulss algul pingeline, kuid vastavalt organismi edasisele intoksikatsioonile muutub ta pehmeks, ilmnevad ekstrasüstoolid. Surmaga lõppevail juhtudel suureneb pulsi sagedus niivõrd, et seda on raske loendada; seejuures muutub ta niiditaoliseks. Hingamine muutub soolte suure puhituse (meteorismi) ja diafragma kõrge asendi tõttu sagedaks ja pealiskaudseks.

Ka haige välimus on iseloomustav: mullakarva näonahk, limanahad kahvatud, silmad tuhmid, sissevajunud, näojooned teravnenud, jäsemed külmad. Mao-sooletraktil täheldatakse järgmisi muutusi: huuled on kuivad ja kaetud tumedate koorikutega; keel on kattunud, kuiv; kõht on soolte pareesi tõttu puhitunud. Sageli täheldatakse luksumist, piinavaid röhitusi, oksendust. Roojamine on harili-

kult peetunud ja seda esile kutsuda pole võimalik ei klistiiriga ega lahtistitega. Mõnikord aga vaheldub kõhukinnisus sageda kõhulahtisusega (septiline kõhulahtisus), mis sõltub organismi raskest intoksikatsioonist. Ekssudaadi kogunemine kõhuõõnde avaldub tumestusena külgosades. Haigete meeleolu on harilikult surutud, nad suhtuvad ümbrusse ükskõikselt, küsimustele vastavad loiult või üldse ei vasta; mõnikord aga on haiged erutatud, sonivad, ilmnevad hallutsinatsioonid.

Ülalkirjeldatud nähud avalduvad mõnikord erakordse kiirusega, põhjustades progresseeriva üldise infektsiooni ja intoksikatsiooni tagajärjel organismi surma ühe-kahe ööpäeva vältel.

Infektsiooni levimine väljapoole paikliku protsessi piire toimub peale lümfiteede ka *vereteede* kaudu, kusjuures seda teed kasutavad kõige sagedamini streptokokid. Nagu juba öeldud, kulgeb infektsioon harilikult mööda veenisid, tekitades *tromboflebiiti*. Pindmine veen on kahjustuse korral kombeldav naha all tihke valuliku väädina. Selles kohas nahk punetab; temperatuur tõuseb, muutudes subfebriilseks. Iseloomustav on pulss, mis tromboflebiitide puhul sageneb astmikutaoliselt (Maler'i tunnus).

Soodsa kuluga haigestus kestab 10—15 päeva; temperatuur langeb, punetus ja valulikkus kaovad.

Sügaval asetsevate vaagna- ja sügavate reieveenide tromboflebiidid on alati tõsised haigused, mis sunnivad haigeid kaua aega voodis lamama. Haige jäse turtsub tugevasti, muutudes poolteist kuni kaks korda paksemaks tervest jäsemest; nahk läigib, liigutused on raskendatud ja teravalt valusad. Temperatuur tõuseb 39—40°-ni, pulss sageneb iga päevaga (Maler'i tunnus). Tromboflebiidid on haigetele ohtlikud seetõttu, et eraldunud trombitükike võib topistada elulise tähtsusega veresooni (näiteks kopsu-

arteeri, aju veresoonte harusid) ja tekitada haige kiiret surma niinimetatud e m b o o l i a tagajärjel.

Kui bakterid trombides ei hävi, siis tekib trombi mädane pehmenemine, kust selle osakesed ja mädase lagunemise tükikesed satuvad vereringesse, põhjustades haigestust, mida nimetatakse p ü e e m i a k s.

Järelikult ei ringle bakterid selle haigestusvormi puhul vabalt veres, vaid jäävad laguneva trombi osakeste sisse ja verevool kannab neid viimastega haige organismi mitmesugustesse kohtadesse.

Kuid võib olla ka veel teine võimalus. Mädaselt lagunevast trombist verre sattunud bakterid mitte ainult ei ringle vabalt veres, vaid isegi arenevad seal organismi kaitsevõime kahanemise tõttu, põhjustades samuti organismi üldnakatust, mida nimetatakse s e p s i s e k s.

Sepsise haiguspilt on harilikult iseloomulik ja kõik nähud arenevad erakordselt kiiresti.

Juba haigestuse esimesel päeval ilmneb sageli tugev vappekülm, temperatuur tõuseb järsult, püsides 39—40° piirides, pulss muutub sagedaks, kuni 120—140 korda minutis, hingamine kiireneb, muutudes pealiskaudsemaks.

Keel muutub kuivaks, kattunuks; tihti täheldatakse kõhulahtisust; söögiisu kaob, tekib piinav janu, suu kuivab.

Haige jätab raske mulje. Kaunis kiiresti tekivad teadvuse tuhmumine ja iseeneslik kusemine ning roojamine, ilmneb tsüanoos, jäsemed muutuvad külmaks. Surm järgneb suureneva südamenõrkuse ja organismi teravalt avalduva üldmürgistuse nähtudega.

Sepsis võib kulgeda ka pikaldaselt, krooniliselt. Sel puhul kanduvad vereringesse sattunud mikroobid üle kogu organismi, põhjustades abstsesside (metastaaside) tekkimist mitmesugustes elundites ja kudedes (neerud, kopsud, südamehõlmad, liigesed jne.).

Ülalmainitud püeemia omab samuti oma iseloomustavaid

sümptoome, mis peamiselt avalduvad temperatuuri kiires tõusus 40—41°-ni, millega kaasuvad tugevad vappekülmad.

Sellise hoo ajal haige sõna tõsises mõttes hüpleb voodis, mingisugused soojaveekotid pole suutelised värinaid kõrvaldama, tekib kananahk, huuled muutuvad siniseks. Pulss sageneb niivõrd, et seda on peaaegu võimatu kombelda. Varsti vappekülmad mööduvad ja haigel tekib kuumustunne. Kehatemperatuur langeb peagi normini, mõnikord ka alla seda, millega kaasub tugev higistamine. Haige üldine enesetunne paraneb samuti tunduvalt. Säilib vaid nõrkus. Sellisesse seisundisse jääb haige kuni järgmise hooni, mis mõnikord kordub mitu korda päevas. Niipea kui kaovad allikad, kust eralduvad laguneva trombi osakesed bakteritega, lakkavad ka vappekülmad ja järgneb tervistumine.

Tõenäoliselt on õigem arvata, et trombi lagunemisel satuvad vereringesse nii trombi osakesed bakteritega kui ka vabad mikroorganismid, millest sõltuvalt arenebki üks või teine haiguspilt.

Vastavalt ülaltoodule võib septilise infektsiooni r a v i jaotada kahte ossa: 1) paiklike protsesside ravimine ja 2) generaliseerunud (üldise) nakatuse ravimine.

Mis puutub esimesse, siis algul ägedas staadiumis rakendatakse põletikuvastast ravimist, mis seisab külma ja absoluutse rahu määramises. Ägeda staadiumi möödumisel teostatakse edasist ravimist kas konservatiivselt (kõik imendusravi viisid) või harvemail juhtudel lõpetatakse operatiivse vahelesegamisega (krooniliselt muutunud manuste kõrvaldamine).

Mädaste abstsesside tekkimisel tuleb tihti kasutada operatiivset ravi (püosalpinksite ja Douglas'e ruumi mädakuhjumite avamine tagumise võlvi kaudu, parameetriumi mädanike avamine). Tromboflebiitide ja mädase peritoniidi ravimisest oli juttu ülalpool.

Mis puutub septilise üldinfektsiooni ravisse, siis vaatamata suurtele edusammudele sel alal püsib suremus sellesse ikka veel kõrgel.

Sellega oletatavasti on ka seletatav sepsise ravimiseks esitatud vahendite suur hulk, mis aga seni kahjuks avaldavad vähe mõju [1].

Me ei hakka siin üksikasjaliselt kirjeldama sepsise ravimise mitmesuguseid viise, seda enam, et see ei ole meditsiinilise keskharidusega personaali ülesanne. Märgime vaid ära need põhialused, milledele tugineb selline ravimine. Kui meenutada, et septilise infektsiooni nähud kujutavad endast ühelt poolt patogeenseist mikroobidest põhjustatud patoloogilisi muutusi, teiselt poolt aga vastandatakse sellele organismi reaktsiooni infektsioonile ja organismi kaitsejõudude mobiliseerimist, siis on ilmne, et ravi võib teostuda kahes suunas.

Üks suund seisab selles, et mitmesuguste keemiliste preparaatide (kollargool, streptotsiid, rivanool jms.) viimisega organismi püütakse hävitada sinna sattunud mikroobid; teine suund seisab püüdes mobiliseerida organismi kaitsejõud, tõsta tema vastupanuvõimet (ravimine valkudega, lipoididega, seerumitega). Sõltumatult sellest, millist ravimenetlust rakendatakse, püütakse aidata organismi tema võitluses infektsiooniga ühtede või teiste ebameeldivate sümptoomide kõrvaldamise või leevendamise teel (sümptomaatiline teraapia).

Septiline haige nõuab eriti hoolsat põetamist ja kõiges aseptika nõuete ranget täitmist ohu tõttu, et nõrgestatud organismi võivad tungida uued nakkusalgmed, mis tüsistavad esmast haigestust. Seepärast on vaja hoolit-

[1] Viimasel ajal kasutatakse septilistę infektsioonide ravimisel edukalt penitsilliini. — Tõlkija märkus.

seda, et haige kogu keha, käed, suu, voodipesu ja ümbrus oleksid eriti puhtad.

Et septilistel haigetel temperatuuri langemisega kaasub harilikult suur higistamine, siis on vajalik sagedasti pesu vahetada. Haige peab olema alatiselt soojas (kuumaveekotid, soe pesu). On vajalik hoolitseda soolestiku korrapärase töötamise eest, et vähendada intoksikatsiooni. Septilistele haigetele määratakse harilikult suurtes annustes veini. Haigeid tuleb lamatiste ja kopsude hüpostaasi vältimiseks sagedamini ühelt küljelt teisele pöörata.

Muus osas seisab hooldamine haige hoolsas jälgimises, et mitte jätta tähele panemata ilmnevaid sümptoome ja et püüda neid kõrvaldada õigeaegselt.

Hoolitsemine vastava ja õigeaegse toitumise eest, abistamine söömise ajal, suu hooldamine, pulsi ja temperatuuri jälgimine, vappekülma-hoogude arvestamine, naha ja juuste hooldamine, haige ümberasetamine, abi füsioloogiliste tarviduste rahuldamisel, kusemise ja soole tegevuse jälgimine, arsti korralduste täpne täitmine — kõik see kuulub põetava personaali kohustustesse, mis kindlustab kohusetruul täitmisel ravi edukust.

Septiliste haigestuste profülaktika, sünnitusabi korraldamine.

Et septilise üldinfektsiooni ravimist ei ole seni võimalik lugeda edukaks, siis jääb veel üks, võib-olla tõhusaim tee — kaitsta organismi haigusttekitavate mikroobide ja nende toksiinide sissetungimise eest, s. o. profülaktika.

Septiliste nakatuste profülaktikas etendab tähtsat osa sünnitusabi õige korraldamine, mis peab seisma küllaldase ravivõrgu arendamises, kindlustades muude meditsiinilise abi liikide hulgas elanikkonnale ka sünnitusabi.

Meie tegeliku elu tingimustes omavad suurt tähtsust ämmaemandapunktid, mis ongi maal juba võtnud enda

kätte sünnitusabi andmise, kiskudes selle ära nurgataguste ämmamooride käest, sest ainult hästi väljaõpetatud ämmaemandad võivad tagada aseptilist sünnitusabi.

1935. aastal tehti suur samm sünnitusabi organiseerimise parandamiseks kolhoosides XVI ülevenemaalise nõukogude kokkutuleku ja II üleliidulise kolhoosnikute-lööktööliste kokkutuleku otsuste põhjal. Peale lastenõuandlate võrgu laiendamise rasedate jaoks, sünnitusvoodite arvu suurendamise jaoskonnahaiglais ja ämmaemandapunktide arvu suurendamise organiseeriti arstijaoskonna otsese kontrolli all tegutsevate kolhoosi-sünnitusmajade võrk, et maksimaalselt lähendada sünnitusabi kolhoosikülale.

Külas töötava meditsiinilise keskharidusega personaali ülesandeisse kuulub tähelepaneliku suhtumisega ja emade-kolhoosnikute eeskujuliku teenindamisega alal hoida seda suurt vaimustust, millega kolhooside massid võtsid vastu kolhooside sünnitusmajade organiseerimise idee.

Hästi korrastatud töö kolhoosi-sünnitusmajas, mis on varustatud kõige vajalikuga kvalifitseeritud sünnitusabi andmiseks, etendas tähtsat osa sünnitusabi paremaks muutmisel kolhoosides ja haigestumuse ning emade suremuse vähendamisel.

Peale muu on septiliste haigestuste vältimisel oluliseks teguriks ka võitlus kriminaalabortide vastu. Tuhandeid naisi on päästetud surmast sellega, et nad on vabanenud nurgataguste ämmamooride „teeneist", kes tegid aborte pahatihti kõige barbaarsemal viisil.

Sanitaarselgitustöö tegemisel kuulub nüüdisaegse ämmaemanda ülesannete hulka maal tingimata ka nurgataguste abortide kahjulikkuse selgitamine.

Majandusliku surutuse ajastul tõi nõukogude võim nurgataguste abortide vastu võitlemise eesmärgil abordid välja põranda alt, legaliseeris ajutise abinõuna abortide tege-

mise vastavais haiglatingimustes, mis mõistagi oli erakorralise tähtsusega samm sepsise vältimiseks ja suremuse vähendamiseks. Keegi ei ole kunagi eitanud, et ka haiglas tehtud abort on naise tervisele kahjulik, kuid kahest pahest tuli valida väiksem, sest väljaspool haiglatingimusi tehtud abort on eriti kahjulik ja kindlasti eluohtlik.

Sotsialismi otsustavad võidud meie maal, põhjustades perekonna materiaalse olukorra paranemist, ja meie naise kultuursuse tõus olid aluseks Nõukogude valitsusele, et esitada töötajatele otsustamiseks abordikeelu dekreedi projekti. 1936. a. 27. juuni dekreet, mis keelab abortide tegemise (välja arvatud juhud, kus see on vajalik meditsiiniliste näidustuste põhjal), ja lõpuks Ülemnõukogu Presiidiumi määrus 8. juulist 1944. a. rasedaile, lasterikastele ja üksikemadele riikliku abi suurendamisest, lapse- ja emakaitse tugevdamisest, „ema-kangelase" aunimetuse kehtestamisest ja ordeni „Ema-au" ning medali „Emamedal" loomisest on uueks selgeks tõendiks, kuivõrd suurejooneliselt hoolitsevad bolševike partei ja Nõukogude valitsus meie rahva, laste ja emade eest.

Tuberkuloos.

Koch'i batsilli poolt põhjustatud naiste suguelundite tuberkuloossed haigestused ei ole enamikul juhtudest esmased haigestused, vaid teisesed, üldtuberkuloosi paiklikud avaldused. Suguorganite tuberkuloosset haigestust soodustavaiks momentideks on: eelnenud infektsioossed protsessid, menstruatsiooniga seotud naiste suguelundite muutused, rasedus, sünnitus, sünnitusjärgne periood ja suguaparaadi hüpoplaasia, mis põhjustab kudede eluenergia üldist nõrgenemist. Suguaparaadi üksikosadest haigestuvad kõige sagedamini Fallopio juhad, siis emakas ja munasari, kõige harvemini aga tupp ja häbe.

Suguelundite teisese kahjustuse puhul tuberkuloosse üldhaigestuse olemasolu korral võib protsess vahetult üle minna kahjustatud kõhukelmelt või soolestikult Fallopio juhadele; peale selle võib see levida ka hematogeensel teel (vere kaudu) ja lümfiteede kaudu.

Tuberkuloosse infektsiooni levimise peamiseks teeks loetakse hematogeenset teed. Esmase koldena esineb harilikult kopsude, bronhiaal- ja keskmete mahlasõlmede, luude ja mandlite tuberkuloosne kahjustus. Kõbrukese lagunemisel koos veresoonte seinte hävimisega satuvad tuberkuloosikepikesed vere üldringesse ja kantakse teistesse elunditesse.

Tuberkuloosse infektsiooni levimine lümfiteede kaudu on võimalik soolestiku esmastest haavandilistest kolletest, mis esinevad pimesoole ja S-soole piirkonnas (*flexura sigmoidea*).

Suguelundite esmast kahjustust põhjustab väljastpoolt sissetunginud tuberkuloosikepike, mis levib ülenevas suunas sügavamale, kõrgemal asetsevaile suguelundite osadele. Suguelundite esmast tuberkuloosi esineb väga harva, vaatamata rohkeile võimalustele nakkusetekitajate sisseviimiseks sõrmedega ja instrumentidega järelevaatusel, loputamisel, käsnadega, pesuga ja lõpuks sugulisel läbikäimisel.

Sugulisel läbikäimisel on nakatumine võimalik, sest munandite tuberkuloosi põdevate meeste seeme sisaldab mõnikord tuberkuloosibatsille; peale selle tuleb mõelda võimalusele, et sugutit niisutatakse mõnikord tuberkuloosikepikesi sisaldava süljega. Kuigi nakatumine on võimalik nii ühel kui ka teisel juhul, esineb seda aga nähtavasti harva.

Harukordseil juhtudel esinev välissuguosade tuberkuloosne kahjustus avaldub väikeste haavandite kujul, mille põhi on kaetud õrna valkjaskollase katuga ja haavandunud äärtega, milledel on sõlmekesed. Kubeme mahlanäärmed on

seejuures suurenenud, kuid komplemisel pehmed ja edasisel pehmenemisel sisaldavad juustundilist kärbust.

Tupe tuberkuloos avaldub tugevasti uuristatud äärtega pindmise haavandina ja on vajutamisel väga valulik. Sellise haavandi ümber on alati näha väikesi hirsjaid sõlmekesi.

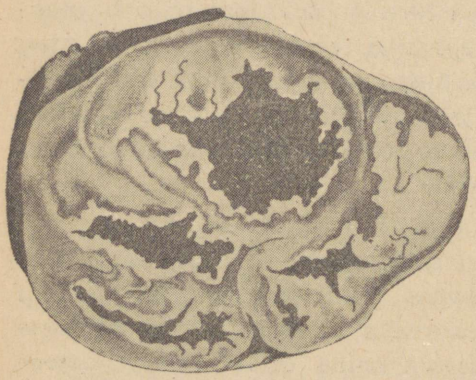
Emakakaela tupeosa tuberkuloos areneb pindmise, ebakorrapärase kujuga ja teravalt piiristunud ning uuristatud äärtega haavandina, mille põhi on valkjaskollane; haavandi põhjas ja äärtel on näha väikesi hirsjaid köbrukesi. Haigestuse iseloomu määratlemiseks tuleb kasutada mikroskoobilist uurimist.

Väljast sissesattunud tuberkuloosikepike võib tungida suguaparaadi ülal asetsevaisse osadesse, liikudes edasi koos rändrakkudega või seemnega; peale selle on infektsiooni ülespoole liikumist soodustavaks momendiks verehüüvete ja kudede osakeste olemasolu (mida esineb kuupuhastuse ja sünnitusjärgse perioodi ajal), millede tõttu kaob normaalselt esinev piiristus emakaõõne ja tupe vahel.

Tuberkuloosikepike võib tungida ka Fallopio juhadesse munasarja kaudu ja kõhukelmesse mööda lümfiteid, mis kulgevad paravaginaalses ja emakat ümbritsevas rakustikus, kusjuures infektsiooni esmaseks lokalisatsioonipaigaks on tupe sügaval asetsevad osad.

Fallopio juhad on tuberkuloosist kõige sagedamini kahjustatud, kusjuures infektsioon võib neile kanduda otseselt haigestunud kõhukelmelt ja soolestikult või hematogeensel teel. Tuberkuloosse kahjustuse määratlemine ei ole kerge; eriti raske on eristada tuberkuloosset salpingiiti gonorröalisest. Sõlmjad paksendid, juhade väänilisus, kokkukasvamised ümbritsevate organitega ja temperatuuri ebapüsivus on omased nii ühele kui ka teisele haigestusele.

Munasarjade tuberkuloosne kahjustus esineb munasarja pinnal laialipaisatud hirsjate sõlmede näol ilma munasarja enda muutuseta; mõnikord aga kahjustuvad ka munasarja parenhüüm, selle follikulaaraparaat ja kollaskeha. Munasarja pindmisel kahjustusel piirdub protsess pealmiste kihtidega; parenhüümi kahjustusel tungib tuberkuloosne infektsioon lümfi- või vereteede kaudu munasarja, kusjuures tekivad hulgalised tuberkuloossed kolded, kus tekib juustundiline mädane kärbus. Kolded liituvad ja tekib munasarja mädakasvaja, mis mõnikord on kaunis suur (joon. 74).



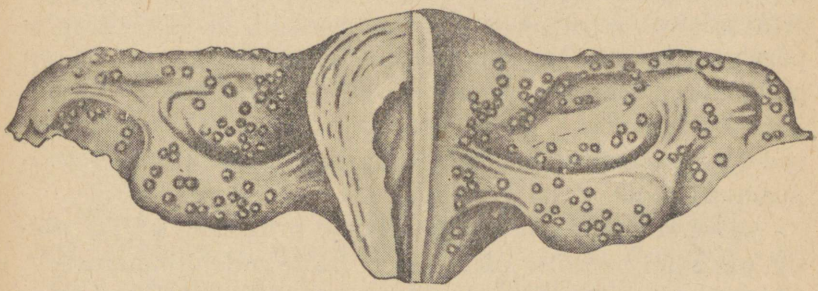
Joon. 74. Munasarja tuberkuloos.

Emaka limanahale tungib tuberkuloosne infektsioon lümfiteede kaudu kahjustatud juhadest või hematogeensel teel kaugemal asetsevaist koldeist. Limanaha tuberkuloosse kahjustuse (tuberkuloosne endometriit) algstaadiumis ilmnevad üksikud isoleeritud köbrukesed, kusjuures menstruaalne funktsioon harilikult ei muutu. Raskeil juhtudel võib tuberkuloosne protsess tungida lihaskesta; seejuures emakaõõs paisub juustundilise mädase kärbuse tagajärjel kogunevast massist ja sisesuudme obliteratsiooni puhul tekib püomeetra. Tuberkuloosne kärbuse mass võib emakast eritumisel infitseerida allolevaid osi, põhjustades tservikaalkanali limanaha, emakakaela tupeosa ja tupe haavandumisi.

Emaka tupeosa tuberkuloosi esineb harva isoleeri-

tult; harilikult kombineerub see emakakeha tuberkuloosse kahjustusega.

K õ h u k e l m e tuberkuloos esineb ekssudatiivsel kujul, millega kaasub astsiit, ja kuivas, liidete vormis (adhesiivne vorm). E k s s u d a t i i v s e vormi puhul on parietaalne ja vistseraalne kõhukelme kogu ulatuses üle külvatud köbrukestega (joon. 75). Kõht on tunduvalt suurenenud, mis sõltub mõnikord helbeid sisaldava seroosse, mõnikord verise vedeliku kogunemisest kõhuõõnde. Kahjustatud rasvik, lii-



Joon. 75. Kõhukelme tuberkuloos.

tudes sooltega, muutub konarlikuks kasvajaks, mida on mõnikord võimalik kombelda läbi kõhuseina. Tuberkuloosse peritoniidi k u i v a vormi puhul kattuvad kõhukelme ja soolte pind põletikulise fibrinoosse ekssudaadiga, mis põhjustab liitumisi ja kokkukasvamisi ning mille tulemuseks on liitunud soolte konglomeraadid. Soolesilmuste vahel võivad tekkida astsiidivedelikuga või kaseoossete massidega täidetud paunastunud õõned. Tuberkuloosse peritoniidi kuiva vormi puhul on kõht sisse vajunud ja veidi valulik. Haigestus kulgeb mõõduka temperatuuriga ja progressiivse kõhnumise nähtudega.

Välissuguelundite tuberkuloosse kahjustuse d i a g n o o s määratakse esinevate muutuste alusel (haavandid, köbru-

kesed), mis erinevad oma iseloomuliku välimuse poolest. Sisesuguelundite tuberkuloosse kahjustuse olemasolu on raske diagnoosida, sest selle sümptoomid kas puuduvad või on ebamäärased. Emaka, munajuhade ja munasarjade järelevaatusel avastatud muutused erinevad vähe gonorröalistest ja septilistest haigestustest. Teatavaks erinevuseks võib pidada kahjustatud elundite võrdlemisi väikest tundlikkust. Tuberkuloosse kahjustuse iseloomustavaks iseärasuseks on vaagna ja ülal asetseva kõhukelme laialdane osavõtt protsessist. Tuberkuloosse peritoniidi haiguskulg erineb selle poolest, et see areneb täheldamatult, alaägedalt, temperatuuri normaalse või vähese tõusuga; haigus ise on pikaldane. Imendusravi rakendamisel täheldatakse mõnikord halvenemist. Haige üldseisund ja avastatud muutused kopsudes, pleuras, näärmeis ja muudes elundeis soodustavad õiget diagnoosi.

Naise suguelundite tuberkuloosse protsessi kulg sõltub protsessi levimise ulatusest ja haige üldelutingimustest. Suguelundite tuberkuloosi rasked vormid on mõnikord ravitavad, jättes pärast möödumist järele ainult liiteid, mis on alatiste valude ja düsmenorröaliste nähtude põhjuseks.

Endomeetriumi sügava ja ulatusliku tuberkuloosse hävimise puhul võib tekkida amenorröa, mõningail juhtudel aga võib aset leida ka emakaõõne obliteratsioon. Munajuhade kahjustuse ja munasarjade tegevushäirete sagedaima esinemise tõttu täheldatakse enamikul juhtudest sigimatust. Prognoos tuberkuloosse peritoniidi puhul sõltub organismi üldseisundist ja muude elundite kahjustuse astmest; progresseeriva tuberkuloosi puhul on prognoos väga tõsine.

Suguelundite tuberkuloosse kahjustuse ravi on kõigepealt suunatud üldisele organismi tugevdavale ravile (viibimine värskes õhus, rahu, hea toitumine, kvarts). Paiklik ravi ei erine millegagi muu päritoluga ägedate protsesside

ravist: määratakse jääd, rahu, narkootilisi vahendeid jne. Manuste suurte kasvajate olemasolu korral on näidustatud operatiivne ravi. Juhul, kui on olemas suured kokkukasvamised vaagna kõhukelmega ja muude elunditega, on näidustatud röntgenravi. Tuberkuloosse ekssudatiivse peritoniidi puhul soodustab operatiivne vahelesegamine sageli tervistumist. Operatiivse vahelesegamise head tulemused on seletatavad paiklike reaktiivsete protsesside suurenemisega, mis tekivad tuberkuloosist kahjustatud kõhukelme operatsiooni puhul hüpereemia tagajärjel. Liiteid tekitava vormi puhul on operatiivne vahelesegamine vastunäidustatud; kasutatakse tugevdavat üldravi.

Naise suguelundite parasiidid.

Naise suguelundeis esinevaist parasiitidest tuleb mainida *Trichomonas vaginalis*'t (lihtsaimad loomakesed viburiliste perekonnast) ja maatussi (naaskelsaba).

Trichomonas vaginalis esineb tupe sekreedis kaunis sageli ja põhjustab eriliiki kolpiiti, millele on iseloomustav sageli vahutava välimusega rohke mädane eritis. Järelevaatusel avastatakse, et tupe limanahk on tugevasti hüpereemiline, veritseb hõlpsasti, tupe sissekäik on ärritatud, valulik. Haiged täheldavad sageli kihelemist ja kipitust tupes. *Trichomonas vaginalis* satub tuppe pärasoolest, kuseteedest või veest (loputused, kümblused). Nende avastamiseks sekreedis võetakse tupest plaatina-aasaga eritist ja pannakse füsioloogilise lahuse tilgasse (temperatuuriga 35—37°); tilk kaetakse katteklaasiga ja vaadeldakse mikroskoobi all. Selle parasiidi välimus on kujutatud skemaatiliselt joonisel 76.

Trichomonas vaginalis't võib avastada ka kusitis, emakakaelas ja koguni Bartholin'i näärmete käikudes.

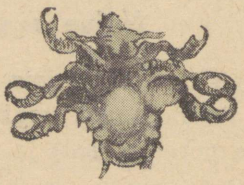
Ravi seisab desinfitseerivate loputuste määramises (1 teelusikatäis piimhapet 4 klaasi vee kohta) ja biolaktiini või bulgaaria kepikese kultuuri valamises tuppe. Häid tulemusi annab asarsool, mida puistatakse tupe limanahale peene pulbrina.

S a t i k a d. Satikateks nimetatakse häbemekarvade parasiite. Välimuselt meenutavad nad veidi krabi (joon. 77).

Kandumine ühelt inimeselt teisele toimub kõige sagedamini sugulisel läbikäimisel, kuid nakatus võib edasi kan-



Joon. 76. *Trichomonas vaginalis* (skemaatiline joonis).



Joon. 77. Satikas (mikroskoobi all).

duda ka voodipesu kaudu. On võimalik satikate siirdumine häbemekingult teistele karvadega kaetud kohtadele (kulmud, kaenlaaugud).

Satikate olemasolu ei tekita mõnikord mingisuguseid sümptoome, tihti aga põhjustavad nad tugevat sügelemist.

Ravimine seisab häbemekingu pesemises esmalt sooja vee ja rohelise seebiga ning siis 0,1%-lise sublimaadilahusega.

Hästi mõjub valge elavhõbepretsipitaadi või peruu palsami salv järgmise eeskirja kohaselt:

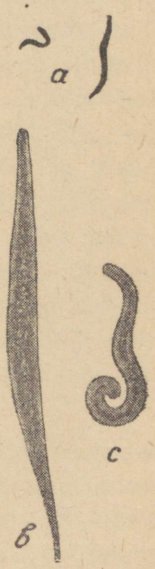
1. Rp. *Ung. hydrargyri albi* 10% 30,0
   DS. Salv.
2. Rp. *Balsami peruviani* 15,0
   Spiritus aetherei ad 50,0
   MDS. Sissehõõrumiseks.

Elavhõbesalvide (niinimetatud „politaani") rakendamine, kuigi see hävitab kiiresti satikad, põhjustab sageli dermatiite (nahapõletikke), mis juba iseenesest annavad haiguslikke sümptoome ja nõuavad mõnikord kestvat ravimist.

Maatussid.

Maatuss (naaskelsaba) (joon. 78) kuulub ümarusside klassi ja on soolteparasiit, kuid teatud tingimustel võib tungida suguelundeisse. Ta kandub soolestikku maatussi mune sisaldava toiduga ja elab peamiselt jämesooles. Sagedamini esineb ta lastel. Et emased maatussid roomavad pärasoolest välja ja munevad päraku ümbrusse, siis võivad nad hõlpsasti sattuda esmalt välissuguelundeile ja sealt oma liikuvuse tõttu tuppe, emakasse, munajuhadesse ja koguni väikese vaagna piirkonda.

Maatussid ei põhjusta tavaliselt raskeid häireid, kuid tekitavad tugevat kihelemist suguelundeis. Olles mõningail juhtudel onanismi põhjustajaks, tekitavad nad välissuguelundite ja ka tupe ärritust, mõnikord ka põletikku. Nende olemasolu on kerge diagnoosida ja määratletakse kas maatussi või tema munade avastamisega tupes ja soolestikus.



Joon. 78. Maatuss. *a* — loomulik suurus; *b* — emane; *c* — isane.

R a v i s e i s a b välissuguosade pesemises ja desinfitseerivate loputuste määramises. Samaaegselt on vajalik vastav ravi, mis on suunatud maatusside kõrvaldamisele soolestikust: määratakse santoniini, naftaliini ja lahtisteid (riitsinusõli).

Parasitaarsete haigestuste p r o f ü l a k t i k a peab seisma suguosade piinlikus puhtuses hoidmises ja korralikus hooldamises.

IV peatükk.

SIGIMATUS.

Sigimatuse all mõistetakse küpse organismi võimetust toota järelpõlve. Et keskmiselt umbes 10% abielusid on viljatud, siis ei ole sugugi harukordseks nähtuseks naiste abiotsimine lastetuse tõttu. Viljatu abielu süüdlaseks võib olla nii mees kui ka naine, kuid nagu statistilised andmed näitavad, on selleks sagedamini esimene. Nimelt ühel kolmandikul sigimatuse juhtudest ei ole mees suuteline viljastama, kõige sagedamini läbipõetud gonorröa ja sugunäärmete kahjustuse tõttu. Teisel kolmandikul juhtudest on mees viljatuse kaudseks süüdlaseks, s. t. olles pärast läbipõetud gonorröad viljastusvõimeline, nakatab ta oma naise ja muudab ta ühtede või teiste suguelundite kahjustuse tõttu eostusvõimetuks. Umbkaudselt ainult ühel kolmandikul juhtudest on sigimatuse põhjus seotud otseselt naisega.

Sellest võib järeldada, kuivõrd ekslik on elanikkonnas juurdunud arvamus, et sigimatuse põhjuseks on alati naine, kui mees on suuteline suguliseks läbikäimiseks. Seetõttu ei tarvitse segada võimet toimetada suguakti võimega saada lapsi. Mehel võib olla seemne patoloogiline seisund, mis seisab kas seemneniidikeste täielikus puudumises — azoospermias, nende vähesuses ja puudulikus liikumises — oligospermias — või täielikus

liikumise puudumises — nekrospermias — ja lõpuks — suguühte ajal ei teki üldse seemnepurset (aspermia).

Äsjatoodust järeldub veel teine praktiline reegel, mis seisab selles, et enne, kui otsida põhjust naiselt, veel enam — enne kui ravida naise sigimatust, on vaja hoolikalt uurida meest, ja kui temal ei leidu põhjusi, siis alles otsida neid naiselt.

Eristatakse esmast sigimatust, s. t. sellist, kus ühel või teisel põhjusel rasedus üldse ei teki, ja teisest, kui eostus ei teki teatava aja kestel (keskmiselt 3—5 aastat) pärast varem olnud rasedust.

Naise sigimatuse põhjused võivad olla üldised ja paiklikud.

Üldiste hulka kuuluvad:

1) konstitutsiooni ja arenemise anomaaliad;

2) naise vanus (liiga noor — kuni 18 aastat, eatanud — pärast 45 aastat);

3) mitmesugused kurnavad haigused (tuberkuloos, kloroos, süüfilis);

4) nälgus ja eriti rasvade puudumine toidus;

5) närvi- ja vaimuhaigused.

Välissuguelundeist sõltuvad sigimatuse paiklikud põhjused võivad olla:

1) vaginism kui takistus normaalseks suguaktiks;

2) lahkliha rebendid ja tupeseinte allavajumine, kui need on ulatuslikud, nii et sperma ei peatu tupes;

3) tupe haigestused, millega kaasuvad seemneniitide eluvõimelisusele ebasoodsalt mõjuvad patoloogilised eritised (valgevoolus);

4) välissuguosade ja tupe kasvajad, kui need moodustavad mehaanilise takistuse seemne sissesattumiseks;

5) nii kuse-suguteede kui ka roojauurised;

6) neitsinaha kinnikasvamine ja tupe aplaasia.

Emakast sõltuvad:

1) emakakaela katarri puhul eritiste ebasoodne mõju spermatozoididele;

2) pikk koonusetaoline emakakael, samuti tservikaalkanali kinnikasvamine;

3) emaka väärasendid;

4) emaka kasvajad, eriti limanahaalused müoomid;

5) emaka põletikulised haigestused (endometriidid, metriidid).

Munajuhadest sõltuvad:

1) kõik põletikulised protsessid, mis põhjustavad nende läbitamatust; juhade kinnikasvamise sagedaimaks põhjuseks on gonorröaline infektsioon.

Munasarjadest sõltuvad:

1) follikulaaraparaadi hävimine ägedate infektsioonide (sarlakite, koolera jt.) tagajärjel;

2) põletikulised protsessid, mis põhjustavad püsivaid muuteid (väikesetsüstiline väärastus);

3) munasarja kasvajad, ainult siis, kui on kahjustatud munasarja kogu kude, mis esineb peamiselt vähktõve tekitatud kahjustusel.

Muude endokriinsete näärmete (hüpofüüsi, kilpnäärme) haigestused võivad olla kas otseseks sigimatuse põhjuseks või nad tekitavad alaarengu mitmekesiseid liike üldiselt, eriti aga sugunäärmeis. Näiteks kilpnäärme haigestus (Basedow' tõbi) võib tekitada munasarja koe atroofiat ja selle tagajärjena sigimatust.

Erilist huvi pakuvad sigimatuse juhud, mis tekivad pärast joodi süstimisi. Nende osatähtsus sigimatuses võib olla kahesugune, nimelt kas sigimatus on põhjustatud sellest, et jood halvab munasarjade funktsiooni ja põhjus-

tab kestval tarvitamisel peale selle veel emaka limanaha atroofiat, või selliste süstimiste tagajärjel põhjustab jood kui tugev keemiline ärritusvahend munajuhade epiteeli irdumist ning sellele järgnevat juhade kinnikasvamist. Peale loetletud põhjuste võib sigimatus olla tekitatud röntgenikiirtega kiiritamisel, mille tagajärjel munasarjade funktsioon lakkab ja munarakud hävivad.

Kõigest ülalöeldust selgub, et sigimatus ei ole mingisugune kindlakujuline iseseisev haigestus, vaid ainult naise suguorganite terve rea haigestuste sümptoom.

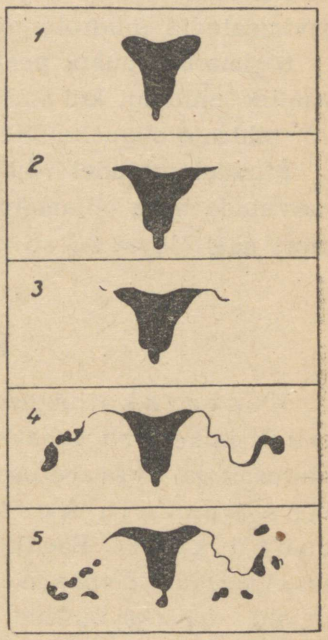
Rahva seas on kaunis laialt levinud arvamus, et hiline orgasmi tekkimine naisel või selle täielik ärajäämine võib olla sigimatuse põhjuseks. Tõenäoliselt puudub sellel arvamusel alus, sest rasedust täheldatakse ka ilma mainitud tingimuseta (näiteks rasestumine vägistamisel, narkoosi all, kunstlik rasestamine).

Järelikult seisab sigimatuse põhjuse määratlemine selle haigestuse diagnoosi kindlakstegemises, mille sümptoomiks sigimatus on. Sama tuleb tähendada ka ravimise kohta, mis peab olema suunatud sigimatust põhjustava põhihaiguse kõrvaldamisele vastavais peatükkides toodud nõuete kohaselt.

On vaja ainult peatuda munajuhade läbitamatusest sõltuva sigimatuse äratundmisel ja ravimisel, sest praksises kohtame seda kaunis sageli.

Selleks otstarbeks kasutatakse munajuhade läbipuhumise meetodit. Eriliste emakaõõnde viidud emakaotsakute abil pumbatakse emakaõõnde hariliku kahesajagrammise süstlaga õhku, mis voolab juhade kaudu kõhuõõne suunas, kuna tagasitulek on tõkestatud. Õhu sissevool peegeldub süsteemi lülitatud metall- või elavhõbemanomeetril, kuna õhu liikumist juhas võib kuulatleda fonendoskoobi abil, mis asetatakse kõhuseinale Poupart'i sideme siseääre kohale.

Munajuhade läbitamatuse diagnostika teiseks menetluseks on röntgenograafia, mis seisab selles, et pärast mitmesuguste röntgenikiiri kinnipidavate ainete (broomipreparaadid, lipjodool) süstimist emakaõõnde tehakse vaagnaelundeist röntgenülesvõte. Sõltuvalt juhade läbitavusest või läbitamatusest on röntgenogrammid mitmesugused. Kui juhad on läbitavad, siis täidab vedelik ka nende valendikku, mida on näha ülesvõttel musta kontuurina; kui aga juhad ei ole läbitavad, siis on ülesvõttel näha nende valendikku kuni läbitamatuse kohani. Üeldu on kujutatud skemaatiliselt joonisel 79.



Joon. 79. Röntgenogrammid munajuhade läbitamatuse puhul. *1* — juhade täielik läbitamatus; *2, 3* — juhade kinnikasvamine *pars isthmica*'s; *4* — juha ampullaarse otsa kinnikasvamine; *5* — juhad on läbitavad.

Mis puutub sigimatuse ravimisse, siis on kõigepealt vaja uurida mehe spermat [1] veendumiseks, et see ei ole sigimatuse põhjuseks. Juhade läbitamatuse ravimine võib olla ka operatiivne, kui konservatiivsed ravimeetodid mudaravi näol ei anna tulemusi. Operatsioon seisab juha läbitamatute osade väljalõikamises ja juhade istutamises emakasse; juhul, kui

[1] Spermat saadakse suguühtel kondoomi kasutades ja see saadetakse laboratooriumi.

läbitamatus sõltub juhade abdominaalotsa kinnikasvamisest, lõigatakse juha suletud ots lahti ja selle ääred õmmeldakse niiviisi, et nad uuesti ei liituks.

Kõigil alaarengu ja puudulike funktsioonide juhtudel on näidustatud üldine tugevdav ravimine, ka füüsikalised ravimeetodid (hüdroteraapia), võimlemine ja sport.

Sigimatuse puhul peab ennustamises alati olema ettevaatlik, muidugi kui sigimatus ei ole sõltuv väärarendeist või tähtsate suguelundite (emaka, tupe) puudumisest.

Muudel juhtudel võib ühte või teist laadi ravimisega saavutada üsna ootamatuid tulemusi ka seal, kus rasestumine näis olevat täiesti mõeldamatu.

Kasvajad.

K a s v a j a k s (uudismoodustiseks) nimetatakse lakkamatult ja kestvalt vohavat kude, mis erineb lähtekoest oma ehituselt ja ainevahetusprotsesside omapärasuselt. T õ e l i n e k a s v a j a k o o s n e b a l a t i u u d i s m o o d u s t u n u d k o e s t. Seetõttu on e b a õ i g e nimetada kasvajaks igasuguseid vohandeid, mis oma kujult meenutavad kasvajaid, näiteks kudede ja elundite põletikulisi paistetusi, nende hüpertroofiaid, hormonaalsel mõjustusel tekkinud proliferatsioone, infektsioosseid granuloome (tuberkuloosi, süüfilise puhul) jms.

Peale selle peab mainima, et kasvaja arenemisega alati ei kaasu vastava elundi või koe suurenemine. Mõnikord hävitab kasvaja oma kasvuprotsessiga ühe või teise elundi põhikoe ja põhjustab selle mõõdete vähenemist. Tähelda takse h a a v a n d i k u j u l i s e l t arenevaid kasvajaid, mis eriti sageli esinevad naiste suguelundite (emaka, tupe, häbeme) kasvajate puhul.

Enne kui asuda naiste suguelundite kasvajate käsitlemisele, peatume niinimetatud retentsioonitsüstide kirjeldamisel, mida juurdunud traditsiooni kohaselt seoses nende kujuga nimetatakse kasvajaiks. Nüüdisaegse mõiste kohaselt ei kuulu need tõeliste kasvajate hulka.

V peatükk.

NAISE SUGUELUNDITE KASVAJAD.

Retentsioonitsüstid.

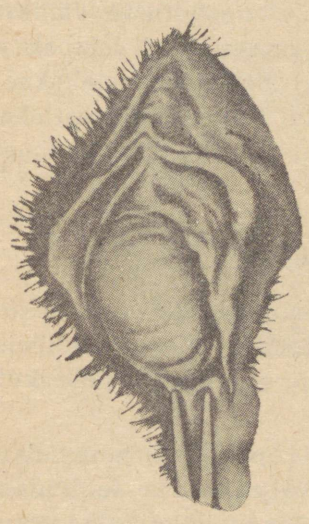
Retentsioonitsüstid (peetustsüstid) esinevad naise suguelundite kõikides osades. Nagu ütleb nimetus (*retentio* — peetus), tekivad need ühtede või teiste näärmete sekreetide peetusest või patoloogiliste produktide (ekssudaadi, transsudaadi, vedela vere) kogunemisest kinnistes õõntes. Retentsioonitsüstide tekkepõhjuseks on kõige sagedamini infektsioon, mis põhjustab näärmete viimajuhade topistust ja põletikulisi muutusi moodustunud õõnte seintes. Retentsioonitsüstid kasvavad harilikult aeglaselt ja võrdlemisi harva arenevad suuremõõteliseks.

Välissuguelundite tsüstid.

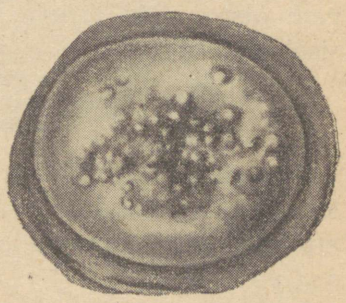
Välissuguelundite retentsioonitsüstid arenevad kõige sagedamini suurtes häbememokkades ja nende arenemisallikaks on tavaliselt Bartholin'i näärmed. Nende tekkemehhanism on järgmine. Näärme viimajuhasse sattuv infektsioon põhjustab selle välisava topistust. Et käsitletava kahjustuse sagedaimaks tekitajaks on gonokokk, mille levimine piirdub ainult näärme viimajuhaga, parenhüüm aga ei võta protsessist osa, siis välisava topistuse tõttu

venitab mädane sisaldis viimajuha välja. Edasiselt võib moodustuda kas niinimetatud ebaabstsess või retentsioonitsüst. Järelikult võivad Bartholin'i näärmete tsüstid sisaldada nii mäda kui ka seroosset vedelikku.

Kui ei esine ägedaid põletikulisi muutusi, siis ei tekita sellised tsüstid harilikult mingisuguseid sümptoome, välja arvatud vähene takistus sugulisel läbikäimisel (kui tsüstid on võrdlemisi suuremõõtelised).



Joon. 80. Tupe retentsioonitsüst.



Joon. 81. *Ovula Nabothi.*

R a v i on operatiivne, mis seisab tsüsti väljalõikamises ja defekti kinniõmblemises.

Tupe ja emakakaela tsüstid.

T u p e retentsioonitsüstid (joon. 80) arenevad kas tupe limanahas harva esinevaist näärmeist või embrüonaal- (Gartner'i) käikude jädemeist; nende tekkeallikaiks võivad olla ka mahlasoonte laiendid ja koesisesed verevalumid.

Tupe tsüstid esinevad võrdlemisi harva, asetsevad harilikult eesmisel või külgmisel seinal ja tupe järelevaatusel on nad hõlpsasti avastatavad. Harilikult ei tekita nad mingisuguseid sümptoome ja harva ületavad kanamuna suuruse. Ravi on operatiivne — tsüsti väljalõikamine.

Emakakaela tupeosa näärmed on samuti sageli retentsioonitsüstide tekkeallikaks; need tsüstid omavad erinimetust — *ovula Nabothi* (joon. 81). Sõrmega järelekatsumisel tunduvad need hirsiterasuuruste väikeste mügaratena, peegliga vaatlemisel aga näivad läbipaistva sisaldisega täidetud põiekestena. Selliseid emakakaela läbistavaid tsüste on harilikult mitu. Kui selline tsüst skalpelli otsaga läbi torgata, siis eritub sealt klaasjas-limast sisaldist.

Munasarjade tsüstid.

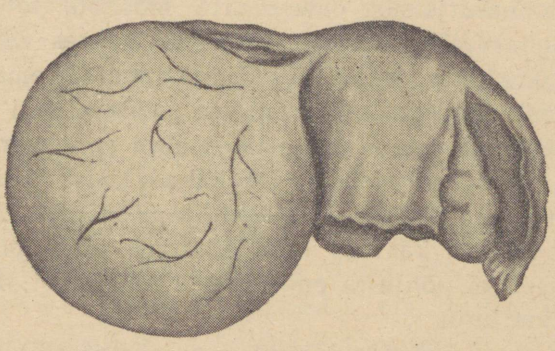
Retentsioonitsüstide arenemine munasarjas võib tekkida kas Graaf'i põiekestest või kollaskehast. Nende tekkimise etioloogiliseks momendiks on kõige sagedamini põletikulised protsessid.

Nagu teada, sugukküps Graaf'i põieke normaalseis tingimustes lõhkeb ja koos sealt väljavoolava follikulaarvedelikuga satub küps muna kõhuõõnde. Põletikuliste protsesside mõjustusel tekivad mitmesugused muutused munasarja stroomas (koes), mis seisavad hüpereemias koos sidekoe arenemisega ja selle edasises skleroosis. Sel puhul pole küps Graaf'i põieke suuteline ületama ümbritseva koe vastupanu ja õigeaegselt avanema. Temas leiduv munarakk ja sõmerkihi rakud hävivad, Graaf'i põieke aga muutub väikeseks retentsioonitsüstiks. Edaspidi võib kogu munasari sellistest tsüstidest läbistatud olla, mida nimetatakse munasarja väikesetsüstiliseks väärastuseks, või Graaf'i põiekesest tekkinud ainus tsüst suureneb vedeliku transsudatsi-

ooni tõttu ümbritsevaist soontest tema õõnde ja see muutub ühekambriliseks retentsioonitsüstiks. Sellised tsüstid on harilikult suuremõõtelised.

Retentsioonitsüsti teiseks tekkeallikaks munasarjas on kollaskehad. Need tsüstid sarnanevad oma mahult eelnevatega ja samuti nagu äsjakirjeldatudki omavad ühte vedelikuga täidetud õõnt (kambrit).

Üksikasjalisemal vaatlemisel ning uurimisel selgub järgmine erinevus Graaf'i folliikuli tsüstide ja kollaskeha-



Joon. 82. Munasarja retentsioonitsüst.

tsüstide vahel: esimestel on tsüsti sisesein sile ja kaetud ühekihilise epiteeliga (silinder-, kuup- või lame-epiteeliga), nende sisaldis on läbipaistev, värvusetu vedelik; kollaskehatsüstide välissein on selgelt kurruline, seestpoolt on see aga kaetud iseloomustavate luteiinrakkudega.

Kui munasarja folliikulitsüstiga tekib samaaegselt retentsioonitsüst munajuhas (hüdrosalpinks), siis võivad nende seinad läheda kokkupuutumise ja vastastikuse rõhumise tõttu atrofeeruda ja mõlemad tsüstid moodustavad ühinedes ühe niinimetatud tuubo-ovariaalse tsüsti.

Munasarjatsüstid tunduvad kombineeritud järelevaatusel liikuvate kerakujuliste kasvajatena (joon. 82), mis asetsevad väikeses vaagnas või ulatuvad suurde vaagnasse

juhul, kui nad on suuremõõtelised ning väga liikuvad. Sellise tsüsti liikuvus võib olla piiratud, kui ta kasvab sidemesiseselt (emaka laisidemes). On vajalik silmas pidada, et kui munasarjakasvaja asetseb väikeses vaagnas, siis võib teda hõlpsasti ära segada munasarja kroonilise põletikuga. Seda aitab selgitada asjaolu, et krooniliselt põletikuline munasari on järelekatsumisel tavaliselt teravalt valutundlik, väheliikuv liidete tõttu ümbritsevate kudedega ja harva ploomist suurem.

Kui munasarjatsüst oma suurte mõõdete tõttu väikesest vaagnast välja ulatub, asetsedes suures vaagnas või koguni kõhuõõnes, siis võib seda ära vahetada emakakasvajatega (müoomidega) või astsiidiga ja üsna tihti ka täitunud kusepõiega, mis seetõttu tuleb alati enne uurimist tühjendada. Munasarjatsüste emakakasvajaist eristavateks tunnusteks on: 1) kasvaja elastne konsistents; 2) ühtlane ja sile pind; 3) kasvaja vaba liikuvus igale poole, mis samaaegselt ei põhjusta emakakaela nihkumist; 4) kasvaja kerataoline kuju.

Mis puutub tsüstide kliinilistesse sümptoomidesse, siis tuleb kõigepealt tähendada, et sageli ei tekita nad absoluutselt mitte mingisuguseid subjektiivseid tunnuseid ja neid avastatakse juhuslikult günekoloogilisel järelekatsumisel.

Menstruaalne funktsioon säilib harilikult muutumatuna, kui ei ole kahjustatud kogu munasarja kude mõlemapoolselt. Kui tsüst asetseb sidemevaheliselt või kui on olemas liited ümbritsevate kudedega, siis see tekitab sümptoome, mis sunnivad haiget abi otsima. Sellised haiged tunnevad kõigepealt valu närvitüvede pitsumise tagajärjel, edasi ilmnevad naaberelundite, eriti aga kusepõie rõhumise nähud (kusemishäired), suurte veresoonte rõhumisest tingitud venoosne pais, veenide varikoossed laiendid ja lõpuks, kui tsüstid on suuremõõtelised, võivad nad põhjustada

toitumishäireid, kurtumust ja viimase tagajärjel menstruaalse funktsiooni rikkeid.

Munasarjade mitmesuguste kasvajatega, nende hulgas ka retentsioonitsüstidega kaasuvaid tüsistusi vaatleme allpool.

Hea- ja pahaloomulised kasvajad.

Kliinilise kulu järgi eristatakse kahte liiki kasvajaid: hea- ja pahaloomulisi.

Pahaloomuliste kasvajate tunnused:

1) võime ümbritsevatest kudedest läbi kasvada ja neid hävitada (kasvaja niinimetatud infiltreeriv, atüüpiline kasv);

2) anda metastaase ja retsidiive pärast kasvaja kõrvaldamist;

3) ebasoodsalt mõjustada haige üldseisundit ja toitumust organismile mürkainete produtseerimise tõttu.

Healoomulised kasvajad ei oma ülalloetletud tunnuseid ja on harilikult paikliku iseloomuga. Kuigi nad põhjustavad mõnesuguseid häireid, siis on see seletatav puhtmehaaniliste momentidega, nagu naaberelundite kudede ja veresoonte surumine ja nihkumine. Kuid ei tule unustada, et mõned healoomulised kasvajad võivad rängalt mõjustada organismi üldseisundit ja toitumust teiseselt kaasuvatel põhjustel, nagu näiteks kurtumus kestva verejooksu tõttu fibromüoomide puhul.

Healoomulised kasvajad võivad meile seni tundmata põhjustel muutuda pahaloomulisteks (maligniseeruda).

Munasarjakasvajad.

Munasarjakasvajad on naise suguelundite muude kasvajate seas nii oma mitmekesise ehituse kui ka kliinilise pildi ja kulu poolest peaaegu esikohal. Kui meenutada, et

munasarja ehitusest võtavad osa mitmesugused koed, siis on arusaadav, miks munasarjakasvajad võivad olla väga erineva päritoluga.

I. Epiteelkudekasvajad.

1. Healoomulised: a) näärmelised ja pseudomutsioossed tsüstadenoomid, b) näsalised ja seroossed tsüstadenoomid, c) granuloosirakulised kasvajad (follikuloomid).
2. Pahaloomulised: vähk (*carcinoma, cancer*).

II. Sidekudekasvajad.

1. Healoomulised: fibroomid.
2. Pahaloomulised: sarkoomid.

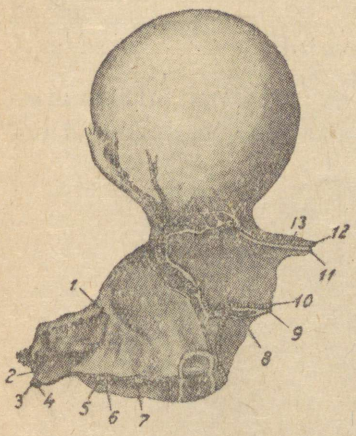
III. Embrüonaalkudekasvajad.

1. Healoomulised: dermoidid.
2. Pahaloomulised: teratoblastoomid.

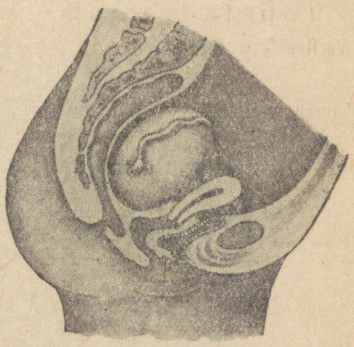
On olemas mitmesuguseid munasarjakasvajate tekkimise teooriaid, nagu üldse muudegi kasvajate suhtes, kuid nende tõeline tekkepõhjus (etioloogia) on tänaseni tundmatu. Kõik epiteelkudekasvajad arenevad oletatavasti kas lootelisest epiteelist või munasarja stroomas säilinud diferentseerumata rakkudest.

Munasarjakasvajate kasv sõltub kasvaja iseloomust. Näiteks healoomulised kasvajad (fibroomid, dermoidid) kasvavad aeglaselt ja harva arenevad suuremõõteliseks, kuna aga pahaloomulised (vähid ja sarkoomid) arenevad väga kiiresti, põhjustades surma, kui neid õigeaegselt ei kõrvaldata. Enamik munasarjakasvajaist omab mitmesuguses pikkuses säärt, mis koosneb munajuhast, munasarja sidemest ja munajuhalehtri-vaagna sidemeist. Kasvaja sääre topograafia on kujutatud joonisel 83.

Peale selliste liikuva sääre otsas asetsevate kasvajate võivad kasvajad areneda retentsioonitsüstidetaoliselt ka sidemesisesi laisideme lehtede vahel ja omavad vähest liikuvust või on täiesti liikumatud. Munasarja sellised sidemesisesed tsüstid, asetsedes emaka kõrval, suruvad seda hari-



Joon. 83. Munasarjakasvaja sääre topograafia. *1* — munasarja pärisside; *2* ja *13* — munajuhalehtri-vaagna side; *3* ja *22* — seemnearteer; *4* ja *11* — seemneveen; *5* ja *10* — emaka-arteer; *6* ja *9* — emakaveen; *7* ja *8* — kusejuha.



Joon. 84. Tagumises Douglas'e ruumis asetsev munasarjatsüst. Emakas on surutud häbemeliiduse poole.

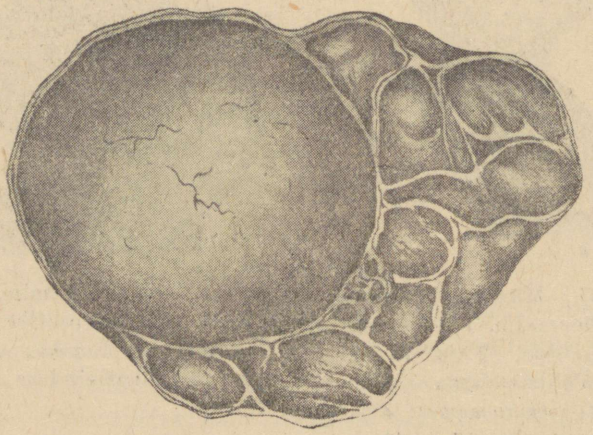
likult vastaspoole. On aga kasvaja liikuv ja asetseb emaka taga Douglas'e ruumis, siis nihkub emakas ettepoole häbemeliiduse suunas (joon. 84).

Mis puutub munasarjakasvajate kujusse ja suurusse, siis on need kaunis ebakindlad ja sõltuvad kasvaja ehitusest. Näiteks ühekambrilised tsüstid arenevad harva suuremõõteliseks ja vastupidi — kõik munasarja suured

ovariaaltsüstid on harilikult mitmekambrilised. Ühekambrilisi tsüste kombeldakse harilikult tihkelt-elastse konsistentsiga kerakujuliste kasvajatena, kuna mitmekambrilised tsüstid võivad omada erisugust konsistentsi ja üksikute kambrite ebaühtlasi väljasopistisi, mis samuti on määratletavad komplusega.

Epiteelkudekasvajad.

Tsüstadenoome jaotatakse tavaliselt näärmelisteks ja näsalisteks. Esimesed moodustuvad nii,



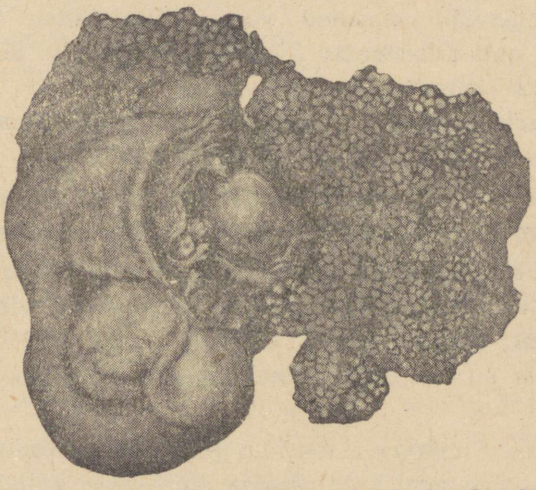
Joon. 85. Pseudomutsinoosne tsüst läbilõikes.

et nende epiteelist tekivad näärmetaolised väljasopistised, mistõttu kude koosneb üksikuist väikestest suletud, kärgi meenutavaist õõntest. Mõnikord need õõned liituvad ja tekivad suured kambrid, mis on täidetud limajas-veniva massiga (pseudomutsiiniga ehk valemutsiiniga), mida toodavad kasvaja epiteelirakud; seetõttu nimetatakse neid tsüstoome ka pseudomutsinoosseiks (joon. 85).

Tsüstadenoomi teistsugust teisendit kujutavad endast näsalised adenotsüstoomid, kus epiteeli vohamine toi-

mub õõnte sees, moodustades neis harulisi näsasid. Need tsüstoomid sisaldavad suuremal või vähemal määral heledat seroosset vedelikku ilma pseudomutsiinita, kuid vähese valgusisaldusega. Selle sisaldise tõttu nimetatakse neid ka seroosseiks tsüstoomideks.

Näärmelised ehk pseudomutsinoossed tsüstoomid muutuvad võrdlemisi harva vähkkasvajaiks (8—10%). Mõni-



Joon. 86. Näsaline tsüst. Näsalised epiteliaalsed vohandid, mis kasvasid kasvaja kapslist läbi.

kord need arenevad suuremõõteliseks, põhjustades haige organismi kurtumust.

Näsalised ehk seroossed tsüstoomid (joon. 86) arenevad harva suuremõõteliseks ja kasvavad sageli sidemevaheliselt (laisideme sees). Need on ohtlikumad näärmelistest, sest nende epiteel moodustab jõudsalt paljunedes tsüstiliste õõnte sisepinnal papilloomitaolisi vohandeid, mis mitte ainult ei täida kasvaja valendikku, vaid mõnikord kasvavad selle seinast läbi, haarates protsessi naaberelundeid. Nad muutuvad sageli vähkkasvajateks (kuni 30%). Näsali-

sed (papillaarsed) tsüstid on sageli mõlemapoolsed ja tihti kaasub nendega astsiit.

Munasarjavähk. Sõltuvalt tekkimisviisist jaotatakse munasarja vähkkasvajaid: 1) esmaseiks ja 2) teiseseiks (healoomuliste kasvajate muutumine vähilisteks).

Munasarjavähi sagedus moodustab 8—10% munasarjakasvajate üldarvust.

Munasarjavähi esmaseid vorme liigitatakse tavaliselt soliidseiks ehk difuusseiks (tihked kasvajad) ja adenokartsinoomideks (tsüstitaolised kasvajad).

Munasarja-vähktõve diagnoosimisel tuleb silmas pidada järgmisi pahaloomulisusele osutavaid tunnuseid.

1. Üldised tunnused: kõhnumine, üldine nõrkus, jalgade turse, veresoonte laienemine kõhu alumises osas.

2. Paiklikud tunnused: a) munasarjavähk on enamikul juhtudest mõlemapoolne; b) metastaaside olemasolu rasvikus, väikese vaagna kõhukelmel ja eriti Douglas'e ruumis, mis on hõlpsasti kombeldavad seesmisel järelekatsumisel.

3. Astsiidi olemasolu (eriti verise) sunnib küllaldase tõenäosusega kahtlustama munasarja pahaloomulist kasvajat, kuigi astsiidi puudumine seda ei eita.

4. Kasvaja liikumatust koos muude pahaloomulisuse tunnustega täheldatakse harilikult hooletusse jäetud juhtudel, kui kasvaja on läbi kasvanud ümbritsevaisse kudedesse ja elundeisse.

Lõpuks erakordselt suurt tähtsust omab kasvaja kasvamise iseloom: kasvaja kiire kasv on iseloomustav pahaloomulistele kasvajatele.

Vähi metastaasid munasarjas tekivad kõige sagedamini mao- ja rinnanäärmekasvajate metastaseerumisel. Munasarja metastaatiline vähk kasvab kiiresti ja kulgeb pahaloomulisemalt.

Mis puutub munasarja muudesse epiteelkudekasvajatesse — sõmerrakulistesse kasvajatesse ja adenoblastoomidesse, siis esinevad need äärmiselt harva.

Granuloosirakuliste kasvajate tekke lähtepunktiks arvatakse embrüonaalse arenemise kestel muutumatuina säilinud granuloosseid rakke. Neid kasvajaid iseloomustavad munasarja folliikuleid meenutavad moodustised, kuna aga adenoblastoomid tekivad mitteküpsena säilinud, varasest embrüonaalsest arenemisajast pärinevast isaslooteliste näärmete materjalist.

Sidekudekasvajad.

Munasarjade f i b r o o m i d kujutavad endast kera- või munakujulisi kasvajaid, mis on väga tihke konsistentsiga ja varustatud säärega, mistõttu nad on harilikult suure liikuvusega. Nende pind on sile või veidi mügarlik. Munasarja fibroome esineb harva, kuid neid täheldatakse igas vanuses.

Mikroskoopiliselt koosnevad nad sidekoerakkudest ja mitmes suunas kulgevatest sidekoelistest kiududest koos vähese hulga õhukeseseinaliste veresoontega. Munasarja fibroomide iseloomustavaks iseärasuseks on, et nende puhul tekib varakult astsiit, kuigi nad ei ole muutunud pahaloomuliseks. Selle astsiidi päritolu ei ole selge; oletatavasti on selle tekkimise põhjuseks vereringehäired ja kõhukelme mehaaniline ärritus.

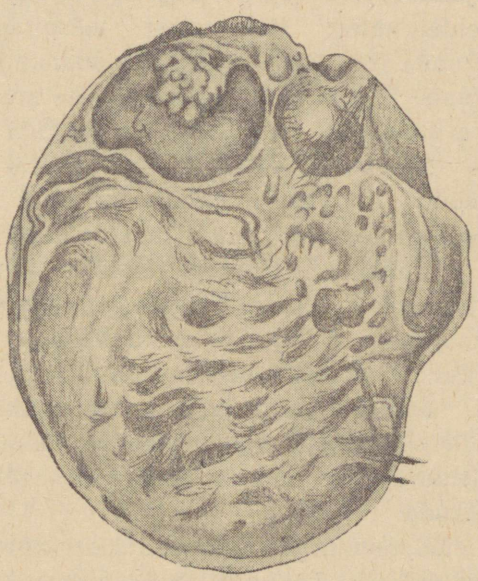
S a r k o o m i esineb harva. See tuntakse harilikult ära histoloogilisel uurimisel pärast operatsiooni. Need kasvajad on kõige sagedamini ühepoolsed. Histoloogiliselt kujutab sarkoom endast noortest sidekoerakkudest koosnevat kasvajat, kusjuures rakud on ebakorrapärase kuju ning asetsusega ja mitmesuguses küpsusastmes. Metastaseerub lümfi- ja vereteede kaudu.

Embrüonaalkudekasvajad (teratoomid).

D e r m o i d i d (nahkkasvajad) on healoomulised kasvajad, mida esineb kaunis sageli (moodustavad kuni 10% kõigist munasarjakasvajatest). Nad kuuluvad teratoidsete kasvajate tsüstoossete vormide hulka, s. t. nende ehitusest võtavad osa kõik kolm lootekoe lehte. Välimuselt on nad aeglaselt kasvavad siledad kerakujulised uudismoodustised, omavad pikka säärt, on hästi liikuvad ja sageli asetsevad põie-emaka ruumis. Nende suurus võib olla mitmesugune, kuid keskmiselt ei ületa nad harilikult rusika suurust. Läbilõigatud dermoidne tsüst on paunataoline, täidetud vedela sisaldisega, mis hangub toatemperatuuril ja moodustab rasvataolise massi (rasu). Dermoidi seinad on kaetud seestpoolt silinder- või kuup-epiteeliga peale väikese piiratud koha, kus kasvaja sein on tsüsti valendikku ulatuva muhu kujuline, mis on kaetud mitmekihilise lame-epiteeli omava nahaga. Dermoidi sisaldises leitakse sageli täiesti arenenud juukseid, mis väljuvad ülalmainitud muhust, kuna aga muhus endas võib leida luuplaate, hambaid ja kõhre (joon. 87). Mikroskoobiliselt võib avastada rasu- ja higinäärmetega nahaosi, mõnikord närvikude, näärmekude jms.

Vastandina dermoididele on t e r a t o b l a s t o o m i d kahtlemata pahaloomulised kasvajad. Erinevalt dermoididest on teratoomides kõigi kolme lootelehe algmed läbisegi paisatud ja mikroskoobiga vaatlemisel me ei avasta mingit kindla ehitusega kude. Enamikul juhtudest avaldavad need kasvajad vähilise või sarkomatoosse kasvu tunnuseid. Teratoomid kasvavad kiiresti, on komplemisel pehmed ja omavad ebakorrapärast mügarlikku pinda. Läbilõikes on nende kude välimuselt ajujas, mõnikord läbistatud väikeste tsüstidega. Teratoomid esinevad märksa harvemini dermoididest ja kõige sagedamini noores eas. Pärast nende kõrvaldamist retsidiveeruvad hõlpsasti ja tekitavad aegsasti metastaase.

Munasarjakasvajad, kui nendega ei kaasu mingisuguseid tüsistusi, ei anna ennast harilikult tunda ja nad avastatakse sageli juhuslikult naise järelevaatusel, kes pöördub arsti poole mõnel muul põhjusel, näiteks rasedustähtpäeva kindlaksmääramiseks. Ainult sel juhul, kui kasvaja omandab suured mõõted ja väljub väikesest vaagnast, võib haige



Joon. 87. Dermoidne tsüst läbilõikes. *1* — hambad; *2* — juuksed.

ise märgata kõhu suurenemist. Peale selle, seoses ühtede või teiste sümptoomide ilmnemisega, omab teatud tähtsust ka kasvaja asukoht. Näiteks kui kasvaja asetseb laisideme sees, siis võib ta põhjustada valusid närvilõppude surumise tõttu. Suurte kokkuliitumistega tsüstide olemasolu korral võivad tekkida häired kusemisel ja soolestiku tegevuses, peale selle veel venoosne pais alumistes jäsemetes, tursed jne.

Menstruaalne funktsioon munasarjakasvajate puhul harilikult ei muutu ja säilib peaaegu alati normaalsena, eriti ühepoolsete *healoomuliste* kasvajate puhul ja ka sel korral, kui väikegi osa munasarja koest on jäänud protsessist puutumata. *Pahaloomuliste* kasvajate puhul menstruaalne funktsioon peaaegu alati puudub.

Munasarjakasvajate (kõige sagedamini healoomuliste) puhul täheldatavatest tüsistustest märgitagu kasvaja sääre väändumist (lk. 233), kasvaja mädanemist, kasvaja seina rebenemist ja lõpuks pahaloomuliseks muutumist.

Kasvaja *mädanemine* (mis võib tekkida mitte ainult pärast sääre väändumist, vaid ka ilma selleta) areneb kas lümfiteid mööda levivast infektsioonist või infektsiooni sissesattumisel soolestikust, mida täheldatakse kõige sagedamini neil juhtudel, kui kasvaja on liitunud soolesilmustega. Kasvaja mädanemine võib peale selle oletatavasti tekkida ka hematogeensel teel, s. t. infektsiooni kandumisel veresoonte kaudu selliste haiguste puhul nagu angiin, tüüfus, gripp jt. Sellist munasarjakasvajate mädanemist esineb mõnikord sünnitusjärgses perioodis, tõenäoliselt kasvaja toitumishäire ning tema infitseerumise tõttu emakast lümfiteede kaudu.

Kasvaja mädanemisega kaasuvad alati kõrge temperatuur, mis annab suuri kõikumisi kahe-kolme kraadi ulatuses (ramblev palavik), ja rasked üldised ja ka paiklikud sümptoomid vaagna kõhukelme põletiku näol. Selline tüsistus on haigele alati eluohtlik, sest ta võib põhjustada (mädaniku avanedes kõhuõõnde) üldist peritoniiti surmlõppega. Õnneks juhtub selliseid lõppeid harva. Sagedamini aga leiab mädaneva kasvaja sisaldis endale pääsu kusepõide, pärasoolde või tuppe ja lõpuks kõhuseina kaudu väljapoole. Ka selline lahendus ei ole alati haigele soodne, sest ta põhjustab sageli organismi kurtumust pikaajalise mädanemise ja uuriste tekkimise tõttu. Lõpuks võib mäda-

neva kasvaja kulg ka soodsam olla, kui moodustunud liidete tõttu mädanik paunastub väikeses vaagnas ja pärastpoole operatiivsel teel kõrvaldatakse.

On vaja lühidalt peatuda *tsüsti seina rebenemistel*, mis on põhjustatud kõige sagedamini mingist traumast, nagu kukkumisest, löögist või tõukest vastu kõhtu või sünnitusest.

Tsüsti rebenemisi täheldatakse mõnikord seesmise järelekatsumise tagajärjel, eriti kui tsüsti seinad on õhukesed. Sellised rebenemised ei põhjusta harilikult raskeid tagajärgi, kuid mõnikord võivad kaasuda ohtlikud tüsistused juhul, kui kasvaja sisaldis oli mädane või kui seina rebenemise tagajärjel rebeneb mõni veresoon ning põhjustab seesmist verejooksu kõhuõõnde, mis võib lõppeda surmaga.

Kõige tõsisemaks munasarjakasvajate tüsistuseks on nende *pahaloomuline* muudend. Nagu juba tähendasime, on munasarjavähk harva esmane, s. t. tekkemomendist peale pahaloomuline kasvaja; harilikult on vähk ühtede või teiste healoomuliste kasvajate (näärmeliste ja näsaliste tsüstadenoomide või dermoidide) vähilise muudendi tagajärjeks või areneb ka kandumisel muudest elunditest lümfiteede kaudu (kõige sagedamini mao-soolte traktist). Munasarjavähk on enamikul juhtudest mõlemapoolne ja annab omakorda kiiresti metastaase lähedal olevasse vaagna rakustikku, kõhukelmesse, rasvikusse ja kõhuõõnetagustesse lümfisõlmedesse.

Kartsinoomid, mis on tekkinud tsüstoomide pahaloomuliseks muutumise tagajärjel, näivad mikroskoobi all harilikult adenokartsinoomide sarnastena; dermoidide pahaloomuliseks muutumise tagajärjel tekkinud kartsinoomid näivad lamedarakulise vähina.

Arvestades loetletud tüsistusi, peamiselt aga seda, et munasarjade healoomulised kasvajad võivad muutuda paha-

loomulisteks, on vajalik iga kasvaja avastamise puhul soovitada haigele kasvaja operatiivset kõrvaldamist. Mis puutub pahaloomulistesse kasvajatesse, siis toimub nende ravimine kombineeritult: esmalt kõrvaldatakse kasvaja operatiivselt, siis teostatakse röntgenikiirtega ravimine. Ainult röntgenteraapia (eriti mitteopereeritavate juhtude puhul) ei anna tavaliselt tulemusi.

Emakakasvajad.

Fibromüoomid.

Fibromüoomid kujutavad endast segaehitusega kasvajaid, mis koosnevad üksteisest läbipõimunud *silelihaste* ja *kiulise sidekoe* kimpudest. Juhul, kui ülekaalus on lihas-elemendid, nimetatakse kasvajat *müoomiks*, kui aga sidekoe elemendid, siis *fibroomiks*. Fibromüoomi kapsel sisaldab harilikult hästi arenenud veresoonte-võrgustikku. Need kasvajad enamikus arenevad emakas ja ka väljuvad sealt, kuid esinevad ka suguaparaadi muudes osades (tupes, emakasidemeis, munajuhades, kusepõies).

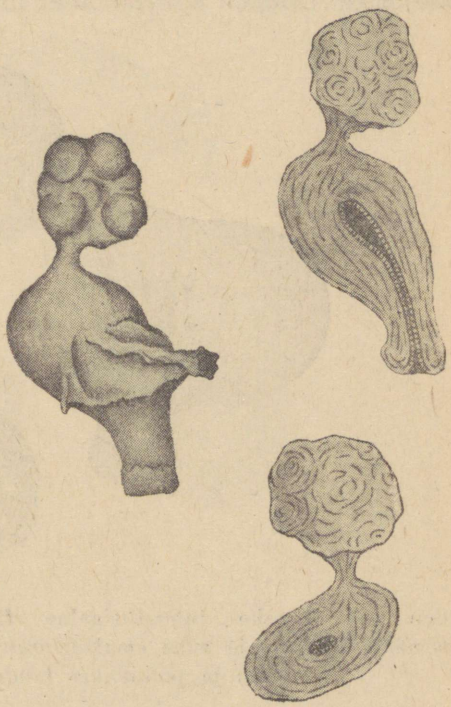
Peatumata fibromüoomide etioloogial, mis tänaseni samuti ei ole veel selgitatud nagu muudegi kasvajate etioloogia, on vaja siiski tähendada, et nad arenevad kõige sagedamini 30—40 aasta vanustel vähe- või üldse mitte sünnitanud naistel.

Ühel või teisel põhjusel tekkinud fibromatoosne sõlmeke, arenedes emaka seinas, võib kasvades nihkuda kas *emakaõõnde*, emakat katva *kõhukelme* suunas või lõpuks kogu oma arenemise kestusel jääda *lihastevahelmiseks emaka seinas*. Esimesel juhul nimetatakse fibromüoomi limanaha-aluseks — *submukoos-*

seks, teisel — kõhukelmealuseks — subseroosseks ja kolmandal — interstitsiaalseks (vahelmiseks).

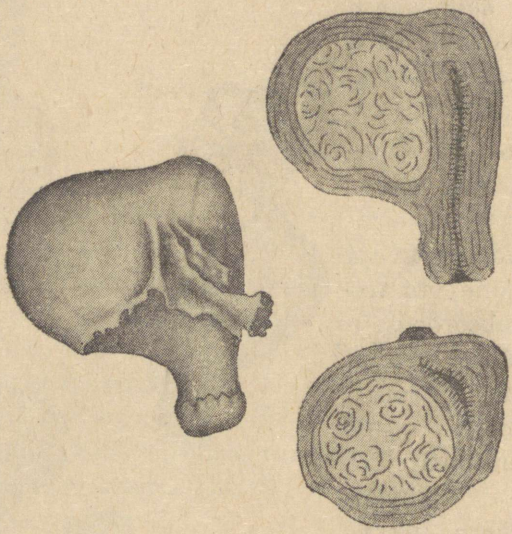
Peale emakakeha arenevad fibromüoomid ka emakakaelas, kuigi harvemini. Seal nad võivad samuti olla subseroosselt või interstitsiaalselt asetsevate sõlmedena, sagedamini aga täheldatakse neid submukoossete säärega polüüpidena.

Nagu nähtub toodud joonistest (joon. 88—91), omandab emakas sõltuvalt kasvaja asukohast ühe või teise kuju. Subseroossete fibromüoomide puhul palpeeritakse emakal üksikuid sõlmi, mis omavad suuremat või väiksemat liikuvust sõltuvalt sääre pikkusest. Kui need sõlmed asetsevad emakal laia alusega, siis tundub emaka pind ebatasasena, mügarlikuna. Sõlmede interstitsiaalse või submukoosse asukoha puhul on emakas sagedamini kerakujuline. Kasvaja täpne lokalisatsioon omab suurt praktilist tähtsust (sellest kuuleme allpool), sest olenevalt sellest rakendatakse ühte või teist ravimenetlust.



Joon. 88. Emaka subseroosne (kõhukelmealune) fibromüoom. Paremal ja all — kasvaja läbilõikes.

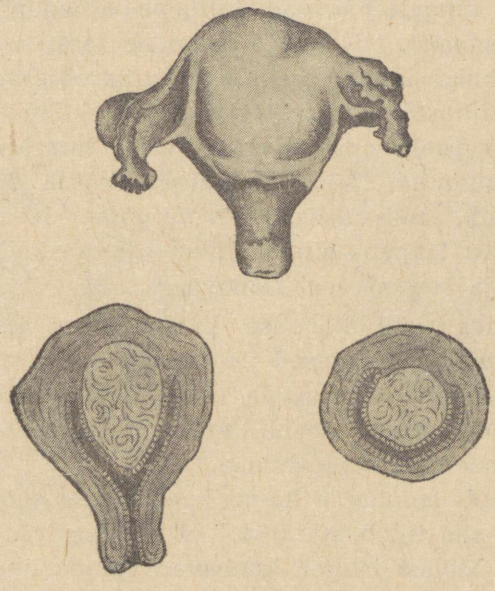
Olenevalt sellest, millises vastastikuses vahekorras emakaga asetseb kasvaja, s. t. kas ta on submukoosselt, subseroosselt või interstitsiaalselt, täheldatakse teatavaid sümptoome, milledest esikohale tuleb paigutada **verejooksud**. Need sõltuvad oletatavasti mitmesugustest põhjustest. Mõned seavad neid ühendusse endometriidiga,



Joon. 89. Emaka interstitsiaalne fibromüoom. Paremal pool on näidatud kasvaja suhe emakaõõnega sagitaallõikes (ülemine joonis) ja põikilõikes (alumine joonis).

mida sageli täheldatakse eriti submukoossete ja interstitsiaalsete fibromüoomide puhul, kui emaka õõs kasvaja tõttu on suurenenud, välja venitatud ja järelikult on normaalsest märksa ulatuslikum ka veritsev emaka limanaha pind kuupuhastuse ajal. Teised arvavad, et sellised verejooksud sõltuvad asjaolust, et kasvaja ei võimalda emaka lihastel vajalikul määral kokku tõmbuda, mistõttu veresoo-

ned püsivad avanenuina ja põhjustavad verejooksu, seda enam, et emaka veresoonte seinad fibromüoomide puhul, nagu seda märgivad paljud, samuti alluvad muutustele ja muutuvad hapramaks. Lõpuks viimase arvamuse kohaselt seletatakse verejooksude põhjust fibromüoomide puhul asjaoluga, et nad sõltuvad peamiselt emaka aktiivsest



Joon. 90. Emaka submukoosne (limanaha-alune) fibromüoom. All on näidatud kasvaja suhe emakaõõnega frontaallõikes (vasakul) ja põikilõikes (paremal).

hüpereemiast, mis on põhjustatud munasarjade suurenenud tegevusest.

Fibromüoomide puhul täheldatavad verejooksud on meno- ja metrorraagilise iseloomuga; limanaha-aluste fibromüoomide raskemate juhtude puhul verejooksudel vaheaegu peaaegu ei esine. Subseroossete fibromüoomide korral täheldatakse verejookse märksa harvemini või nad

võivad üldse puududa ja kuupuhastus ilmub regulaarselt. Oletatavasti sõltub see asjaolust, et subseroosselt asetsev kasvaja sõlm ei puutu tihedalt kokku emaka limanahaga, ei muuda emakaõõne suurust ja ka limanaha ehitust.

Käsitledes verejookse fibromüoomide puhul on vaja siinkohal peatuda ka haige üldseisundil, mida sellised verejooksud rängalt häirivad. Kõigepealt nad põhjustavad aneemia arenemist, mis sageli omandab raske iseloomu ja viib sellise haige kurtumuseni. Seejuures objektiivselt torkab silma sääraste haigete iseloomustav kahvatus; nende nahk on värvuselt vahakahvatu, veidi turseline, sageli kollaka värvinguga; kõik limanahad, kaasa arvatud ka tupe limanahk, näivad samuti veretuina. Hemoglobiinisisaldus veres langeb järsult, alanedes raskeil juhtudel 15—20%-ni ja koguni veel rohkem.

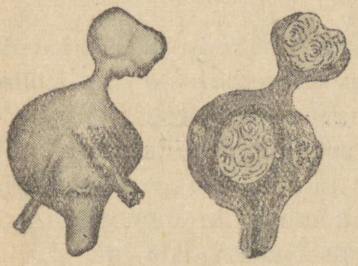
Põhjustades vere koostise kvalitatiivset halvenemist ei jäta suured verekaotused peale selle mõju avaldamata ka muude elundite tegevusele. Nii näiteks täheldatakse fibromüoomide puhul sageli vereringehäireist sõltuvaid südame ja neerude haigestumisi.

Mis puutub muudesse haige kaebustesse seoses fibromüoomiga, siis tuleb märkida, et need ei ole kaugeltki ühetaolised. Mõned haiged kaebavad valude üle, mis võivad sõltuda kasvaja rõhumisest närvitüvedele või kõhukelme sidemete venitusest, peale selle aga võivad need tekkida liiteist kasvaja ja naaberelundite vahel. Limanahaaluste fibromüoomide valud võivad olla põhjustatud emaka kokkutõmbeist, mis suunduvad kasvaja väljatõukamisele õõnest.

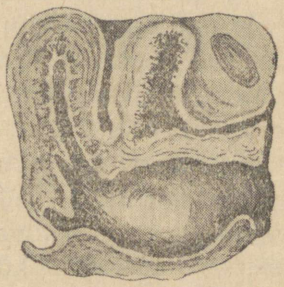
Lõpuks võib fibromüoom tekitada kusepõie tegevuse häireid. Mainitud sümptoom ei esine alati ja selle ilmnemine sõltub kasvaja lokalisatsioonist. Kui näiteks fibromatoosne sõlm asetseb emaka eesmisel seinal, emakakaelal või tupe eesmisel seinal, siis surudes alatiselt kusepõiele,

põhjustab see kusepõie funktsiooni häireid. Kusepõie funktsionaalne korratus avaldub sagenenud ja valulikus kusemises, mõningail juhtudel kusiti kokkusurumise tagajärjel ka kusepeetuses.

Kuigi fibromüoomid patoloogilis-anatoomiliselt kuuluvad healoomuliste kasvajate hulka, siis ei või seda öelda nende kliinilise kulu kohta, sest selles suhtes ei ole nad mõnikord millegi poolest paremad pahaloomulistest kasvajatest. Nagu juba mainitud, põhjustavad fibromüoomid



Joon. 91. Emaka mitmene fibromüoom submukoossete, interstitsiaalsete ja subseroossete sõlmedega (paremal pool on kasvaja läbilõikes).



Joon. 92. Tuppe tekkinud limanaha-alune fibromatoosne sõlm.

mõningail juhtudel haigeil väheveresust ja kurtumust, mis avaldub eriti teravalt kasvaja infitseerumisel ja selle gangrenoossel lagunemisel. Kõige sagedamini juhtub seda limanaha-aluste fibromüoomidega. Limanaha-alune fibromatoosne sõlm seoses oma kasvamisega ulatub ikka rohkem ja rohkem emakaõõnde ja lõpuks täidab selle täielikult, olles ühenduses emaka seinaga ainult sääre kaudu, milles kulgevad kasvajat toitvad veresooned. Selline polüüp tõugatakse emaka kokkutõmmetega tuppe, kuhu ta jääb rippuma samal säärel, mida nüüd aga haarab kokkutõmbunud emakakael (joon. 92).

Peale selle, et selline „sündinud polüüp" säilitab kestvat verejooksu, kaasuvad viimasega veel sageli vinavad eritised polüübi osalisest kärbumisest juurdetulnud infektsiooni tagajärjel, mis sellisel puhul pesitseb tupes. Lõpuks kasvaja sääre pitsumise tagajärjel emakakaelaga võib viimane säärt haarata niivõrd tihedalt, et kasvajat toitvad veresooned on tugevasti kokku surutud ning vere juurdevool neis on katkestatud, mille tulemusena tekib kasvaja täielik kärbumine! Kõik ülalmainitu võib olla üldnakatuse (sepsise) allikaks, ähvardades haige elu, ja temaga kaasub palavikuline temperatuuri tõus.

Sellised kasvaja toitumishäire nähud ja isegi selle kärbumine võivad esineda ka subseroossete fibromüoomide puhul, eriti kui need omavad enam-vähem pikka ja peenikest säärt, mis mitmesuguste momentide mõjul võib väänduda samaselt, nagu see juhtub säärega munasarjakasvajatega. Kuigi selline väändumine fibromüoomide korral esineb harvemini kui munasarjakasvajate puhul, on kliiniline pilt nii ühel kui ka teisel juhul põhiliselt samane (vt. allpool).

Fibromüoomis võib täheldada ka teistsuguseid muutusi, sõltumata asukohast, nagu tsüstiline väärastus, limajas väärastus, verevalumid kasvajas, mädanemine. Väärastus ei tekita sageli mingisuguseid sümptoome, kui ei toimu mädanemist või kasvaja mädajat lagunemist.

Märksa suuremat tähtsust omab fibromüoomi pahaloomuline muudend. Siin on vajalik teada, et fibromüoom e i v õ i m u u t u d a v ä h i k s, nagu seda mõnikord arvavad mitte ainult haiged, vaid ka meditsiinilise keskharidusega personaal. Vähk võib moodustuda ainult epiteliaalkoest. Selline kude aga, nagu me teame, ei võta osa fibromüoomi ehitusest. Võib-olla ainult mõlema kasvaja samaaegsel esinemisel, s. t. fibromüoomi olemasolu korral võib tekkida emakakeha või emakakaela limanaha vähiline kah-

justus. Fibromüoom võib muutuda ainult sarkoomiks, s. o. sidekoelise päritoluga kasvajaks. Sarkomatoosne muudend ei tekita algul samuti mingeid sümptoome. Kahtlane on kasvaja kiire kasvamine. Valu ja kurtumus (kahheksia) on hilised tunnused.

On vaja veel peatuda fibromüoomi mõjul rasedusele. Müoomid üldse, eriti aga limanaha-alused, tõenäoliselt takistavad raseduse õiget kulgu. Kuid sellega ei piirdu nende mõju. Näiteks alanud rasedus võib lõppeda tema edasiarenemise mehaanilise takistuse tõttu. Juba väljaarenenud raseduse puhul võib müoom põhjustada ebakorrapärast sünnitusakti (näiteks väitusvalude vähesust emaka kokkutõmbumisvõime puudulikkuse tõttu) ja harukordseil juhtudel võib olla takistuseks sünnitamisel, kui suured sõlmed asetsevad emaka alumises osas või emakakaelas.

Lõpuks sünnitusjärgsel perioodil võib müoom takistada emaka taandarenemist ja infitseeruda (mädaneda) ning isegi kärbuda, milline asjaolu võib olla tõsiseks ohuks sünnitaja elule.

Ülaltoodut kokku võttes võib järelikult fibromüoomi harilikeks tunnusteks lugeda järgmisi: verejooks, valutundlikkus kõhu allosas ja nimmes, kaebused kusemishäirete ja seedimiskorratuste üle. Millised neist sümptoomidest avalduvad teravamalt sõltuvalt kasvaja asukohast, sellest me rääkisime ülalpool.

Mis puutub fibromüoomide ravisse, siis selleks on näidustused järgmised: 1) haigete ühed või teised kaebused, milledest oli juttu ülalpool, 2) haige vanus ja 3) kasvaja suurus.

Fibromüoomid, mis ei põhjusta mingisuguseid sümptoome ja haige kaebusi, ei vaja harilikult üldse ravimist, küll aga on vajalik jälgida haiget, et mitte mööda lasta kasvaja pahaloomuliseks muutumise algust. Eriti kahtlane pahaloomulise muudendi suhtes on kasvaja arenemine klimakteeriumiperioodis pärast kuupuhastuse lakkamist, sest pärast seda fibromüoomid ei kasva edasi, vaid koguni

aegamööda vähenevad, mõnikord isegi nende täieliku kadumiseni. Oeldust on arusaadav vanuse tähtsus ravimenetluse valikul, nimelt: noores eas avastatud fibromüoomi on vajalik ravida, sest kuni klimakteeriumiperioodi saabumiseni see kasvab edasi; klimakteeriumieas avastatud sümptoomideta fibromüoom ei vaja ravimist, küll aga jälgimist.

Mis puutub ravimisviisi, siis võib see olla operatiivne või kasutatakse röntgenteraapiat. Viimast rakendatakse ainult eatanud naiste puhul, s. t. mitte enne 40.—45. eluaastat, kui munasarjad juba on lakanud funktsioneerimast. Limanaha-alused fibromüoomid ei kuulu röntgenkiiritamisele, samuti ei või röntgenravi rakendada ka väga suurte kasvajate puhul. Neil juhtudel jääb üle ainult operatiivne ravimine.

Emakavähk.

Vähi küsimus on nüüdisajal põletavaks küsimuseks kaasaegses meditsiinis üldse, eriti aga günekoloogias, sest naise suguaparaat on vähiliste kasvajate lokalisatsiooni sagedaimaks paigaks. Hulgaliselt kogutud statistilised andmed räägivad, et naistel tabab vähk peamiselt emakat ja rinnanäärmeid.

Kõigist vähilistest haigestustest naistel asub emakavähk sageduselt esikohal, välja arvatud maovähk. Arvukate statistiliste andmete põhjal sureb iga miljoni elaniku kohta igal aastal emakavähki 259 inimest.

Kahjuks puuduvad meil andmed, mis võiksid selgitada põhjust, miks vähk nii sagedasti areneb just naise suguelundeis; vähi etioloogia on seni selgitamata, mis tunduval määral takistab selle haigestuse ratsionaalse teraapia väljatöötamist. On olemas ainult mõningaid oletusi, mis püüavad selgitada neid põhjusi, miks vähkkasvajad teki-

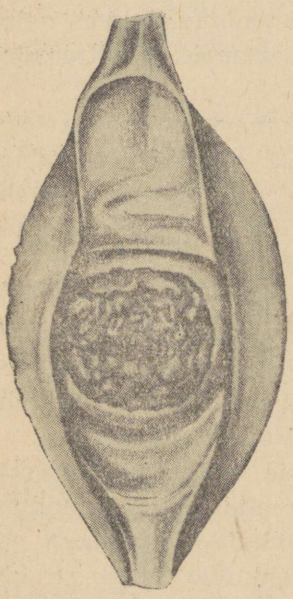
vad suguelundeis. Näiteks arvatakse, et soodustavaiks momentideks vähi arenemisel on need füsioloogilised hüperplaasiad (s. t. koe-elementide hulga suurenemine) ja epiteeli korduvad regeneratsioonid, mida täheldatakse naistel mitmesugustel perioodidel (näiteks kõldkesta epiteeli kasvamine raseduse ajal, lammutava-loova iseloomuga tsüklilised muutused endomeetriumis menstruatsioonide puhul jms.).

Veel märgitakse, et sünnitustrauma nagu iga teine trauma oletatavasti võib soodustada vähiliste uudismoodustiste teket, ja kuna sünnitamisel kahjustatakse emakat sagedamini kui muid elundeid, siis tekivadki sellised kasvajad kõige sagedamini emakas.

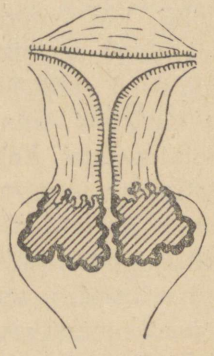
Statistilised andmed kinnitavad seda oletust selles mõttes, et vähktõbi areneb kõige sagedamini just sellistel sünnitanud naistel, kelledel õigeaegselt ei ravitud terveks sünnitustrauma tagajärgi. Peab silmas pidama, et vähktõbi esineb ka mittesünnitanud naistel ja neitsidel.

Paiklikud põletikulised protsessid, milledega kaasuvad vältavad eritised, limanaha hüpertroofia ning haavandumised, võivad oletatavasti samuti vähktõve arenemist soodustada. Viimasel ajal on seoses vähktõve tekkimise küsimusega eksperimentaalselt hangitud kaaluvaid tõendeid ärritusteooria (olgu see siis mehaanilise, keemilise või bioloogilise ärrituse) kasuks. Peale selle on teada, et vähktõve allikaks võivad olla embrüonaalsed rakud, mis esinevad embrüonaalsete osistena suguelundeis. Lõpuks ei jäta vähktõve arenemist mõjustamata pärilikkus, vanus ja elukondlikud tingimused. Vähktõbi tabab naisi kõige sagedamini vanuses 40—60 aastat, kuigi võrdlemisi mitte just harva esineb teda enne 40. eluaastat, eriti emakakaela vähki. Jõuka elanikkonna seas esineb vähktõbe harvemini kui kehva elanikkonna hulgas. Oletatavasti soodustavad halvad elutingimused, vaesus, tihedalt koos elamine ja

mustus vähktõve tekkimist. Mõistagi ei või oletada, et mõni loetletud põhjustest võib üksinda põhjustada vähilist protsessi. Õigem on mõelda, et seda soodustab mitmete momentide koosmõju.



Joon. 93. Emakakaela vähk. Emakakaela vähilised haavandid välissuudme ümbruses; haavand on ümbritsetud emakakaela tupeosa terve limanahaga.



Joon. 94. Emakakaela vähi eksofüütse vormi skemaatiline joonis (Fohr'i järgi).

Praktiliselt aga on vaja kindlalt meeles pidada, et emakavähki esineb võrdlemisi sageli. Seda täheldatakse kahel kujul: emakakaela vähk (joon. 93) ja emakakeha vähk. Selline jaotus on õigustatud asjaoluga, et mõlemate vormide patoloogilis-anatoomiline pilt on erinev, samuti

on erinev ka kliiniline kulg, kuid ka ravimisel on ühel või teisel juhul oma iseärasused.

Ehituselt esineb emakavähk kahes teisendis: 1) lamedarakuline ja 2) silinderrakuline vähk. Esimene areneb harilikult sel juhul, kui protsess algab emakakaela tupeosas, mis on kaetud mitmekihilise lame-epiteeliga.

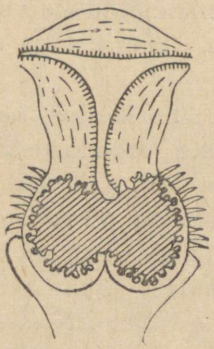
Emakakaela vähk areneb kas niinimetatud eksofüütse või endofüütse vähi kujul (joon. 94 ja 95). Täheldatakse ka segavorme.

Esimesel juhul tekivad emakakaela limanahas kaela tupeosal ulatuslikud vohamised näsaliste moodustistena, mis peatselt haavanduvad. Endofüütse vormi puhul ei voha vähilised uudismoodustised emakakaela pinnal, vaid sööbides emakakaelasse infiltreerivad limanaha-aluse koe, tekitades emakakaela suletud tihkeid sõlmi. Selle vähivormi puhul ilmnevad haavandid märksa hiljem. Neis sõlmedes sisalduvad vähirakud levivad paljunedes kiiresti tupevõlvide limanahale, kasvavad varsti läbi emakakaela ja tungivad esmalt emaka ümbruse rakustikku, siis lähemaisse ja pärast ka kaugemaisse lümfisõlmedesse.

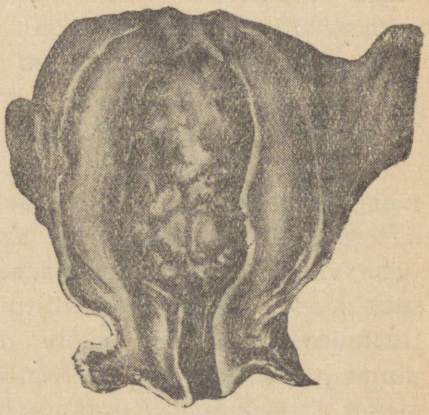
Kui vähk areneb emakakaelakanali limanahast, mida esineb märksa harvemini, siis sarnaneb see histoloogiliselt emakakeha vähiga, s. t. silinderrakulisega. Ülenedes emakakaelakanalit pidi, haavandades ja hävitades emakakaela kude seestpoolt, ületab ta harva sisesuudme. Selline hävitamine küünib mõnikord niivõrd sügavale, et emakakaela asemel moodustub kraatritaoline veritsev haavand, mis on avali tupevõlvide sügavuses. Sellistel juhtudel kistakse emaka ümbruse rakustik väga kiiresti protsessi kaasa, mistõttu selline vähivorm on kõige pahaloomulisem.

Emakakeha vähk esineb harvemini kui emakakaela oma. Kõigist emaka vähitaolistest kasvajatest langeb

emakakeha vähi arvele 8 kuni 15%. Seda täheldatakse peaaegu ainult eatanud (50—60-aastastel) naistel ja väga harva noortel. Emakakeha vähk on histoloogiliselt peamiselt silinderrakuline ja esineb koguni kahes vormis — piiristununa ja difuussena.



Joon. 95. Emakakaela vähi endofüütse vormi skemaatiline joonis (Fohr'i järgi).



Joon. 96. Emakakeha vähk.

Piiristunud vormi puhul esineb see harilikult emakapõhjas asetseva isoleeritud pähkli- kuni mandariinisuuruse polüübina (mõnikord säärega). Sellise polüübi pinnal tekivad peatselt haavandid, mis veritsevad hõlpsasti, eriti pärast järelekatsumist. Säärane kasvaja areneb aeglaselt ja võib kaua aega olla täiesti sümptoomideta. Mõnikord asetsevad sellised polüpoossed vohandid emaka limanaha mitmes kohas (joon. 96).

Vähi difuusne vorm areneb kas pinnale külvatud pähklisuuruste sõlmedena või limanaha paksenenud ja tihkete paikadena.

Nii ühe kui ka teise vormi puhul levib emakakeha vähk pinnaliselt, siis aga tungib sügavale, kasvab seinast läbi ja haarab protsessi seroosse kile. Vähiline protsess võib samaaegselt levida ka vaagna rakustikku ja ka naaberelundeisse. Emakakeha vähk siirdub harukordadel emakakaelale. Peale selle võib täheldada metastaase nimme lümfisõlmedes, mis asetsevad aordi hargnemiskoha lähedal, kuid need metastaasid ilmuvad märksa hiljem, võrreldes emakakaela vähi omadega.

Emakakaela vähi diagnostika.

Algstaadiumis ei avalda emakakaela vähk kahjuks selliseid sümptoome, mis sunniksid haigeid pöörduma meditsiinilise abi saamiseks haigestumise algul. Seetõttu otsitakse abi alles siis, kui hakatakse tundma ühte või teist häiret. Absoluutsel enamikul juhtudest tulevad vähihaiged arsti juurde siis, kui neil ilmnevad verejooksud, kuid see tunnus kahjuks ei ole enam varane ja osutab sellele, et haigus on juba kaugele jõudnud ja et sellega võidelda on raske, mõnikord aga ka võimatu.

Arenenud vähktõve esimeste tunnuste hulka kuulub valgevoolus, peamiselt aga verekate eritiste ilmumine. Viimased on esialgu mittekestvad ja ilmuvad seoses mingi kerge traumaga (suguühe, loputus, seesmine järelekatsumine, defekatsioon, kõhupressi pingutus). Kui naine ütleb, et tal pärast suguühet või loputust (otsaku puutumisest) ilmnevad verekad eritised või kui need ootamatult tekivad pärast seesmist järelekatsumist või kui naine räägib, et sellised verekad eritised ilmuvad mõnikord ilma mingisuguste väliste põhjusteta kuupuhastuste vaheaegadel, siis see kõik põhjendab kahtlust vähktõve olemasolu suhtes. Kahtlus suureneb veelgi, kui selliste kaebustega tuleb naine, kes on klimakteeriumiperioodis. Mis puu-

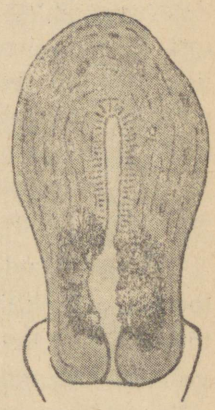
tub eritistesse, siis need võivad olla vähesed (mõned tilgad), kuid ka mõõdukad ja rohked. Iseloomulikud on nende sagedane kordumine väljaspool igasuguseid tähtaegu, nende kestus ja püsivus. Kui vähk on arenenud juba teatava aja, siis omandavad eritised lihaveetaolise välimuse, s. t. ilmuvad seroos-mädased verega värvunud eritised, mis on mõnikord sõmerjad. Algul on eritised lõhnata, kuid hiljem nad omandavad vinavate eritiste iseloomu, kui haavandikohad ja lagunev vähikude infitseeruvad tupes leiduvaist baktereist. Vinavad eritised on vähile väga iseloomulikud, kuid jällegi on need hiliseks tunnuseks, mis näitab juba vähi küllaldast (kui mitte lootusetut) arenemist.

Lõpuks on emakavähi viimaseks sümptoomiks valud, kuid see tunnus on kahjuks hiline, sest valude tekkimine näitab, et protsess on juba väga kaugele arenenud ja igal juhul on haaranud naaberkudesid, lümfisõlmi ja võib-olla ka naaberelundeid (kusepõis, pärasool). Esmalt tekivad valuaistingud, mis muutuvad perioodiliselt korduvaiks hoogvaludeks ja lõpuks lakkamatuks. Sellisel juhul ei tekita diagnoos raskusi. Harilikult on tekkinud ka juba organismi mürgistuse tunnused (vähiline intoksikatsioon): toitumuse langus, kehakaalu kaotus. Emakas kaotab aegamööda liikuvuse, tupp oma elastsuse, limanahk muutub väheliikuvaks, infiltreerituks, tihkeks. Peatselt ilmnevad ka kusemishäired (kusemise sagenemine, valud, mäda ja hooletusse jäetud juhtudel ka vere ilmumine uriinis); tekivad uurised.

Lõpuks on väga tähtis teada ja meeles pidada, et emakavähk ei tekita küllalt sageli mingisuguseid sümptoome, eriti areneva haiguse algul, ja ta avastatakse juhuslikult haige järelevaatusel.

Emakakaela vähilise kahjustuse välimus on väga mitmekesine ja sõltub vähi vormist. Eksofüütse vormi

puhul täheldatakse suure- ja väikesemügaralisi (papillaarseid) moodustisi, mis haaravad enda alla, sõltuvalt protsessi levikust, kas kogu emakakaela tupeosa või osa sellest. Endofüütse vormi puhul vastuoksa näib emakakael sageli söövitatuna või näkitsetud äärtega kraatritaolise haavandina. Mõnikord aga ei ole järelevaatusel võimalik avastada äsjakirjeldatud muutusi emakakaelas ja see näib olevat välimuselt normaalne. Selline seisund esineb siis, kui vähktõbi algab tservikaalkanalist, levimata sealt välja ning küündimata emakakaela välissuudmeni (joon. 97). Vähktõve algstaadiumides võib esineda ainult emakakaela piiratud kõvenemine, selle elastsuse kadu.



Joon. 97. Emakakaelakanali vähk.

Erakordselt tähtsaks sümptoomiks on emakakaela koe veritsevus selle vähesel puudutamisel (sõrmega järelekatsumisel, koguni vatitampooniga pühkimisel, peegliga, sondiga järelevaatusel), mille põhjuseks on vähilise koe hõlpus haavatavus ja tema elastsuse kadu. On aga vaja meeles pidada, et algstaadiumides on õige ja varane diagnoosi määramine võimalik ainult mikroskoobi abil, mistõttu vähemagi kahtluse korral on tarvis haige saata uurimiseks kogenud spetsialisti juurde.

Emakakeha vähi diagnostika.

Emakakeha vähk avaldub samuti verejooksudega, kuigi ta samal ajal paljudel juhtudel ei tekita mingisuguseid sümptoome ja jääb võrdlemisi kaua avastamatuks. Vähi arenemisel emakakehas omandavad menstrueerivatel naistel verejooksud menorraagilise ise-

loomu. Menstruatsioonide vaheaegadel on need eritised värvivaesemad ja omavad sageli valgevooluse iseloomu verelisandiga või ilma selleta. Valgevoolus on sel puhul rohke ja veetaolise iseloomuga. Nagu juba öeldud, areneb emakakaela vähk harilikult klimakteeriumijärgsel perioodil (50.—60. aastatel), s. t. ajal, mil veriste eritiste ilmumine ei saa jääda märkamatuks ja põhjustab tõsise kahtluse vähktõve suhtes. Need eritised koosnevad vähilistest haavanditest tulevast verest emakanäärmete eritise lisandiga, millised näärmed suurendavad oma sekretsiooni emaka limanaha kahjustuse tõttu; tüsistumise korral infektsiooniga on neil eritistel vinav iseloom. Emakavähi puhul ilmnevad valud näitavad, et vähiline protsess on arenenud kaugele.

Verejooksud võivad vähihaigeil omada ähvardavat iseloomu, eriti hilisema, hooletusse jäetud emakakaela-vähktõve puhul, kui protsess haarab mõne suurema, vähilise vohandi läheduses kulgeva veresoone seina; sel juhul võib tekkida mitte ainult terav aneemia, vaid võib järgneda ka surm.

Sellised juhud nõuavad radikaalsemat vahelesegamist: tamponeerimist, põletamist pakelääniga ja koguni veresoonte kinnisidumist. Kuid mitte ainult verejooksud (vähesed ja kestvad või vastupidi, lühiajalised ja rohked) ei põhjusta aneemiat ja vähihaigete organismi nõrgenemist. Sageli ilmneb juba haiguse alates vähihaigetel nahkkatete ja ka limanahkade iseloomustav kahvatus. See aneemia ei ole niivõrd verejooksude tulemus, kuivõrd teravalt avalduva vähilisest intoksikatsioonist sõltuva hemolüüsi — punaliblede hävimise — tagajärg. Mis puutub metastaasidesse, siis kõigepealt need kanduvad lümfiteede kaudu lähemaisse lümfisõlmedesse ja pärast

ka kaugematesse elunditesse (maksa, neerudesse, kopsudesse jne.). Muide, sellised kauged metastaasid esinevad harva.

Resümeerides kõike öeldut emakavähi varajaste tunnuste kohta võime neid liigitada objektiivseiks ja subjektiivseiks.

Objektiivsete sümptoomide hulka kuuluvad: emakakaela tupeosal erosioonide ja haavandite olemasolu, mis veritsevad järelevaatusel (sõrmega, vatiga, sondiga); igasugune paksenemine emakakaelal koe kühmumise nähtudega isegi ilma haavandumiseta, mädased haavandid, papillaarsed vohandid kasvajatükikeste eraldumisega järelekatsumisel.

Subjektiivsed sümptoomid: verejooksud pärast suguühet ja muude ülalloetletud kergete traumade järel, verejooksud pärast klimakteeriumi. Viimane sümptoom on eriti iseloomustav emakakeha vähile.

Igasugused menstruatsiooni ebakorrapärasused, visa valgevoolus — limane, limas-mädane verelisandiga, välissuguelundite ja tupe kihelemine — kõik need sümptoomid peavad juhtima meie tähelepanu vähktõve olemasolu võimalusele.

Mis puutub vähktõvekahtlase haige uurimise metoodikasse, siis seda peab teostama järgmise skeemi kohaselt:

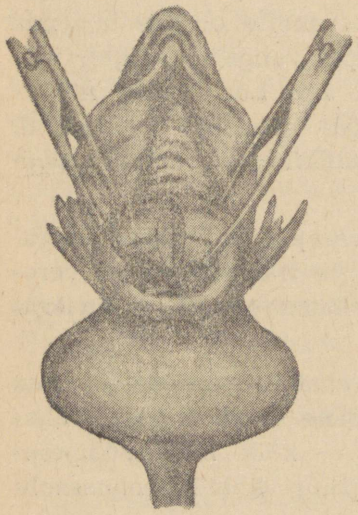
1) bimanuaalne järelekatsumine emaka seisundi ja liikuvuse ning vähi emakaümbruse koele levimise ulatuse kindlaksmääramiseks;

2) rektaalne järelekatsumine, et kindlaks määrata vähilise kahjustuse üleminekut ristluu-emaka sidemetele ja parameetriumi tagumistele osadele;

3) järelevaatus peeglite abil. Seda uurimismeetodit tuleb rakendada iga günekoloogilise haige juures

mitte ainult vähktõve varajaste juhtude avastamiseks, vaid iga vähktõvekahtlase seisundi puhul, mis ainult bimanuaalsel järelekatsumisel võib hõlpsasti jääda tähele panemata.

Emakakaela vähktõbi jaotatakse nelja staadiumi sõltuvalt tema levikust ümbritsevaile kudedele:



Joon. 98. Proovi ekstsisioon.

esimene staadium (opereeritav): kahjustus piirdub ainult emakakaela tupeosaga;

teine staadium (opereeritavuse piiril): vähk on levinud tupevõlvide limanahale;

kolmas staadium (mitteopereeritav): vähk on levinud ümbritsevale vaagna rakustikule;

neljas staadium (mitteravitav): vähk on levinud mitte ainult vaagna rakustikule, vaid ka naaberelundeile (kusepõiele, pärasoolele). Siia kuuluvad ka vähi metastaseerumise juhud väljaspool väikest vaagnat asetsevaisse elundeisse.

Neljas staadium ei kuulu ei operatiivsele ega kiirtega ravimisele, mistõttu selliseid juhtumeid ei pea saatma ravile haiglasse.

Ülaltoodud klassifikatsioon on esitatud skemaatiliselt, kuid on olemas ka detailsemaid klassifikatsioone.

Kahtlastel juhtudel lõigatakse emakakaelast välja väike tükike histoloogiliseks uurimiseks (biopsia). Seda tehakse skalpelliga (joon. 98) või kasutatakse selleks erikäärisid (konhotoomi tüüpi).

Tupp desinfitseeritakse enne biopsiat piiritusega. Pärast tükikese võtmist emakakaelast on järelejäänud defekti kõige parem põletada Paquelin'i aparaadi abil. Selle aparaadi puudumisel võib biopsiast tekkinud defekti söövitada kange karboolhappega (*Acidum carbolicum liquefactum*); siis katta see koht piiritusega niisutatud topiga (liigse happe neutraliseerimiseks) ja juhul, kui emakakaela kude veritseb, paigutada tuppe 6 tunniks steriilne marlitampoon.

Biopsiat peab teostama rangelt aseptikareeglite nõuete kohaselt. Väljalõigatud tükike paigutatakse klaaspurki 10%-lisse formaliinilahusesse või puhtasse piiritusse.

Viimasel ajal soovitatakse varaseks diagnostikaks katset Lugol'i lahusega (Schiller'i proov), mis seisab selles, et vähikahtlased kohad määritakse Lugol'i lahusega. Sel ajal kui glükogeeni sisaldavad normaalsed koed värvuvad tumepruuniks, jäävad vähiliselt kahjustatud koed värvusetuks. Kuigi nimetatud reaktsioon ei ole spetsiifiline (mõnikord on ta kinnikasvavate erosioonide puhul ka positiivne), aitab ta siiski selgitada kahtlasi juhtumeid ja ka märkida koe kohta biopsiaks. Kõige viimasel ajal leiab kasutamist kolposkoopiline meetod. Eriline aparaat kolposkoop (joon. 36) võimaldab meil vaadelda kahtlast kude 10—15-kordselt suurendatuna ja sellega täpsemalt määratleda patoloogilisi muutusi kudedes.

Emakaõõne vähi kahtluse puhul on vajalik teostada proovi väljakaapimine ja kaape histoloogiline uurimine.

Mis puutub suguaparaadi teiste osade pahaloomulistesse kasvajatesse, siis on vaja mainida Fallopio juhade esmast vähki ja välissuguelundite ning tupe vähki.

Fallopio juhade esmane vähk esineb väga harva; tavaliselt haarab neid vähiline protsess teiseselt, üle minnes munasarjadelt ja emakalt.

Välissuguelundite (häbeme) vähk.

Välissuguelundite vähk ei esine harvemini kui seesmiste suguelundite oma. Kõige sagedamini haigestuvad sellesse eatanud naised ja ta areneb harilikult kas häbememokkadel või kõdisti ja kusiti piirkonnas. Sageduselt seisavad kolmandal kohal Bartholin'i näärmete kahjustused. Välissuguelundite vähk võib olla esmane, kui ta tekib välissuguelundeid katva naha epiteelist, või teisene — vähilise protsessi ülemineku korral naaberelundeist (tupest, kusepõiest, emakast) (joon. 99).

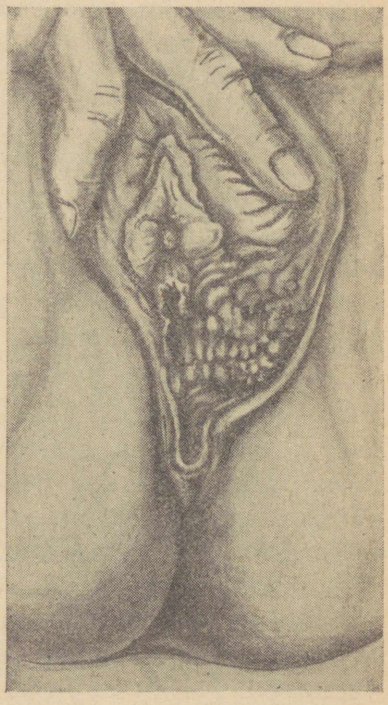
Histoloogiliselt on välissuguelundite vähk lamedarakuline, kuid harukordseil juhtudel võib see olla ka näärmeline (häbeme adenokartsioom), kui ta areneb näärmete (higi-, Bartholin'i näärmete) epiteelist.

Häbemevähi diagnoos ei ole algstaadiumis kerge, seda enam, et ta ei anna alguses mingisuguseid sümptoome. Paljud osutavad sellele, et häbeme ühes või teises kohas arenev esmane vähisõlm põhjustab kihelemist ja kipitust, kuid see sümptoom ei esine alati, pealegi on see tunnus erandlikult subjektiivne ega oma seetõttu suuremat diagnostilist tähtsust. Tuleb veel meeles pidada, et kaebused kihelemise ja kipituse üle ei ole eatanud naistel sugugi harukordsed.

Häbemevähk on üks pahaloomulisemaid vähktõve vorme veel seetõttu, et ta, kulgedes algul ilma igasuguste sümptoomideta, haarab kaunis vara protsessi kaasa vastavad kubeme lümfinäärmed (esmalt pinnalised ja pärast ka sügavad), nii et kui haige pöördub abi saamiseks, on nimetatud lümfisõlmed juba kahjustatud.

Häbemevähk algab sellega, et ilmub väike sõlmeke, mis kasvab kiiresti ja peatselt laguneb, tekitades väikese korrapäratute väljapööratud äärtega haavandi, mis on

ümbritsetud tihke vallikesega. Selle haavandi põhi on sageli peeneteraline. Lagunemise algstaadiumis on sellise haavandi eraldamine süfiliitilisest peaaegu võimatu ja ainult väljalõigatud tükikeste mikroskoobiline uurimine võimaldab õiget diagnoosi. Hiljem, kui areneb kubeme lümfisõlmede suurenemine, hakkavad haiged tundma suuri valusid, tekivad laialdased haavandid; viimastega kaasuvad halvasti lõhnavad verekad eritised, mis põhjustavad naaberkudede ärritust, pingulolekut, kihelemis- ja kipitustunnet. Kõige loetletuga kaasub üldine kehvveresus kehakaalu langusega, mille põhjustajaks on vähiline intoksikatsioon. Peale haavandilise kuju võib vähk areneda ka papillomatoossete vohanditena, meenutades lillkapsast, või ka koe sees asetseva tihke infiltraadina.



Joon. 99. Häbemevähk.

Kui häbemevähki õigeaegselt ära ei tunta või kui haige pöördus hilja arstiabi saamiseks ja ei ole võimalik teostada operatiivset ravi, siis viib see haiged tavaliselt kiiresti hääbumisele; haigus levib sügavale tupe seintesse, kusitisse ning vaagna rakustikku ja annab peale selle

metastaase lümfiteede kaudu lümfisõlmedesse. Kaugele arenenud juhtudel võivad metastaasid ilmneda ka kaugemais kudedes ja elundeis (kopsudes, maksas, neerudes).

Välissuguelundite vähi puhul on ennustus halb. Ainult õigeaegselt ettevõetud radikaalne operatsioon (kasvaja elektroekstsisioon) võib anda püsiva tervistumise. Ei ole aga võimalik opereerida, siis jääb üle katsetada raadium- või röntgenraviga.

Tupevähk.

Tupevähk tekib harilikult vähi ülemineku teel naaberelundeilt, nagu emakakaelalt, kusepõielt või pärasoolelt. Vähiline protsess kahjustab harva tuppe esmaselt.

Histoloogilise ehituse poolest on tupevähk kõige sagedamini lamedarakuline.

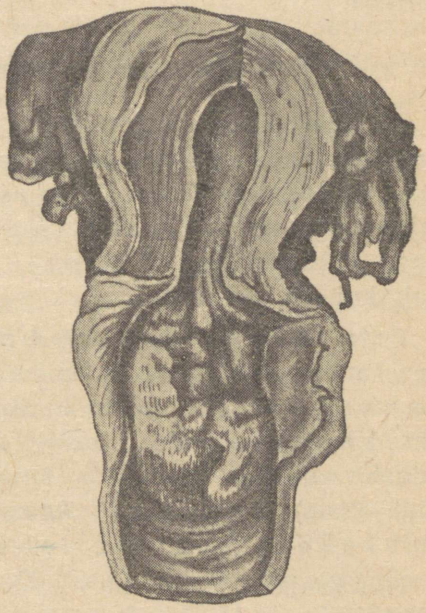
Eristatakse *piiristunud*, sõlmjat vähivormi, kui vähk areneb üksikute sõlmede näol, ja *difuusset*. Sellised sõlmed, olles esmalt liikuvad, ulatuvad väheselt limanaha pinnast välja (järelikult on nad järelevaatusel hõlpsasti kombeldavad), kusjuures kasvaja ümber täheldatakse põletiku nähte. Peatselt aga need sõlmed lagunevad ja tekivad kergelt veritsevad vallitaoliste äärtega haavandid, mis on komplemisel tihked ja infiltreerunud põhjaga. Selliste haavandite eritis muutub peagi *vinavaks* ja välimuselt *lihaveetaoliseks*. Vähilised haavandid asetsevad kõige sagedamini tupe tagumises seinas tagumise võlvi piirkonnas (joon. 100).

Difuusne (s. o. hajuv) vähivorm esineb märksa harvemini kui piiristunud vorm. Sellistel juhtudel on kogu tupesein infiltreerunud ja vähe järeleandlik.

Samuti nagu välissuguelundite vähk, nii on ka tupevähk väga pahaloomuline vorm juba seetõttu, et ta kiiresti kasvab läbi tupeseina ja levib kusepõiele ja pärasoolele.

Peale selle, asetsedes emakakaela otseses läheduses, läheb ta levimise teel sageli üle viimasele. Lõpuks annab ta kiiresti siirdeid lümfisõlmedesse — niude omadesse, kui ta areneb tupe ülemises kolmandikus, ja kubeme lümfisõlmedesse, kui protsess haaras tupe alumist kolmandikku.

S ü m p t o o m i d. Algstaadiumis ei esine mingisuguseid sümptoome ja diagnoosi võib panna ainult mikroskoobi abil, uurides väljalõigatud tükikesi. Haiged aga pöörduvad abi saamiseks harilikult siis, kui protsess on arenenud võrdlemisi kaugele, s. t. kui on juba kujunenud haavandid, milledega algul kaasuvad vähesed verekad eritised, mis haigete sõnade järgi ilmuvad suguühte ja loputuste puhul või ka ilma mingisuguse põhjuseta.



Joon. 100. Tupeseina vähk.

Sellised verekad eritised tekivad harilikult ka haige järelevaatusel tupe kaudu. Tupevähi puhul võivad esineda väga rohked verejooksud, mis ähvardavad koguni haige elu, kui näiteks haavandub mõne suure veresoone sein.

Haigestuse lõpe on kõige sagedamini ebasoodne. Hooletusse jäetud juhtudel kannatavad haiged talumatuid valusid, sest protsess on haaranud närvitüvesid; tekivad kuse-suguteede ja roojauurised ning haiged surevad peat-

selt vähilisest kahheksiast (kurtumusest), üldisest septilisest mürgistusest või ureemiast, kui protsess läheb üle vaagna rakustikule ja põhjustab kusejuhade kokkusurumist.

Ravitakse peamiselt kiirtega: raadiumiga, röntgenikiirtega.

Prognoos, profülaktika ja ravimine.

Prognoos on suguelundite vähktõve puhul üldiselt alati kahtlane, eriti aga sõltub tervest reast tingimustest: kasvaja anatoomilisest iseärasusest, lokalisatsioonist, haige vanusest ja lõpuks vähilise protsessi avastamise ajast. Vähktõbi kulgeb noortel naistel pahaloomulisemalt kui eatanuil.

Emakakeha vähk kulgeb aeglasemalt kui emakakaela oma; protsessi levimine naaberelundeile toimub emakakeha vähi puhul harilikult märksa hiljem kui emakakaela vähi korral; seetõttu võib mõningaid haigeid edukalt opereerida kaunis pika aja (mõnikord kuni aasta) möödumisel. Letaalne lõpe saabub hiljem emakakeha vähi kui emakakaela vähi puhul.

Nüüdisajal on vähi ravi mitte hooletusse jäetud juhtudel operatiivne ja edu on seda suurem, mida varem haigele tehakse operatsioon. Nüüd levib ja saavutab iga aastaga üha enam õigustust ravimine kiirtega (röntgenteraapia ja raadium). Raske on ennustada selle ravi saavutusi tulevikus, kuid seni on võimalik kinnitada, et häid tulemusi saadakse mitte hooletusse jäetud vähi juhtudel; hooletusse jäetud juhtudel, s. t. kui peale kiirgusteraapia ei jää üle mingit muud ravimenetlust, on kiirtega ravimise tulemused keskpärased. Mõistagi see ei eita juhtumeid, kus kiirgusteraapia mõjustusel tekib ka hooletusse jäetud juhtudel

mitte ainult tunduv paranemine, vaid ka enam-vähem püsiv tervistumine.

Võrreldes neid kahte ravimenetlust — operatiivset ja kiirgusravi, peab tunnistama, et lõplikkude tulemuste mõttes on eelised viimasel, sest ülemaailmse statistika kohaselt on püsiva tervistumise juhtude protsent (jälgides haigeid üle 5 aasta) suurem kiirgus-energiaga ravimisel. Peale selle tuleb arvestada asjaolu, et kiirgusteraapia puhul on esmane suremus keskmiselt 1½—3%, kuna aga operatiivsel ravimisel võrdub see keskmiselt 15%-ga. Kuid ka kiirgusteraapial on oma miinused: peamine neist on selle kallidus, sest kiirgus-energiaga ravimine nõuab mitte ainult röntgeniseadeldisi, vaid ka sellise kalli preparaadi olemasolu, nagu seda on raadium. Nüüdisajal rakendab enamik günekolooge vähktõve kombineeritud ravimismeetodit, mis seisab selles, et haiget esmalt opereeritakse ja operatsioonijärgsel perioodil kiiritatakse röntgeniga. Selline kombineeritud ravimenetlus annab soodsaid püsivaid tulemusi mitte hooletusse jäetud juhtudel. Seepärast on õige arvata, et operatiivne ja kiirgusmeetod vähktõve ravimisel ei konkureeri, vaid täiendavad vastastikku teineteist.

Peale mainitud kahe põhilise ravimenetluse on katsetatud hulgaliselt igasuguseid vahendeid: keemilisi preparaate, mitmesuguseid vaktsiine, seerumeid, fermente jt., kuid ilma märgatava eduta.

Kuigi nii opereeritava kui ka mitteopereeritava emakavähi ravitulemusi ei või nimetada headeks, sest enamikul juhtudest ei saavutata rakendatavate menetlustega püsivat tervistumist haigestuse retsidiivide tekkimise tõttu, ja kuigi varane diagnostika, millest sõltub ravimise edukus, ei osutu kaugeltki mitte kergeks, jääb siiski peamiseks teeks võitluses selle inimkonna nuhtlusega haigestuse ennetamine.

Selles küsimuses põrkame seni tunduvatele raskustele, milledest peamine seisab selles, et me ei tunne veel vaenlast, kellega peame võitlema, ei tea haiguse põhjust ja järelikult ei mõista otstarbekalt haigust ennetada. Kuid igapäevased täheldused näitavad, et palju saab teha selleks, et ennetada vähi tekkimist.

Profülaktilised abinõud peavad olema suunatud üldiste sanitaar-hügieeniliste elukondlikkude tingimuste parandamisele, et organism oleks suuteline haigestusele tugevat vastupanu avaldama. On vajalik ravida õigeaegselt kõiki põletikulisi haigestusi, mis mõnikord soodustavad vähktõve arenemist, samuti ka hoolitseda emakakaela defektide (rebendite, väljapöörete) kõrvaldamise eest, mis on sünnitustraumade tagajärjeks. Et ravimise edukus sõltub vähktõve varasest diagnoosist, siis on vajalik püüda luua tingimused, mis võimaldavad õigeaegselt avastada haigusjuhtumeid. Seda võib saavutada ainult ravi- ja profülaktikaasutiste võrgu laialdase arenemisega. Kuid seda on veel vähe. On vajalik, et elanikkond ise saaks aru vähktõve ohust; on tarvis, et ta ise tajuks just haiguse varase äratundmise tähtsust ja õigeaegselt pöörduks arstiabi saamiseks. Kuid seda võib saavutada ainult sanitaarselgitustöö hea organiseerimisega. Kõigis neis küsimustes peab tunduvat osa etendama keskharidusega meditsiiniline personaal. Tihedalt kokku puutudes elanikkonnaga peab ta kogu oma töö kestel tutvustama elanikkonda vähktõve esimeste tunnustega, selgitama õigeaegse arsti poole pöördumise tähtsust esimeste sümptoomide avaldumisel ning rõhutama vajadust, et vastavas vanuses naised (pärast 30. eluaastat) aeg-ajalt näitaksid end arstile, et mitte mööda lasta varaseid vähktõve sümptoome. Kuid sellega veel ei piirdu ämmaemanda või velskri osatähtsus. Oma tööprotsessis peavad nad avastama kahtlased juhud ja täheldama vähktõve esimesi tunnuseid, et selliseid haigeid

saata õigeaegselt spetsialisti juurde diagnoosi lõplikuks määratlemiseks ja vastavaks ravimiseks.

Seetõttu tuleb ambulatoorses praksises iga haige peale sõrmedega järelekatsumist järele vaadata tingimata ka peeglitega, sest ainult sel teel võib avastada pahaloomulisuse suhtes kahtlasi erosioone emakakaelal.

Arvestades asjaolu, et vähktõve arenemisele eelneb terve rida seni meile veel tundmatuid muutusi kudedes, peame õigeaegse ja ratsionaalse ravi huvides erilist tähelepanu pöörama sellistele muutustele elundeis, millede pinnal võib vähk mõnikord areneda. Sääraste patoloogiliste seisundite hulka kuuluvad emakakaela rebendite armid, tservikaalkanali limanaha ektroopionid (väljapöörded), erosioonid, polüübid, leukoplaakiad, kondüloomid, papilloomid, pigmendilaigud ja emaka kroonilised põletikulised haigestused, eriti endotservitsiidid, peamiselt gonorröalised. Kunsttehislikkude abortide sagedane esilekutsumine ja sellega seotud trauma ning infektsioon ei jäta samuti mõjustamata genitaale ühenduses vähktõve arenemise võimalusega.

Loetletud haigestuste õigeaegne ravimine osutub parimaks profülaktiliseks abinõuks.

Tähtsaks profülaktiliseks abinõuks emakakaela vähi vältimiseks on loobumine erosioonide ravimisel sööbivate vahendite (põrgukivi) tarvitamisest. Kõik haiged, kellel emakakaela erosioonid ühe või teise ravimenetluse pikemaajalisest (üle kahe kuu) rakendamisest hoolimata ei parane, tuleb saata spetsialisti juurde edasise ravimisviisi määramiseks (operatiivne vahelesegamine, elektrokoagulatsioon, raadiumteraapia jms.).

Kogu aeg tuleb meeles pidada, et kõigil kahtlastel juhtudel ainult õigeaegselt teostatud emakakaela väljakaapimine või väljalõigatud tükikeste uurimine lõplikuks

diagnoosimiseks suudab säilitada haige elu. Ainult sellistes tingimustes võib võitlus vähktõvega edukas olla.

NSV Liidus suureneb viimastel aastatel iga päevaga rajoonide vähktõvepunktide arv. Nendega peavad pidama tihedat sidet kõik rajooni polikliinikud, ambulatooriumid, nõuandlad ja ka raviasutised, saates sinna kõik kahtlaste kasvajatega haiged.

Rajoonide onkoloogide ülesanded on järgmised:

1) kõikide saadetud haigete konsultatiiv-diagnostiline vastuvõtt punktis;

2) antud rajooni arstide väljakutsel konsulteerimine kodus ja raviasutistes viimaste väljakutsel;

3) ravitud vähihaigete ja vähikahtlaste haigete dispanseerimine oma rajoonis;

4) vähktõvevastane propaganda rajooni elanikkonna ja arstkonna seas;

5) ravimatute vähihaigete hooldamine.

Kõike seda teostatakse nii arstide kui ka keskharidusega meditsiinilise personaali erikoosseisude abil.

Kuid meditsiinilise keskharidusega personaalile langeb ka raske mitteopereeritavate vähihaigete põetamine. Selline kohustus on raske mitte ainult füüsiliselt, vaid ka moraalselt, sest tuleb olla nende õnnetute naiste aeglase suremise juures, kes kannatavad suuri piinu, kuid ei kaota lootust saada päästetud ja ootavad radikaalset abi, mida andma meie aga seni pole võimelised. On vaja palju füüsilist ja moraalset jõudu, oskust, taktitunnet ja armastust oma kutse vastu, et sellistele haigetele tõeliselt jõukohast abi anda. Nende hooldamine seisab rusuvate sümptoomide kõrvaldamises ja kannatusi põhjustavate uute tüsistuste (näiteks lamatiste) ennetamises.

Et vähihaiged sageli levitavad enda ümber vinavat lõhna, mis sõltub suguosadest väljuvaist eritistest, siis

tuleb need haiged eemaldada üldosakondadest ja eraldada eripalateisse. Haigete ja põetava personaali seisukord muutub veel raskemaks, kui haigus areneb uuriste (kusesuguteede ja roojauuriste) tekkimiseni, millal haige suguelundid kujutavad endast lagunevate infitseeritud massidega vinavalt haisvat kloaaki. Selliseid haigeid puhtaina hoida on väga raske, kuid see on vajalik, sest just neil arenevad kõige sagedamini lamatised alatisest voodis lamamisest.

Niisuguste haigete puhtuses hoidmine seisab nende sagedases pesemises, loputustes roiskuvate eritiste ja lagunevate masside kõrvaldamiseks, haigete sagedastes ümberpaigutamistes ning asendi muutmistes ja ka õigeaegses pesu vahetamises.

Põetava personaali eriliseks hooleks olgu sellistele haigetele narkootikumide andmine, milledega nad kiiresti harjuvad ja milledeta nad lõpuks ei saa olla. Nende kannatuste leevendamiseks on mõnikord vajalik anda morfiumi mitu korda päevas.

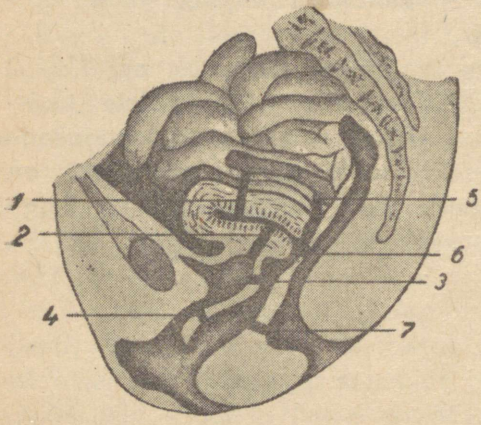
Ravimata vähihaigete keskmine elukestus on 1½—2 aastat. Surm järgneb kõige sagedamini septilistele tüsistustele, siis veel aeglaselt arenevale ureemiale kusejuhade kokkusurumise tõttu, progresseerivast aneemiast, mis on tingitud kestvaist verejooksudest, lõpuks tihti ka haige progresseerivast kurtumusest.

VI peatükk.

UURISED.

Uuriseks (fistuliks) nimetatakse e b a l o o m u l i k k u ü h e n d u s t, mis tekib ühelt poolt tupe ning emaka ja teiselt poolt naabruses asetsevate õõnsate elundite (kusepõie ja soolestiku) vahel. Sõltuvalt tekkimispaigast jaotatakse neid kuse-sugu-uuristeks, kui nad viivad kusepõide, ja roojauuristeks, kui nad viivad soolestikku (joon. 101).

Uuriste tekkimiskoha täpsemaks tähistamiseks eristatakse kusiti-tupe, põie-tupe, põie-emaka, kusejuha-tupe ja kusejuha-emaka uuriseid. Üheaegselt võib olla ka mitu uurist. Roojauurised võivad tekkida tupe ja pärasoole, kuid ka soolestiku muude osade vahel (peensoole, S-käärsoole) ja peale selle veel pärasoole või peensoolesilmuste ja emaka vahel.



Joon. 101. Uuriste skemaatiline joonis. *1* — soole-emaka uuris; *2* — emaka-põie uuris; *3* — tupe-põie uuris; *4* — kusiti-tupe uuris; *5* — soole-tupe uuris; *6* ja *7* — tupe-pärasoole uuris.

Uuriste tekkimise p õ h j u s e d võivad olla järgmised: 1) sünnitustrauma; 2) operatsioonitrauma (uurised pärast vahelesegamisi sünnituse ajal ja pärast günekoloogilisi operatsioone); 3) põletikulised protsessid mädanikkude ja haavandite tekkimisega; 4) pahaloomulised kasvajad (harilikult hooletusse jäetud); 5) sünnipärased defektid ja väärarendid; 6) juhuslikud traumaatilised vigastused.

Mis puutub sünnitustraumasse, siis see võib põhjustada uuriseid juhul, kui toimub pehmete kudede kestev kokkusurumine häbemeluu kaare tagumise pinna enam väljaulatuvate osade ja loote pea vahele. Kestev kokkusurumine ja kudede lömastamine põhjustavad nende kärbust ja eraldumist, mistõttu neis kohtades tekivad defektid. Et kusepõis omab head nihkumisvõimet ülespoole eriti siis, kui see on täitunud, siis võib loote pea ja häbemeluude vahele pitsuda mitte ainult kusepõie sein, vaid ka kusiti, mistõttu viimasel ühes või teises kohas võivad samuti tekkida uurised.

Uuriste tekkimine pärast o p e r a t i i v s e i d v a h e l e s e g a m i s i sõltub samuti rebendeist, lömastamisest või ka kudede osalisest ärarebimisest instrumentidega; mõnikord aga oleneb pärast operatiivseid vahelesegamisi koe nekroos vastavat kude toitvate veresoonte hävimisest, samuti läbilõikamisest või kinnisidumisest ning ka mädanemise ja operatsiooni ajal pealepandud õmbluste lahtiminekust.

Uuriste olemasolu määratletakse haige kaebuste alusel kuse ja rooja (roojauuriste puhul) eritumise korral tupe kaudu, järelevaatusel peeglite abil, komplemisega, sondeerimisega, mõningail juhtudel aga erilise uurimismeetodiga, nagu värvilise vedeliku valamine põide ja selle valgumise määratlemine tuppe, kusepõie ja kusejuhade kateetrimine või tsüstoskoopia.

Mis puutub uuriste haiguskulgu, siis ei või oodata nende iseeneslikku kinnikasvamist, kuigi selliseid juhtumeid on täheldatud, näiteks kusejuhade uuriste puhul ja ka juhtudel, kus uuriste ääred ei jõudnud veel armistuda. Igal juhul tuleb rakendada kõik abinõud selleks, et luua soodsaid tingimusi uuriste iseeneslikuks paranemiseks. Abinõuks kuse-sugu-uuriste puhul on püsivkateetri paigutamine kusepõide, et takistada uurise äärte väljavenitamist ja nende niisutamist kusega, roojauuriste puhul aga puhtalt hoidmine, desinfitseerivate loputuste määramine ja granuleeruvate pindade määrimine.

On vajalik osutada järgmistele uuristega kaasuvaile tüsistustele: 1) ärritus, kihelemine ja valud välissuguelundite ja reite piirkonnas alatise kokkupuutumise tõttu eritatava ja laguneva kusega; 2) ülenev infektsioon suguelundite alumistest osadest neerudesse ning muudesse naaberkudedesse ja -elundeisse (emakasse, munasarjadesse, munajuhadesse, rakustikku, kõhukelmele); 3) mädajad eritised; 4) menstruatsioonide puudumine toitumuse languse ja ainevahetushäirete tõttu; 5) närvisüsteemi rusutud olek seetõttu, et sellised haiged mitte ainult ei muutu töövõimetuks, vaid on koormaks ligimestele ja endale uriini ebameeldiva lõhna tõttu, mida nad levitavad.

Profülaktilised abinõud uuriste ennetamiseks, nagu ülaltoodust selgub, peavad olema suunatud sünnitusabi õigele korraldamisele ja elanikkonna kindlustamisele kvalifitseeritud sünnitusabiga. Sünnitusjärgsete uuriste profülaktika seisab kudede ja elundite ettevaatlikus käsitsemises, kudede traumatiseerimise ja instrumentidega ettevaatamatute manipulatsioonide vältimises. Tähtsat osa etendab ka sanitaarselgitustöö põletikuliste ja pahaloomuliste protsesside ennetamise mõttes õigeaegse pöördumisega meditsiinilise abi saamiseks arsti poole.

Mis puutub uuriste r a v i s s e, siis sel puhul, kui ülaltoodud konservatiivsete abinõudega, s. o. püsivkateetri määramisega ja puhtalt hoidmisega ei ole võimalik saavutada uurise tervistumist, on vajalik rakendada kirurgilist ravi. Kirurgiline raviviis seisab uurise äärte värskendamises ja nende kokkuõmblemises. Kuid ka operatsioon esmakordselt sageli ei õnnestu ja seda tuleb teha mõnikord korduvalt.

Suurt tähtsust operatsiooni edukuses omavad operatsioonieelne ettevalmistus ja ka operatsioonijärgne hooldamine, mis seisab selles, et jälgitakse sisseviidud püsivkateetri õiget asendit kusepõie tühjendamisel. Kateetri ots peab olema alati paigutatud uriinipudelisse („part") mingi desinfitseeriva lahusega, mille hulk peab olema kindlaks määratud, et oleks alati teada uriinipudelisse eritatud uriini hulk. Iga kahe tunni järel kontrollitakse uriinipudelit, et veenduda, kas uriin eritub hästi. Kui kateeter ummistub või langeb kusepõiest välja, siis sellest peab kohe teatama arstile, et õigeaegselt kateetrit puhastada või asendada uuega. On vajalik jälgida, et haige täidaks arsti ettekirjutusi ühe või teise kehaasendi suhtes (küljeli, selili, mõnikord ka kõhuli), sest seda nõuab mõnikord uurise asukoht kusepõie ühes või teises seinas. Operatsioonijärgsel perioodil peavad haiged saama piimatoitu ja süsihappelisi mineraalvesi. Mõnikord tarvitatakse ka kuseteid desinfitseerivaid medikamente, nagu salooli ja urotropiini.

VII peatükk.

VÄLTIMATU ABI GÜNEKOLOOGIAS.

Naise suguelundite traumaatilised vigastused.

V ä l i s s u g u o s a d e vigastused võivad olla põhjustatud muljutustest hematoomide või nahaaluste verevalumite tekkimisega, mis on sageli seotud naha vigastusega. Sellistel juhtudel muutub häbe kõvaks-elastseks purpurpunase värvusega kasvajaks, mis on pinev ja valulik. Kõdisti piirkond ja väikesed häbememokad on harilikult turses. Kusemine on valulik, mõnikord takistatud. Sellised vigastused tekivad juhuslike muljutuste puhul kukkumisel kõvadele ja teravaile esemeile. Maal juhtub muljutusi, mida tekitavad koduloomad (härjad, lehmad, kitsed) oma sarvedega, mispuhul on tegemist mitte ainult muljutustega, vaid ka rebitud haavadega, mis mõnikord on sügavad ning tungivad tuppe, kusepõide ja pärasoolde.

R a v i: voodirahu, kompressid Burow' lahusega või tinaveega häbeme piirkonnale; valude puhul — ravimküünlad belladonnaga või oopiumiga. Verejooksu ja mädanemise vältimiseks ei tohi hematoome kunagi avada. Läheb aga hematoom ise mädanema, siis kuulub ta avamisele ja seda tuleb ravida nagu iga abstsessi (drenaaž, side). Kõigi ulatuslike haavade puhul naaberelundite vigastustega tuleb haiged otsekohe saata haiglasse kirurgiliseks abistamiseks.

Muudest traumaatilistest vigastustest tuleb võrdlemisi sageli tegemist teha h ü ü m e n i ja t u p e l i m a n a h a rebenditega ning t u p e v õ l v i d e vigastustega, mis tekivad suguühte ajal ja tungivad mõnikord r a k u s t i k k u ning koguni k õ h u õ õ n d e.

Selliste vigastuste põhjuseks võib olla: lihajas hüümen, tupe liigne kitsus, tupeseinte haprus (armid, raukusatroofia, välissuguelundite alaareng), kuid ka toores suguühe, eriti purjus olekus või ebanormaalses asendis. Selliste vigastustega kaasuvad sageli verejooksud, mis mõnikord põhjustavad koguni surma.

R a v i on kirurgiline: rebendite kinniõmblemine, veritsevate veresoonte ligeerimine või tihe tamponeerimine steriilse marliga juhul, kui mingisugusel põhjusel õmblusi ei saa teha või haav on tugevasti lömastatud. Selliste vigastuste oht ei piirdu mitte ainult verejooksudega, vaid nendega kaasub flegmoonide tekkimine rakustikus, mis omakorda võivad põhjustada peritoniiti ja üldist septilist nakatust. Igal tüsistunud juhul tuleb haige viivitamatult saata haiglasse.

Sünnitusaktist sõltuvad vigastused kuuluvad samuti traumaatiliste hulka (emakakaela, tupe, lahkliha rebend). Abiandmist ja ravimist nende puhul kirjeldatakse sünnitusabi õpikuis ja seetõttu me seda siinkohal ei käsitle.

On vajalik veel peatuda emaka vigastustel, mis esinevad kunsttehislike abortide, peamiselt aga kriminaalsete abortide puhul.

Raviasutistes kunsttehisliku abordi tegemisel esinevad emaka mulgustumised (perforatsioonid) võrdlemisi harva, ja kuigi neid juhtub, siis lõpevad need õigeaegsete abinõude rakendamise võimaluse tõttu harilikult soodsalt. Kuid vastuoksa k r i m i n a a l s e abordi tegemisel lõpevad emaka vigastused ebakohase seadistuse tõttu peaaegu alati surmaga infektsiooni tagajärjel või väga raskete

tüsistustega, mis teevad naise kogu eluajaks vigaseks. Selliseid vigastusi tekitatakse bužiidega, varrastega, hanesulgedega, naeltega, puust ja rauast pulkadega jne. Mõnikord ei piirdu need vigastused ainult emakaga, vaid haaravad ka naaberelundeid — kusepõit, soolt. Ravi on ainult kirurgiline.

Emakaväline rasedus.

Kui viljastatud muna implantatsioon (sisseistutumine) teostub väljaspool emakaõõnt, siis sellist rasedust nimetatakse emakaväliseks ehk ektoopiliseks.

Muna kinnituskohtade järgi eristatakse:

1) munajuha-rasedust, kui viljastatud muna kinnitub juha valendikus;

2) munasarja-rasedust, kui viljastumine ja implantatsioon toimub lõhkenud folliikulis;

3) kõhuõõne-rasedust, kui muna implanteerub kõhuõõnes, ja

4) rasedust emaka rudimentaarses (jädemelises) sarves.

Praksises kohtame peamiselt munajuha-rasedust, kuna kõik muud variandid esinevad väga harva ja nende määratlemine toimub harilikult operatsiooni ajal. Edasisel käsitlemisel piirdume peamiselt selle emakavälise raseduse vormiga.

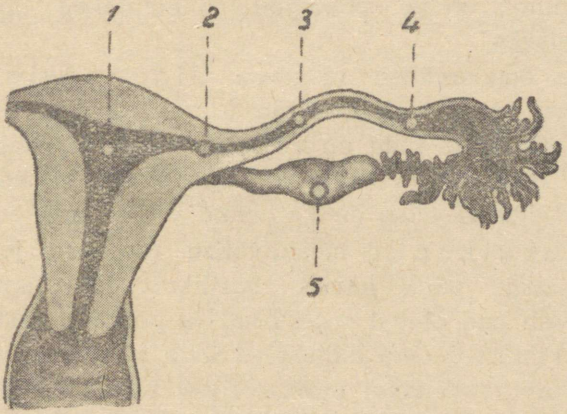
Sõltuvalt sellest, millises munajuha osas muna implanteerus, eristatakse: interstitsiaalset, istmuselist (kui muna implanteerub munajuha kitsuses) ja ampullaarset munajuha-rasedust (joon. 102).

Mis puutub munajuha-raseduse tekkimise põhjustesse, siis nendeks võivad olla:

1) põletikulised muutused munajuhas, nagu silmusetaolised käänud, munajuha valendiku osalised kokkukasvamised (atreesiad), põletikuliste protsesside tagajärjel

tekkinud armilised muutused jne.; kõik see loob takistusi muna liikumisele emakaõõnde: muna peatub ja areneb munajuhas;

2) sisesuguelundite infantilism, mispuhul munajuhad on normaalseist pikemad, väänilised, kitsa valendikuga; sel puhul tuleb munal läbida pikem ja raskem tee, mille ulatusel muna ka implanteerub; siia kuuluvad munajuha-



Joon. 102. Muna implantatsiooni kohad emakavälise raseduse puhul. *1* — muna normaalne implantatsioon emakaõõnes; *2* — implantatsioon munajuha interstitsiaalses osas; *3* — implantatsioon munajuha kitsuse osas; *4* — implantatsioon munajuha ampullaarses (kubla-) osas; *5* — implantatsioon munasarjas.

raseduse ühe põhjusena veel lisa-munajuhade ja umbkäikude olemasolu, milledesse võib sattuda viljastatud muna, samuti munajuha peristaltika häired;

3) erakordselt suur muna, mistõttu ta ei suuda läbida munajuha kitsast osa ja peatub seal; muna liigne suurus võib olla põhjustatud selle patoloogilisest seisundist (munaraku liiga kiire jagunemine); liiga pikk tee (näiteks muna migratsioon ühepoolsest munasarjast vastaspoolsesse munajuhasse).

Munajuha-rasedus areneb lõpuni väga harukordselt: suurel enamikul juhtudest see katkeb kõige sagedamini raseduse teisel kuul. Seletatav on see asjaoluga, et munajuha limanahk on väga õhuke, ei oma limanahaalust kihti, mistõttu loote kõldkesta (*chorion*) hatud tungivad vahenditult munajuha lihaskihti ja lõppude lõpuks kasvavad sellest läbi. Selliselt toimub munajuha seina „läbisöömine", mida ebaõigelt nimetatakse munajuha „rebenemiseks".

Seoses emakavälise raseduse diagnoosiga peab tähendama, et see alati ei ole kerge, sest emakavälise raseduse kliiniline kulg on väga mitmekesine, mis sõltub raseduse kestusest ja muna implantatsiooni kohast, kuid ka sellest, kas rasedus on katkenud või areneb edasi.

Mittekatkenud emakavälise raseduse juhtumeid diagnoositakse väga harva, harilikult juhuslikult, kui haige arvab end olevat rasestatud ja pöördub arsti poole, et leida kinnitust oma oletusele. Selle põhjuseks on asjaolu, et progresseerival emakavälisel rasedusel harilikult ei esine mingisuguseid subjektiivseid sümptoome peale nende, mis on omased alanud normaalsele rasedusele. Emakavälise raseduse puhul esinevad ka samad objektiivsed sümptoomid: menstruatsioonide lakkamine, tupe limanaha tsüanoos, emaka suurenemine ja pehmumine, nibuväljade pigmentatsioon, piimanäärme surumisel ilmub ternespiim.

Mis puutub progresseeriva munajuha-raseduse tunnustesse, siis avalduvad need ainult munajuha kuju ja suuruse muutustes, mis sõltuvad seal arenevast viljastatud munast. Kuid siin tuleb arvestada, et sellist munajuha ei ole võimalik alati kombelda munajuha-raseduse algstaadiumis, sest alles teise kuu lõpuks küünib muna suurus kanamuna mõõdeteni. Peale selle mõjustavad järelevaatuse täpsust kõhuseina olukord, selle rasvakihi paksus,

soolestiku täitumus ja muud juhuslikud põhjused. Selle moodustise konsistents on harilikult pehme-elastne munas sisalduvast vedelikust, mistõttu teda on raske täpselt piiristada.

Lõpuks, kuigi õnnestub määratleda ülaltoodud muutusi munajuhas, ei või siiski kindel olla, et need sõltuvad seal arenevast munast, mitte aga põletikulistest muutustest emakamanustes või mingisuguse kasvaja olemasolust. Seetõttu just ongi väga tähtis hoolikalt kogutud anamnees, et eraldada muid haigestusi.

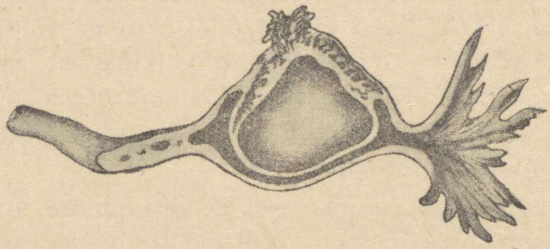
Mis puutub laboratoorseisse eriuuringuisse, nagu Zondek-Aschheim'i reaktsioon, erütrotsüütide settereaktsioon, leukotsütoosi ja glükosuuria määratlemine, siis kuigi nad võivad diferentsiaaldiagnostiliselt kaasa aidata emakamanuste haigestuste ja raseduse eristamisele, ei anna need mingisuguseid tugipunkte küsimuse otsustamiseks, kus nimelt areneb rasedus, kas munajuhas või emakas.

Diagnoosimine raskeneb veel seetõttu, et emakavälise raseduse puhul toimub ka emaka suurenemine kuni kolme kuuni lihasseina paksenemise ja emakaõõnes detsiduaalkesta arenemise arvel; ainult alates kolmandast kuust jääb emakas kasvus taha, sel ajal aga munajuhas arenev muna jõuab kaheteistkümnenda nädala lõpuks hanemuna suuruseni.

Arvestades neid raskusi, mis esinevad progresseeriva emakavälise raseduse diagnoosimisel, tuleb munajuharaseduse-kahtlane haige saata statsionaari vaatlemiseks, kus teda saab viivitamatult abistada juhul, kui oletatav diagnoos kinnitust leiab.

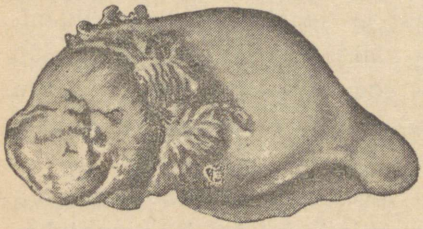
Märksa sagedamini täheldatakse katkenud emakavälise raseduse juhtumeid. Juba puhtmehaanilistel põhjustel (munajuha seina väike paksus) ei arene munajuharasedus harilikult kauemini kui mõni nädal ja järelikult

lõpeb kiiresti. See võib teostuda kahel viisil: kas hatud söövad läbi juha ja tekib selle rebend (joon. 103) verejooksuga vabasse kõhuõõnde, või lootekott avaneb munajuha valendikku ja muna tõugatakse munajuha lehtriosa



Joon. 103. Munajuha-rasedus: juha rebend.

kaudu kas osaliselt või täielikult kõhuõõnde — munajuha-abort (joon. 104). Sel puhul tekib samuti verejooks, kus-juures veri satub munajuha lehtriosa kaudu Douglas'e ruumi, rohke verejooksu puhul aga ka kõhuõõnde.



Joon. 104. Munajuha-rasedus: munajuha-abort.

Munajuha-rebendi määratlemine on võrdlemisi kerge, sest sellega kaasuvad harilikult rasked verekaotuse ja kõhuõõnde toimuva verevalumi sümptoomid. Üldsümptoomid seisavad šoki ja seesmise verejooksu nähtudes: järsk pea ringlemine, minestus, kollaps, naha ja limanaha kahvatus, jäsemete ja ninaotsa külmenemine, asfüksia nähud, pulsi ja vererõhu langemine, haigutamine kui hapnikunälguse tunnus jms. Temperatuur on harilikult normaalne või alla normi.

Paiklikud nähud avalduvad kõhuseinte pinguses ja tundlikkuses kõhukelme ärrituse tõttu väljavoolanud verest, mis omakorda põhjustab positiivset Blumbergi sümptoomi (valulikkus palpeeriva käe kiirel eemaldamisel kõhuseinalt). Perkuteerides konstateeritakse tumestumist kõhu längus osadel. Seesmise järelevaatusega ei saavutata kindlat kujutlust emaka ja manuste seisundist, sest need on ümbritsetud väljavoolanud verega.

Verejooksu välissuguosadest võib ka mitte olla; kui see esineb, siis on sel ainult määriva eritise iseloom detsiduaalkesta irdumisest emakaõõnes. Diferentsiaaldiagnostilisest seisukohast on vajalik eraldada muudest elunditest toimuva seesmise verejooksu võimalust, ka mulgustatud peritoniiti mao- või soolehaavandi tagajärjel, apenditsiiti või kõhuõõnde avanenud püosalpinksit. Neil juhtudel on võimalik läheneda õigele diagnoosile hoolikalt kogutud anamneesi, temperatuuri, pulsi, vere uurimise, settereaktsiooni ja paiklike nähtude abil. Arvestades kõike seda asutakse küsimuse lahendamisele, kas on esiplaanil seesmise verejooksu tunnused - või peritoniidi nähud. Õige küll, mõlemal juhul on operatiivne abi eluliselt vajalik ja haige tuleb viivitamatult saata statsionaari.

Raskem on munajuha-abordi diagnoosimise küsimus. Neil juhtudel, kui meil on tegemist kuupuhastuse seiskumisega, verekate eritistega emakast, hoogvaludega ühel või teisel pool kõhu allosas, emaka suurenemise ja pehmenemisega, tupe limanaha sinikusega, pikliku kuju ja muutuva konsistentsiga kasvajaga emakamanuste piirkonnas, mis on liikuv ja komplemisel peaaegu valutu, siis tekitab munajuha-abordi diagnoos vaevalt kahtlust.

Kui sellele lisaks emakast väljub tükk kude, mis vormilt kujutab endast emakaõõne jäljendit (*decidua graviditatis*), siis see veel enam kinnitab meie diagnoosi. Seetõttu tuleb uurimisel alati hoolikalt järele vaadata tupest

väljavõetud hüübeid, mille hulgas võib leida kui mitte tervet detsiduaalkesta, siis selle üksikuid tükke; kahtlastel juhtudel tuleb neid saata uurimiseks laboratooriumi.

Haige vaatlusel on vajalik alati täheldada naha ja skleerade värvust, sest nende ikteeriline värvus viitab seesmisele verejooksule. Mõnede loetletud tunnuste puudumisel, kuid ka juhtudel, kui need ilmnevad mitte küllalt selgesti, võib diagnoos kõikuda emakavälise raseduse ja ähvardava abordi vahel manuste põletikulise kasvaja olemasolu korral. Sellised juhud, milledega harilikult ei kaasu tunduvat seesmist verejooksu, nõuavad sageli kestvat statsionaarset vaatlust.

Eriti keerukaks muutub emakavälise raseduse diagnoos sel puhul, kui haige ise üritas ühe või teise abinõuga raseduse katkestamist või kui tehti väljakaapimine, tundmata ära emakavälist rasedust. Lõpuks tuleb silmas pidada, et esinevad juhud, kuigi harva, kus samaaegselt areneb rasedus emakasiseselt ja emakaväliselt.

Kui munajuha-abort kulgeb nii, et muna irdub aeglaselt, haarates väikesi piirkondi, ja verejooks sealjuures ei ole suur, siis tekib vere kogunemine lootekotti ja munajuha seina vahele. Selle tagajärjel tekib sageli kokkuliituv põletik munajuhalehtri piirkonnas ja pärast seda munajuha abdominaalse otsa kinnikasvamine. Niiviisi oma asemelt eraldunud muna ei või edasi areneda ja hävib. Moodustub hematosalpinks (munajuha verekas kasvaja). Edaspidi munajuhasse voolanud veri hüübib, moodustades veretüki, mis järk-järgult organiseerub ja kasvab sidekoeliselt läbi, andes lõpptulemusena niinimetatud lihase heidiku (*mola carnosa*).

Kui munajuha-abordi puhul munajuha abdominaalse ava kaudu valgub küllaldasel hulgal verd väikese vaagna õõnde, siis see koguneb Douglas'e ruumis, moodustades emakataguse verevalumi (verikasvaja) (*haema-*

tocele retrouterina). Seesmisel järelekatsumisel saame harilikult järgmised andmed: tupe tagumine võlv on välja sopistunud, emakas on tõrjutud üles- ja ettepoole, emaka taga asetseva moodustise konsistents on pehme-elastne, liikumatu, ülemine piir on laialivalguv. Kui perkuteerida kõhu allosa, siis ei ühti perkutoorne piir palpeerimisega määratletud piiriga, vaid on sellest ühe-kahe sõrmelaiuse võrra madalamal. See sõltub asjaolust, et emakatagusest verikasvajast kõrgemal asetsevad soolesilmused on üksteisega ja rasvikuga liitunud, mis tekitavadki perkuteerimisel tümpaanilist kõla.

Diferentsiaaldiagnostilisest lähtekohast võib emakatagust verikasvajat mõnikord ära vahetada pelveoperitoniidiga. Viimase kujunemine on seotud teistsuguse kliinilise pildiga, mida juba kirjeldasime vastavas peatükis. Kahtlastel juhtudel võib teha proovipunktsiooni tagumise võlvi kaudu vedeliku iseloomu määratlemiseks.

Emakataguse verikasvaja saatus võib olla mitmesugune. Verikasvaja imendub harva seetõttu, et tema välispinnal tekib harilikult tihedast fibriinivõrgustikust koosnev kaunis tihke kapsel. Kui sinna satub infektsioon, siis tekib kasvaja mädanemine; sel puhul on näidustatud kolpotoomia, et kogunenud mädale võimaldada väljavoolu.

Mis puutub emakavälise raseduse teraapiasse, siis nüüdisajal on üldtunnustatud põhimõtteks, et iga avastatud emakaväline rasedus kuulub operatiivsele ravimisele.

Et absoluutselt enamikul juhtudest on tegemist munajuha katkenud rasedusega, siis seisab operatiivne vahelesegamine raseda munajuha kõrvaldamises kõhulõikuse teel, millele järgneb sinna kulgevate veresoonte ligeerimine ja ümarsideme köndi peritoniseerimine.

Kui rasedus asetseb munajuha interstitsiaalses osas, siis tuleb see piirkond koos emaka lihasseina osaga resetseerida ja tekkinud defekt kinni õmmelda.

Emakataguse verikasvaja puhul, eriti kui on tegemist vananenud juhuga, võib operatiivne vahelesegamine põrgata raskustele seoses liitumiste ja kokkukasvamistega, mis on tekkinud verevalumi ümber moodustunud fibroosse kapsli ja lähedal asetsevate elundite vahel. Mädaneva emakataguse kasvaja puhul on kõhulõikus riskantne; sellistel juhtudel seisab operatiivne vahelesegamine tagumise võlvi avamises tupe kaudu ja Douglas'e ruumi dreenimises jämeda kummist dreeniga (lk. 345).

Kõhuõõnde voolanud verega talitatakse mitmeti.

Meie eemaldame verehüübed harilikult käega; kui aga vedel veri segab operatsiooni, siis kõrvaldame selle suurte marlitampoonide paigutamisega kõhuõõnde. Mõned koguvad seda verd, segavad 5%-lise sidrunhappenaatriumiga ja niristavad haigele veeni, et katta verekaotust. Katkenud emakavälise raseduse operatsiooni ajal peab olema kõik valmis füsioloogilise lahuse sisseviimiseks, mida võib tarvis minna haige olles veel operatsioonilaual. Operatsioonijärgsel perioodil peab haige olema õe lakkamatu vaatluse all.

Haige tuleb asetada sooja voodisse padjata, ümbritseda soojaveekottidega ja tõsta voodi jaluts kõrgemale. Kaotatud vere asendamiseks määrame harilikult sellistele haigetele klistiiri füsioloogilise lahuse ja glükoosiga. Klistiirid tehakse väikesed, 50 cm^3 iga tunni järel. Rohkete verekaotuste puhul tehakse füsioloogilise lahuse korduvaid niristusi või, mis on veel parem, füsioloogilise lahuse ja glükoosi tilkklistiir. Vastavate näidustuste puhul tuleb teostada vere siirdniristus (vere transfusioon).

Kasvaja vändumine.

Liikuvate kasvajate üheks võrdlemisi sagedaseks ja ohtlikuks tüsistuseks on nende sääre vändumine.

Säärega subseroossed fibromatoossed sõlmed vändu-vad kaunis harva. Märksa sagedamini juhtub seda emaka-manuste kasvajatega, eriti aga pikka säärt omavate muna-sarja tsüstidega.

Sääre vändumise tõeline põhjus ei ole seni veel selgi-tatud, kuid on olemas mõningaid asjaolusid selle nähtuse selgitamiseks. Kõigepealt tekib vändumine harilikult siis, kui teatava suuruseni arenenud kasvaja ei mahu enam väikesse vaagnasse, vaid väljub sealt suurde vaagnasse ja kõhuõõnde, s. t. muutub liikuvamaks. Pika säärega kas-vajad vändu vad sagedamini kui lühikese ja laia säärega kasvajad. Sääre vändumist soodustavaiks momentideks võivad olla soolestiku peristaltika, kasvaja ebaühtlane kasv, kõhusisese rõhu muutused, traumad, rasedus.

Vändumine võib toimuda äkki, kusjuures kõik nähud arenevad väga tormiliselt, või tekib järk-järgult, — tõenäo-liselt seetõttu, et sel puhul ei teki järsku ei vereringe- ega kasvaja toitumishäiret.

Sääre ägeda vändumise t u n n u s e d on kaunis ise-loomulikud. Äkki ilmnevad teravad suurenevad valud, milledega sageli kaasuvad iiveldus ja oksendamine. Kõht muutub pingsaks, tekib meteorism (puhitus) rooja ja gaaside peetuse tõttu. Pulss muutub sagedaks ja väike-seks. Kõik ülalkirjeldatud nähud on kõhukelme ärrituse tagajärg, kogu haiguspilt aga meenutab šokki, nagu seda täheldatakse näiteks pitsunud songa, neeruvoolmete jne. puhul. Sääre ägeda vändumisega kaasub alati kasvaja suurenemine venoosse paisu tõttu, mis tekib kasvaja sääres kulgevate veenide kokkusurumisest. Seejuures tekivad kasvajas peenikeste kapillaaride rebenemise tõttu

sageli verevalumid. Sellised verejooksud on mõnikord niivõrd suured, et nendega kaasuvad seesmise verejooksu nähud, nagu meelemärkuseta seisund, üldine kahvatus, pulsi langus, jäsemete külmenemine jne.

Kui väändumine jätkub, siis surutakse kokku mitte ainult veenid, vaid ka verd juurdetoovad arteerid. Arteriaalse vere juurdevoolu lakkamisest kasvaja kärbub, võib hakata mädanema või mädaselt lagunema (mikroobide sissesattumise tõttu soolestikust) ja põhjustada surmavat peritoniiti, kui õigeaegselt ei anta kirurgilist abi.

Kasvaja väändumise diagnoos pannakse ülaltoodud sümptoomide alusel. Seesmisel järelevaatusel õnnestub harilikult kombelda väikesest vaagnast väljaarenenud kasvajat, kuigi ägedakujulise väändumise puhul järelekatsumise andmed kõhu terava valulikkuse tõttu võivad olla kaunis ebatäpsed.

Ägedail juhtudel, seni kuni ei ole alanud kasvaja mädanemine ja kärbumine, on haigete temperatuur harilikult normaalne või subfebriilne. Suurt osatähtsust omavad anamnestilised andmed, eriti kui haigel oli teada kasvaja olemasolu. Mõnikord haiged osutavad, et kasvaja, mida nad varem endal ise komplesid, muutus äkki suuremaks koos ülalmainitud sümptoomide arenemisega.

Väändunud tsüsti ravimine võib olla ainult operatiivne ja operatsiooni tulemus on seda parem, mida varem opereeritakse. Sellest on ka arusaadav, et varajane äratundmine ja haige õigeaegne saatmine raviasutisse on väga tähtsad momendid operatsiooni tulemuste edukuses.

Vältimatu abi emaka verejooksude puhul.

Naise organismi kõigist elundeist on emakas kõige sagedamaks verejooksu allikaks. Peale rasedusega, sünnitusaktiga ja sünnitusjärgse perioodiga seotud verejooksude

võivad emaka verejooksud sõltuda, nagu kuulsime juba varem, nii paiklikest protsessidest emakas (eriti endomeetriumis) kui ka naise organismi üldhaigestustest. Emaka verejooksude põhjuste selgitamine ei ole alati kerge, vaid nõuab suuri kogemusi ning teadmisi ja tihti erilisi uurimismeetodeid. Seetõttu peab meditsiinilise keskharidusega personaali poole pöörduvad emaka verejooksuga haiged diagnoosi määramiseks suunama arsti-spetsialisti juurde. Kuid esineb juhtumeid, kus äkki tekkinud verejooks areneb niivõrd suureks, et muutub eluohtlikuks. Sellisel juhul peab mõistma haigele anda vältimatut abi kuni arsti saabumiseni või haige transportimiseni raviasutisse.

Väljaspool rasedust täheldatakse selliseid ohtlikke verejookse kõige sagedamini naise sugulise küpsemise perioodil (juveniilsed verejooksud), aga ka klimakteeriumieelsel ja klimakteeriumiperioodil. Need oma kulgemise poolest kõige raskemad verejooksud on samaaegselt ka kõige keerukamad diagnoosimisel, sest nad sõltuvad terve rea süsteemide ja organite funktsioonide häiretest.

Küpses eas esinevad eluohtlikud verejooksud harilikult seoses rasedusega (eriti mittetäieliku abordi puhul) ja emaka kasvajate puhul (submukoossed fibromüoomid). Klimakteerilises ja klimakteeriumijärgses eas põhjustab selliseid verejookse sageli pahaloomuliste kasvajate arenemine.

Nimetatud verejooksude ravimise põhimõtteks peab muidugi olema neid põhjustavate momentide kõrvaldamine, kuid kiiret erakordset abi enne arstiabi on võimalik haigele osutada mõnede konservatiivse iseloomuga võtete rakendamisel. Siia kuuluvad järgmised: 1) verdsulgevate vahendite rakendamine (ergotiin, pituitriin, kloorkaltsium), 2) tupe tamponeerimine, mille järel haige asetatakse ülestõstetud jalutsiga voodisse peaaju ja südame aneemia vältimiseks.

Peab alati meeles pidama, et tugevaastmelise aneemia puhul on suurepäraseks verdsulgevaks abinõuks vere siirdniristus, mis suurendab šansse operatsiooni (kui see osutub vajalikuks) heaks kordaminekuks.

Tupe tamponeerimist teostatakse järgmiselt: pärast käte hoolikat desinfitseerimist lastakse haigel välja kusi ja siis valmistatakse välissuguosad ning tupp ette niisama hoolikalt nagu iga tupeoperatsiooni puhul (lk. 310). Siis avatakse tupp peeglite abil ja steriilse tampooniga (pika ning kitsa ribana) tamponeeritakse tihedalt kõik võlvid ja siis kohevamalt ka tupp. Tamponeerimist on kõige parem teostada pika pintsetiga. Pärast tamponeerimise lõpetamist seotakse haige jalad põlvede kohalt käterätikuga kokku. Kõhu allosale pannakse mingi raskus (kott liivaga).

Tampoon jääb tuppe mitte kauemaks kui 12, maksimaalselt 24 tunniks, pärast seda kuulub see vahetamisele. Haige tuleb vastavais tingimustes ettevaatlikult raviasutisse transportida.

Tugevaastmelise aneemia puhul ja korraliku transpordi puudumisel jääb haige pärast tamponeerimist kuni arsti saabumiseni paigale.

VIII peatükk.

GÜNEKOLOOGILISTE HAIGETE PÕETAMISE METOODIKA JA NAISE SUGUELUNDITE HAIGESTUSTE ÜLDTERAAPIA.

Nagu nägime, rakendatakse naistehaiguste teraapias mitmesuguseid menetlusi, mida põhiliselt võib jagada kahte suurde gruppi: 1) mitteoperatiivsed ehk niinimetatud konservatiivsed ja 2) operatiivsed ehk kirurgilised ravimeetodid. Mõlemaid raviviise teostatakse sõltuvalt haigestuse iseloomust kas ambulatoorselt (polikliiniliselt) või statsionaarselt.

Günekoloogilise haige režiim.

Iga haige peab haigestuse ajal täitma kindlaksmääratud režiimi ja väga hoolikalt suhtuma haigestunud elundisse, et vältida ebaõigest käitumisest muudes elundites tekkida võivaid tüsistusi. Juba see asjaolu, et peaaegu iga haigestus põhjustab suuremal või vähemal määral ainevahetushäireid (mis eriti teravalt avalduvad iga infektsioosse kahjustuse puhul), sunnib meid nõudma haigete alistumist kindlale režiimile. Naise suguelundite infektsioossete haigestuste puhul on nõutav, et haige peale määratud üldrežiimi täitmise (toitlusrežiim, rahu, uni, hoolitsus närvisüsteemi ja vereringe-elundite eest jne.) alistuks veel spetsiifilise režiimi nõudeile seoses sugueluga ja kõhusisese

rõhu ning naaberelundite (soolestiku ja kuse-suguaparaadi) seisukorraga. Et enamik infektsioosseid günekoloogilisi haigestusi on põhjustatud nakatumisest gonorröasse, siis on sellistele haigetele tingimata keelatud suguelu mitte ainult juba ilmnenud põletikuliste protsesside, vaid ka kusiti ja tupe limanaha kõige väiksemategi põletikuliste nähtude puhul. Ainult suguelust täieliku loobumisega koos vastava ratsionaalse teraapiaga võib vältida spetsiifilise infektsiooni levimist emakale, munajuhadele, munasarjadele ja vaagna kõhukelmele.

Töö, mille sooritamisel esineb kõhusisese rõhu suurenemine (pingutus, raskuste tõstmine), põhjustab põletikuliste elundite paigaltnihkumist ja seoses sellega vereringehäireid ning valulikkust. Haige elundi kaitseks peab reguleerima günekoloogiliste haigete tööd, määrates vajalikul juhul rahulikku olekut või ka voodirahu. Viimast tuleb määrata ainult tegelikul vajadusel, sest voodis lamamine mõjub juba iseendast nõrgestavalt; kõik elulised protsessid kulgevad sel puhul loiult ja mõjustavad haige üldist enesetunnet, mistõttu ta on oma normaalseist rööbastest välja viidud. On teada, et lihaste töö (kas või tavaline jalutuskäik) tõstab üldist toonust ja kõik protsessid organismis toimuvad hoogsamalt. Seepärast ei tule šablooniliselt määrata voodisolekut, vaid kooskõlas haigestusega nii või teisiti reguleerida haige eluviise ja tööd.

Et günekoloogilised haiged harilikult peaaegu alati kaebavad soolestiku ebakorrapärase tegevuse üle, siis tuleb ka sellele kui günekoloogiliste haigete üldteraapias teatavat tähtsust omavale küsimusele tähelepanu pühendada. Kõige sagedamini võib kuulda kaebusi harjunud kõhukinnisuse üle. Valude pelgus pingutustel, samuti ka soolestiku tühjendamisel tekkiv põletikuliste elundite nihkumine põhjustab tahtelist lihaste kokkutõmmet, mis pigis-

tab kinni päraku- (*m. sphincter ani*) ja *levator ani* lihased; see omakorda tekitab roojapeetust. Pärasoole ampull kaotab võime normaalseks tühjenemiseks ja harjub ületäitumusega, mis põhjustab haigestunud elundite uusi nihkumisi ja korrapärase vereringe häireid vaagnas. Emaka põletikulistest muutustest või väärasendist põhjustatud väikese vaagna elundite ületäitumine verega (paisuline hüpereemia) avaldab samuti mõju soolestiku seina seisundile; soolestiku sein kaotab oma normaalse toonuse ja see omakorda jällegi tekitab kõhukinnisust. Kõik ülaltoodu tõestab soolestiku reguleeriva tegevuse tähtsust. Kuid on vaja tähendada, et medikamentoosne ravi lahtistitega ei saavuta alati tulemusi hooletusse jäetud juhtudel. Seetõttu ei tohi selliste kõhukinnisuste puhul piirduda lahtistite šabloonilise määramisega, vaid pigemini saata haige arsti järelevalve alla, et selgitada soolestiku tegevushäireid põhjustavaid momente ja määrata vastavat ravi.

Jää, soojenduskompresside ja soojenduskottide rakendamine.

Et igapäevases elus ja haiglatingimustes eriliste kaunis kulukate seadeldiste puudumisel kasutatakse enamasti primitiivseid sooja ja külma rakendamise menetlusi soojenduskompressidena ja soojendus- ning jääkottidena, siis peatume neil kahel terapeutilisel mõjustusviisil veidi pikemalt. Kui nimetatud menetlusi rakendada valesti, siis ei too nad mingit kasu, vaid võivad haigele isegi olulist kahju tekitada.

K ü l m a rakendamisel (jääkott) peab hoolitsema, et koti kork oleks korralikult kruvitud ja et sulamisvesi ei satuks pesule. Kott tuleb keerata käterätikusse või salvrätti, sest temperatuurivahede tõttu on kott alati märg (koti higistamine). Jääkotti ei tohi vahetpidamatult peal

hoida, sest esiteks võib tekkida naha külmumine, teiseks aga võib, peamiselt külma kestval rakendamisel, saavutada ebasoovitavat efekti, nimelt veresoonte paralüüsi (passiivset hüpereemiat). Jääkotti võib peal hoida maksimaalselt üks tund ja pärast seda tehakse pooletunniline vaheaeg. Pärast operatsiooni soovitatakse haigeil jääkotti peal hoida ainult esimese öö-päeva kestel; pikemaajalisel jääkoti rakendamisel areneb soolte peristaltika nõrgenemisest meteorism (kõhupuhitus); külm võib peale selle põhjustada kusepeetust. Jää rakendamine on vastunäidustatud kuseteede (tsüstiit, püeliit, nefriit) ja soolestiku (koliidid) haigestuste puhul.

Soojendav kompress koosneb neljast osast: 1) niiske kiht (niisutatud salvrätik, käterätt), 2) veekindel kiht (vahariie, vahapaber), 3) halva soojusejuhtivusega kiht (vatt, riidetükid), 4) kinnihoidev kiht (side).

Õigesti pealepandud kompress peab vastama järgmistele nõuetele: 1) ta peab tihedalt liibuma vastu keha, et õhk väljastpoolt tema alla ei satuks; 2) niisket kihti ei tohi teha niivõrd märjaks, et sealt vesi kõrgemal asetsevaile kihtidele valgub; 3) kompress peab olema hästi fikseeritud (ei tohi paigalt nihkuda).

Kompressi mõju saavutatakse järgmiste asjaoludega.

1. Jaheda veega märjatud niiske kihi asetamine nahale tekitab selle külmareaktsiooni (temperatuuriärritus), mis seisab selles, et enne tekib perifeersete veresoonte ahenemine ja siis laienemine.

2. Tekkiv reaktsioon — hüpereemia — süveneb vastava piirkonna edasise soojenemisega, mis saavutatakse ühest küljest vere juurdevooluga, teisest küljest — halvasti soojust juhtiva kihiga (vatt, riidekihid). Peale selle väheneb soojusekadu, sest veekindel kiht takistab niiskuse äraauramist.

Soovikohase soojuse alalhoidmiseks tuleb kompressi vahetada mitte üle kahe korra öö-päeva jooksul, et mitte põhjustada jahenemist ja niiske kihi täielikku kuivamist.

Kui kompress kõrvaldatakse, siis hõõrutakse selles kohas nahk kuiva käterätikuga ja kaetakse millegi soojaga, et vältida ebasoovitavat jahenemist. Paiklike põletikuliste protsesside puhul on soojendavate kompresside terapeutiline toime imenduv, ärajuhtiv ja valuvaigistav. Kõige ülaltoodu täpse täitmise korral toob soojendav kompress kui üldiselt kõikidele kättesaadav, lihtne ja odav hüdroterapeutiline protseduur vastavail juhtudel suurt kasu.

Günekoloogilises praksises kasutatakse sageli ka soojenduskotte. Neid rakendatakse haigete soojendamiseks alaägedate põletikuliste protsesside puhul enne seda, kui määratakse imendusteraapia aktiivsemaid menetlusi (elektrivalguskümblusi, sollukslampi jms.), siis veel pärast suuri verekaotusi ja operatiivseid vahelesegamisi. Nende määramine on näidustatud ka kuseteede ja soolestiku põletikuliste haigestuste puhul.

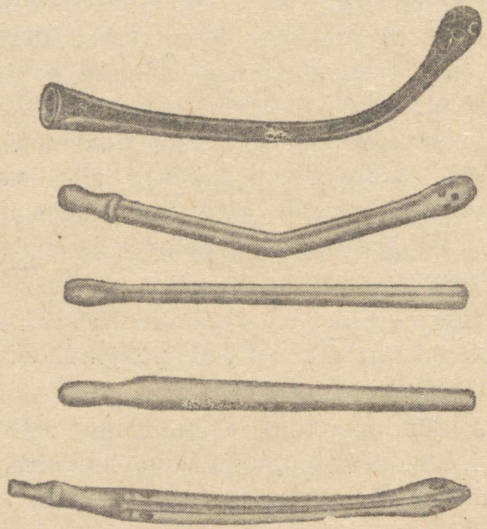
On vaja meeles pidada, et soojenduskottide rakendamine peab olema niisama rangelt põhjendatud nagu iga muugi ravimenetlus.

Ebaõige soojenduskottide rakendamine võib tuua haigele kahju. Verejooksude puhul suguelundeist on soojenduskottide määramine vastunäidustatud.

Soojenduskottide rakendamist narkoosist veel mitte ärganud opereeritud haigetele ja neile, kelledele operatsioon tehti seljaaju anesteesiaga, tuleb hoolikalt kontrollida. Soojenduskotte täidetakse mitte keeva, vaid sooja veega (temperatuur 50°), sest sellistel haigetel võivad tundlikkuse puudumise tõttu tekkida naha põletused. Soojenduskott peab olema tihedalt kinni kruvitud ja keeratud käterätikusse või salvrätti.

L o p u t u s e d. Tupeloputusi rakendatakse neil juhtudel, kui soovitakse mõjustada tupe limanahka või emakakaela tupeosa vees lahustatud ravivahendiga. Loputuse

tegemiseks on vajalik valmis panna: Esmarch'i kann (klaasist või emaileeritud), mahult 4—6 teeklaasi suurune, mille külge on kinnitatud 1½—2 meetri pikkune kummivoolik; selle vabas otsas on kas kraan või metallist näpits; 2) klaasist või gutapertšist otsak. Tarvitatakse sirgeid või veidi painutatud otsakuid; otsaku otsas on mitu väikest või üks lai ava (joon. 105). Kui kummivoolikul on metallist näpits,



Joon. 105. Loputusotsakud.

siis ühendatakse otsak otseselt voolikuga; on aga voolik varustatud kraaniga, siis ühendatakse otsak lühikese kummivooliku abil.

Loputusi teostatakse haige lamavas asendis, et vedelik uhaks ühtlaselt tupeseinu; pealegi on haigele pärast seda parem jääda mõneks ajaks voodisse.

Loputuste tegemise tehnika on järgmine. Hoolikalt pestakse puhtaks kann ja kummivoolik, mis ühendatakse otsa-

kuga. Otsakut on vajalik esmalt keeta ja siis vaadata, kas selles ei leidu pragusid või mingit defekti, mis võib traumatiseerida tupeseina. Loputuseks valmistatud lahus kallatakse kannu ja kontrollitakse vedeliku temperatuuri, reguleerides seda kuuma või keedetud külma vee lisamisega. Pärast seda lastakse välja vajalik hulk vedelikku, et eemaldada õhk ja voolikus jahtunud vedelik. Siis, hästi avades suguosad, pestakse vajaliku hulga vedelikuga tupe sissekäik ja viiakse sisse otsak tupe tagumist seina pidi.

Loputusi jaotatakse kuumadeks (40—45° C, 33—38° R), kui soovitakse mõjustada tupe või emaka tupeosa limanahka teatava-temperatuurilise vedelikuga, ja soojadeks (37—39° C, 28—32° R), kui tahetakse tupest kõrvaldada eritisi või sisse viia ravimite lahuseid. Kuumi loputusi suurema rõhu all rakendatakse veel emaka verejooksu sulgemiseks. Sellise loputuse mõjuga taotletakse tugevat termilist ärritust, mistõttu toimub emaka lihaste kokkutõmbumine ja veresoonte spasm.

Sisseviidavate ravimite järgi jaotatakse loputusi: 1) antiseptilisteks — sublimaadiga, permangaanhapu kaaliumiga, joodiga, piimhappega (neid rakendatakse harilikult mädatekitavaist baktereist põhjustatud haigestuste puhul), 2) parkivaiks (tanniiniga, alauniga, kummeliga) ja 3) leelisesteks (soodaga) — sitkete limaste eritiste lahustamiseks. Loputuseks võetakse harilikult 4—5 teeklaasitäit vedelikku (800,0—1000,0) ja väljavoolu kiirust reguleeritakse kas kraani mittetäieliku avamisega või sõrmedega voolikut pigistades, et vedelik ei voolaks tugeva joana. Harilikult määratakse loputusi kaks korda päevas (hommikul ja õhtul). Kuumade loputuste puhul on põletuste vältimiseks hea määrida nahka rasvaga (vaseliiniga).

Tarvitatavamad retseptid loputusteks:

Rp. *Solut. Sublimati corrosivi* 2% — 200,0. *Eosini ad colorem*
DS. 1 supilusikatäis kannu vee kohta (mürk!)[1].

Rp. *Acidi tannici* 100,0
DS. 1 teelusikatäis kannu vee kohta.

Rp. *Acidi lactici* 200,0
DS. 1—2 teelusikatäit kannu vee kohta.

Rp. *Solut. Formalini* 8% — 200,0
DS. 1 supilusikatäis kannu vee kohta.

Rp. *Zinci sulfurici*
Aluminis ust. pulv. aa 15,0
MDS. 1 teelusikatäis kannu vee kohta.

Rp. *Solut. Kalii hypermanganici* 2% — 200,0
DS. 1 supilusikatäis kannu vee kohta.

Rp. *Aceti pyrolignosi crudi* 200,0
DS. 2 supilusikatäit kannu vee kohta.

Rp. *Natrii bicarbonici* 30,0
DS. 1—2 teelusikatäit kannu vee kohta.

Rp. *Solut. Zinci chlorati* 25% — 100,0
DS. 1—2 teelusikatäit kannu vee kohta.

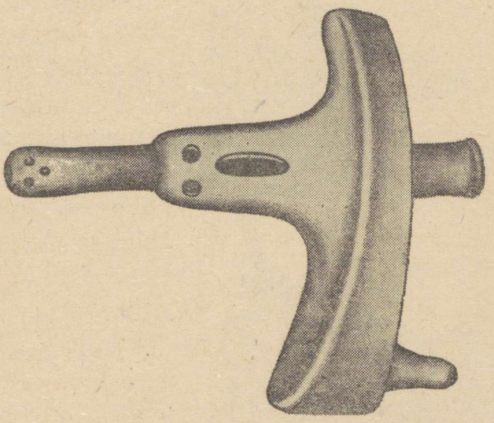
Rp. *Ac. borici* 100,0
DS. 3 teelusikatäit kannu vee kohta.

Kui soovitakse avaldada kestvamat termilist mõju vaagnaelundite sügaval lokaliseerunud haiguslikele protsessidele, siis kasutatakse selleks tupekümblusi. Need erinevad kuumadest loputustest selle poolest, et võetakse rohkem vett — 10 ja veel enam teeklaasitäit (vajaduse korral valatakse vett kannu kaks-kolm korda). Ka kümbluse kestus on pikem — 10—25 minutit. Kümblust tehakse haige lamavas asendis, kusjuures haige peab pärast kümblust mitte vähem kui pooleks tunniks voodisse jääma.

Kümblusi ja loputusi ei tohi teha suure surve all, veejuga ei tohi olla tugev; seepärast riputatakse kann

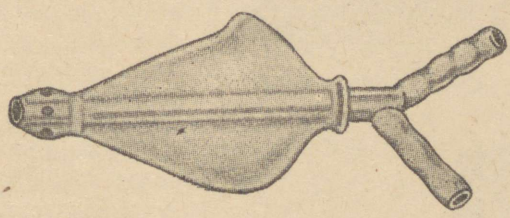
[1] Loputusi sublimaadilahusega ei või määrata kestvamaks ajaks. Jälgida igemete seisukorda (stomatiit). Loputusi sublimaadilahusega ei tohi määrata neeruhaigüste puhul. Sublimaadilahused peavad olema tingimata värvitud. Sublimaati ei tohi määrata kuumadeks loputusteks.

voodi kohale mitte kõrgemale kui üks meeter. Välissuguosade määrimine rasvaga (vaseliiniga) on kohustuslik, kui ei kasutata eriseadiseid, näiteks Piknus'e aparaati (joon. 106) või tselluloidist tehtud Schtratz'i aparaati, mis kind-



Joon. 106. Piknus'e aparaat.

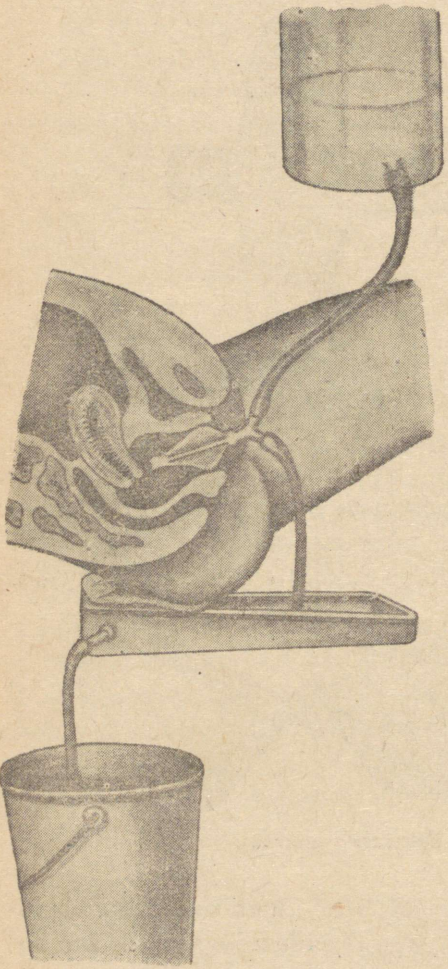
lalt kaitseb välissuguosi põletuste eest (joon. 107 ja 108). Kuumade kümbluste mõju põhineb emaka kokkutõmbeil (termiline ärritus), tundlikkuse tuimastamisel ja põletiku-



Joon. 107. Schtratz'i aparaat.

liste infiltraatide imendumisel. Kui kümbluste rakendamisel ilmnevad kaasnähud, nagu südametegevuse langus, minestus, unepuudus, ärritus rahunemise asemel jms., siis tuleb kümblus viivitamata lõpetada.

Püsivaid niisutamisi rakendas praksises V. F. Snegirev, kasutades neid heade tulemustega septiliste haigestuste puhul, milledega kaasuvad kõrged temperatuurid, vappekülmad ja higistamised. Sellistel juhtudel, rakendades püsivaid niisutamisi, on võimalik saavutada temperatuuri langust ja enesetunde paranemist. Niisutamist tehakse mitu tundi järjest (12 ja rohkem), milleks kasutatakse eriaparaati tagasivooluga (Morozov'i aparaat).

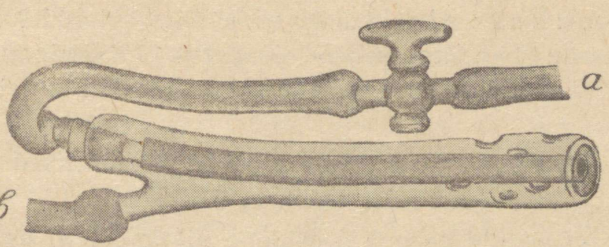


Joon. 108. Schtratz'i aparaat tegevuses.

Nagu jooniselt 109 nähtub, koosneb aparaat kahest teineteisesse paigutatud torust, kusjuures väline toru on kahe avausega (*a* ja *b*). Seesmine toru on kummist, väline klaasist. Seesmise, kummivoolikuga ühendatud avause *a* kaudu voolab vedelik kannust tuppe, mille seinad joa mõjustuse ning väljatõrjutud õhu tõttu haaravad tihedalt klaastoru ja imevad selle toru aukude kohal endi külge. Avause *b* kaudu, mille külge on samuti kinnitatud kummivoolik, voolab vedelik tagasi alla asetatud ämbrisse.

Sellel protseduuril on ka oma negatiivsed

küljed. Paljud osutavad sellele, et niisutamist lõpetades temperatuur ja ka kõik muud nähud taas suurenevad; täheldatakse muutusi südame-vereringesüsteemis (pulsi sagenemine, minestused, pea ringlemine), ka valusid, iiveldust ja



Joon. 109. Morozov'i aparaat püsivaks niisutamiseks Snegirev'i järgi.

oksendamist. Kui niisutamist teha liiga kaua, siis tekib tupe epiteeli irdumine.

Niisutamiseks tarvitatakse kas puhast kuuma vett, mille temperatuur on 40—50° (33—40° R), või boorhappe-lüsooli kreoliinilisandiga.

Erosioonide söövitamine.

Peatudes sellel terapeutilisel menetlusel ei kavatse me niivõrd esitada selle rakendusmetoodikat, mis seisab erosioonide söövitamises põrgukiviga, kloortsingiga, puuäädikaga jne., kuivõrd nimetatud menetluse arvustusel. Kui meenutada etioloogilisi momente, mis soodustavad erosioonide tekkimist emakakaelal, siis, nagu varem öeldud, esinevad sellistena:

1) üldhaigestused (kloroos, rasvumine, ovariaalne düsfunktsioon, diabeet);

2) konstitutsionaalsed põhjused (infantilism, asteenia) emakakaela näärmete suurenenud sekretsiooniga;

3) emaka väärasendid, mis põhjustavad paisnähte vaagnas ja emaka näärmete suurenenud sekretsiooni ning ühenduses lahkliha- rebenditega tekitavad emakakaela kerget infitseerumist;

4) emakakaela limanaha ektroopionid kui sünnitustrauma tagajärg sellele järgneva infektsiooniga ja armide haavandumine emakakaelal nende halva toitumise tõttu;

5) emaka kroonilised põletikulised protsessid (endometriidid, endotservitsiidid).

Lõpuks ei tohi segada erosioone niinimetatud ektoopiatega (ebaerosioonid), s. t. silinder-epiteeli olemasoluga emakakaela tupeosal väljaspool välissuudme piirkonda; ka mitte limanaha eroseerumata ektroopionidega emakakaelal trauma tagajärjel; need kuuluvad ainult operatiivsele ravimisele.

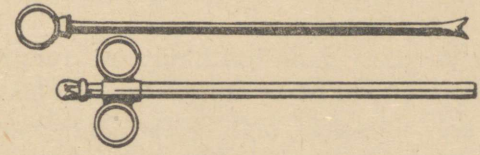
Ulaltoodust järeldub, et erosioonid on nende haigestuste ahelas teisesed kahjustused. Et välja ravida erosiooni, on vajalik kõrvaldada seda tekitav peapõhjus. Igasugused erosioonide söövitamised ei kõrvalda peapõhjust, vaid, lisandades ärritusfaktori, soodustavad pahaloomuliste kasvajate tekkimist. Seepärast ongi vaja rööbiti peapõhjuse ravimisega võimaldada eroseeritud koele rahu ja kaitset ärritavate eritiste vastu.

Selleks otstarbeks võib eduga rakendada indiferentseid salve (vaseliiniõli, kseroformsalvi). Sellisest kaitsest piisab küllaldaselt eritiste (valgevooluse) alatise ärrituse vastu epiteeli deskvamatsiooniga kaasuvate pinnaliste erosioonide puhul. Neil juhtudel, kui erosioonid tekkisid sügavate anatoomiliste muutuste tagajärjel (papillaarsed ja glandulaarsed erosioonid), osutuvad tähendatud abinõud mitteküllaldasteks, samuti nagu osutub puudulikuks teraapia sööbivate vahenditega. Neil juhtudel on näidustatud

radikaalsemad vahelesegamised (emakakaela amputatsioon, elektrokoagulatsioon, raadiumteraapia).

Emaka tamponeerimist teostatakse harilikult selleks, et sulgeda verejooksu emakaõõnest. Emaka tamponeerimine mõjub kahte viisi: esiteks, täites emakaõõnt, surub tampoon veritsevaile veresoontele ja teiseks kui võõrkeha põhjustab ta emakaseinte kokkutõmbumist, mistõttu verejooks lakkab. See menetlus ei ole ohutu ja seda peab tegema laitmatult puhtalt (aseptiliselt), et vältida infektsiooni sisseviimist emakaõõnde.

Tamponeerimise tehnika: emakakael paljastatakse lusikataoliste peeglite abil ja tema eesmine ja tagumine mokk



Joon. 110. Emaka tamponaator.

haaratakse kuultangidega. On emakakaelakanal suletud, siis laiendatakse seda esmalt Hegar'i laiendajatega kuni nr. 10. Edasi võetakse anatoomilise pintsetiga või erilise tamponaatoriga pika steriilse tampooni otsast kinni ja viiakse see emakaõõne põhjani; instrument tõmmatakse välja, haaratakse sellega uuesti tampoon veidi altpoolt ja jällegi lükatakse emakaõõnde. Niiviisi tehakse seni, kuni emakaõõs on tampooniga täidetud. Et emakatampoon püsiks kindlalt sees, selleks tamponeeritakse kohevalt ka tuppe. Eritamponaatori tarvitamine on kasulik seetõttu, et selle otstes puuduvad sälgud ja tema väljatõmbamisel emakaõõnest ei tule sisseviidud tampoon kaasa, mis sageli juhtub, kui tamponeeritakse harilikkude pintsettidega. Peale selle on tamponaatoril väike kõverus, mis vastab emaka kallakusele ettepoole.

Et vältida infektsiooni sisseviimist tupest emakaõõnde, võib kasutada tamponaatorit „Rapide" (joon. 110). See koosneb torust, millesse viiakse kahvlitaolise otsaga peenike varras. Kahvli ots küünib ainult toru otsani ega ulatu sellest välja, et mitte vigastada limanahka. Keetmisega steriliseeritud tamponaator viiakse kuni emakaõõne põhjani, pärast seda haaratakse varda kahvliga steriilse marli ots trumlist ja tamponaatori toru kaudu viiakse kuni emaka põhjani. Vastavalt emakaõõne täitumisele tõmmatakse tamponaatori toru välja. Selle menetlusega satub tampoon emakaõõnde täiesti aseptiliselt, sest ta ei puutu kokku ei tupe ega emakakaelakanali seintega, mis on vältimatu pintsetiga või näpitsataolise tamponaatoriga tamponeerimisel.

Tampoon jäetakse sisse harilikult 24 tunniks ja selle aja möödumisel võetakse ta ettevaatlikult otsast tõmmates välja. Tampoon võetakse alati välja järelevaatustoolil, et korduva verejooksu puhul teda võiks vahetada teisega, mis on aga teostamatu, kui tampooni eemaldamine toimub palatis haige olles voodis.

Emaka mitmesuguste põletikuliste protsesside puhul (endometriidid, metriidid, emakamanuste haigestused, erosioonid emakakaelal) rakendatakse tampoonidega ravimist põletikulistest protsessidest tekkinud produktide imendumiseks. Harilikult tarvitatakse tampoone, mis on niisutatud ihtüooli- või joodilisandiga glütseriiniga. Omaduse tõttu koguda endasse niiskust soodustab glütseriin sekretsiooni suurenemist emakakaelast ja naaberpiirkondadest. Sellega seletub, miks tampoonidega ravimise algul haiged kaebavad erituse suurenemise üle tupest.

Tampoone valmistatakse marlisse keeratud vatitopist, mis on kinni seotud ristamisi tugeva niidiga, mille otsad jäetakse sissepandud tampooni väljatõmbamiseks pikaks. Enne tampooni sisseviimist on vajalik peeglite abil pal-

jastada emakakael, hoolikalt puhastada tupp limast ning eritistest ja haarates tampooni pika pintsetiga paigutada see välissuudme vastu või tagumisse võlvi. Niidi otsad, millega tampoon on kinni seotud, jäävad välja. Haige ise eemaldab tampooni 12—24 tunni pärast niidist tõmmates ja pärast seda teeb loputuse leige veega sooda- (teelusikatäis kannu vee kohta) või keedusoola-lisandiga. Et mitte põhjustada tupe limanaha ägedat ärritust, määratakse tampoone harilikult ülepäeva.

Tarvitatavamad retseptid tampoonide jaoks:

Rp. *Ichthyoli* 5,0 — 10,0
Glycerini 100,0
MDS. Tampoonide jaoks.

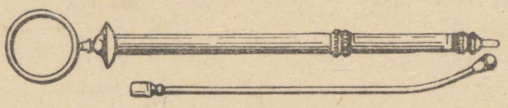
Rp. *T-rae jodi* 10,0
DS. 10—20 tilka napsiklaasi glütseriini kohta, tampoonide jaoks.

Mõnikord rakendatakse tamponeerimist, et võimaldada haigestunud elundile rahulikku asendit, samuti ka selleks, et luua vere- ja lümfiringele paremaid tingimusi. Sel eesmärgil tarvitatakse pikka tampooni, millega esmalt tamponeeritakse tupe võlvid ja siis tupp, luues kindla toe seesmistele suguelunditele. Selline tamponeerimine (kolumniseerimine) on soovitatav munajuhade ja munasarjade krooniliste haigestuste puhul, kuid ka nende allavajumisel.

Emakasiseseid süstimisi, määrimisi ja söövitamisi rakendatakse ainult ravimise eesmärgil, et mõjustada emaka enda seinu. Süstimiseks kasutatakse Braun'i süstlat (joon. 111), mis on varustatud pika, otsast kõverdatud otsakuga. Süstlat tuleb enne tarvitamist keeta, nagu iga emakaõõnde viidavat instrumenti. Infektsiooni sisseviimise vältimiseks peab haiget vastavalt ette valmistama, s. t. tuleb pesta välissuguosad ja tupp. Süstimise teostamiseks on peale Braun'i süstla vaja valmis panna järgmised instrumendid: pikk pintsett, lusikataoline peegel

ja tõstel. Kui süstimist tehakse esmakordselt või mittesünnitanud haigele, siis on igaks juhuks vaja valmis panna ka emakasond, kuultangid ja Hegar'i laiendajad nr. 3 ja 4, sest kitsa emakakanali puhul on mõnikord vajalik seda laiendada. Terapeutiliseks otstarbeks viiakse kõige sagedamini emakaõõnde joodi ja hõbedapreparaate (argentamiini).

Kahjuks tarvitatakse veel senini emakasse süstimiseks joodi, et esile kutsuda ärajäänud kuupuhastust. See, kes endale ei anna või ei soovi anda aru sellest, mis seejuu-



Joon. 111. Braun'i süstel.

res juhtub ja millist kahju naisele tehakse, peab siiski teadma, et kui menstruatsioonide ärajäämine sõltub rasestumisest, siis põhjustab joodi süstimine mitte kuupuhastust, vaid raseduse katkemisest tekkivat verejooksu. Rääkimata sellest, et tähendatud viisil raseduse katkestamine võib tekitada terve rea tüsistusi ja haigestusi, ei ole emakasisene süstimine juba iseendast ükskõikne vahelesegamine, vaid on ohtlik. Hädaoht seisab infektsiooni sisseviimises juhul, kui süstimist teostatakse mitteküllaldase aseptilisusega, emaka vigastamise võimaluses kuni selle perforatsioonini ja otsakuga valekäikude tegemises, mis eriti hõlpsasti võib juhtuda raseda emaka puhul, kui süstimist teostatakse oskamatult. Lõpuks seisab emakaõõne manipulatsiooni hädaoht veel selles, et nii süstimine kui ka emakaõõne määrimine võib põhjustada emaka lihasseina reflektoorset kokkutõmbumist, mis kandub edasi ka munajuhade seintele. Kui neis viimastes leidub

põletikulist ekssudaati (eriti sageli esineb seda gonorröalise kahjustuse puhul), siis võib ekssudaat munajuhast sattuda kõhuõõnde ja põhjustada rasket tüsistust vaagna kõhukelme nakatusena.

Emakasisesed süstimised on kahjulikud veel selle poolest, et peale põletikuliste protsesside tekitamise väikeses vaagnas võivad nad põhjustada püsivat amenorröad ja lõpuks pärast süstimist võib nendega kaasuda šokk, mis võib lõppeda isegi surmaga. Järelikult eostumisvastase eesmärgiga emakasisesed süstimised ei ole lubatud seetõttu, et pärast seda tekivad suguaparaadis suured vigastused, mis alguses kutsuvad esile selle funktsioonihäireid, pärast aga häireid kogu organismis (vt. sigimatuse peatükki).

Kõigest ülaltoodust nähtub, kuivõrd vastutusrikas ja tõsine on igasugune manipulatsioon emakaõõnes. Seetõttu peab neid teostama ainult arst ja seda üksnes haiglatingimustes.

Emakasiseseid määrimisi ja söövitamisi tehakse Playfair'i sondiga, mille ümber on mähitud marlitükike või vatt. Emakaõõne määrimiseks on vajalik esmalt laiendada emakakaela, sest selle kitsuse tõttu ei ole võimalik viia emakaõõnde marlisse mähitud sondi. Sondi mähkimist alustatakse selle otsast (kus on sälk) nii, et marlitüki nurk pööratakse sisse, kuna ülejäänud osaga mähitakse sond pideme suunas. Sondi võib mähkida ka vatiribaga.

Emakaõõne määrimist võib teostada ka mainitud Braun'i süstlaga, mille otsaku otsa mähitakse vatt õhukese kihina. Kui otsak emakaõõnde viia, märgub süstla kolvi vajutamisega vatikiht ravivahendiga emakaõõnes endas, millega teostub emakaõõne seinte määrimine. Mähkimist tuleb teha niivõrd tugevasti, et marli (või vatt) ei libiseks sondilt ja seetõttu ei jääks emakaõõnde. Vatiga mähitud Playfair'i sondi abil määritakse harilikult

emakaõõnt pärast väljakaapimist; sama sondiga teostatakse emakakaelakanali söövitamist või määrimist. Emakakaelakanali söövitamine on ohtlik seetõttu, et kangelt mõjuvate vahendite rakendamine võib põhjustada kanali armilist kitsenemist või koguni selle täielikku kinnikasvamist. Sügavamaid söövitamisi või õigemini põletamisi teostatakse Paquelin'i aparaadi abil (näiteks vähiliste haavandite põletamine enne operatsiooni).

Raviklistiire rakendatakse kas väikese vaagna elundite mõjustamiseks soojaga (kuumad klistiirid) või ravivahendite sisseviimiseks pärasoole kaudu. Kuumi klistiire rakendatakse kuumade kümbluste asemel põletikuliste protsesside korral väikeses vaagnas, eriti põletikuliste protsesside puhul pararektaalses rakustikus ja vaagna kõhukelmes operatsioonijärgsete infiltraatide korral, samuti ka kõigil juhtudel, kui tupekümbluse rakendamine ei ole võimalik või on millegipärast mittesoovitav. Mõnikord rakendatakse edukalt kuumi klistiire visa kõhukinnisuse ja ka hemorroidide puhul.

Kuumi klistiire tehakse füsioloogilise lahusega, mille temperatuur on 40—50° C (32—40° R), koguses üks kuni kolm klaasitäit. Neid teostatakse Esmarch'i kannuga, kasutades gutapertšist või eboniidist otsakuid (klaasist otsakud kuumenevad tugevasti ja seetõttu ei saa neid soovitada). Klistiiri tuleb teha aeglaselt.

Raviklistiire rakendatakse väiksemas koguses — ½—¾ klaasitäie vedelikuga, mille temperatuur on 38—39° C (30—31° R). Sagedamini esinevad klistiiri koostises järgmised ravimid: kloraalhüdraat (1,0—2,0 klistiiri kohta), broom (5%-list lahust 2 supilusikatäit) ja antipüriin (valuvaigistavana 0,5—1,0 klistiiri kohta). Kõiki neid preparaate viiakse sisse füsioloogilise lahusega (50,0—100,0 klistiiri kohta) neil juhtudel, kui nad *per os*

(suu kaudu) ei ole näidustatud: meelemärkuseta oleku, operatsioonijärgse okse jne. puhul.

Füsioloogilise lahuse klistiire temperatuuriga 38—39° C (32—33° R) määratakse veel pärast kõhuoperatsioone rohke verekaotuse puhul, eesmärgiga asendada kaotatud verd (emakaväline rasedus). Sellised klistiirid, imendudes kiiresti, mõjustavad haiget soodsalt: süda kosub kiiresti, vererõhk tõuseb, pulss muutub ühtlaseks ja täitunuks. Nimetatud juhtumeil määratakse klistiire harilikult 50—100 cm^3 koguses iga 30—40 minuti järel. Äsja opereeritud haigetel on pärast klistiiri tegemist soovitav käega tuharad kokku suruda, et vedelik kohe tagasi ei valguks.

Farmakoloogilised ravimisviisid.

Verdsulgevad vahendid.

Secale cornutum'it (tungaltera) toodetakse *Claviceps purpurea* seenest, mis on rukki parasiit. Tungaltera toime avaldub peamiselt emakalihase tetaanilises kokkutõmbumises, mis soodustab elundi verega täitumise ja järelikult ka sellega seoses oleva verekaotuse vähenemist. Tungaltera leiab günekoloogias rakendamist meno- ja metrorraagiate puhul, mis tekivad nii emakalihase (metriit) kui ka selle limanaha (endometriit) põletikuliste haigestuste tagajärjel. Teda antakse veel verejooksude puhul, mis on põhjustatud fibromatoossete sõlmede olemasolust emakas.

Tarvitatavamad retseptid:

Rp. *Pulv. Secalis cornuti* 0,3—0,5
DS. 3 pulbrit päevas.

Rp. *Extr. fluidi Secalis cornuti* 10,0
DS. 15—30 tilka 3 korda päevas.

Rp. *Infus. Secalis cornuti ex* 6,0—8,0 : 200,0
DS. 1 supilusikatäis 4—6 korda päevas.

Peale selle tarvitatakse tungaltera-ekstrakti ergotiini (harilikult nahaalusi süstimiseks ergotiini 10%-list lahust 1—2 ampulli korraga). Mainitud preparaadi injektsiooni halbus seisab selles, et see on väga valulik ja et süstimiskohas tekivad infiltraadid, vaatamata hoolikale aseptikale. Tungaltera patenteeritud preparaatidest väärib tähelepanu nahaalusi süstimiseks sekakorniin.

Hydrastis canadensis't (kanada koldjuur) tarvitatakse verdsulgeva vahendina emaka verejooksude puhul; emakalihase mõjustamine toimub oletatavasti tsentraalsel teel. Raviva toime tekitajana esineb temas sisalduv alkaloid hüdrastiin, kuid peale selle leidub seal ka teine alkaloid — berberiin. Tarvitatakse vedela ekstraktina — *Extr. fl. Hydrastis canadensis* 15—30 tilka 3—4 korda päevas.

Gossypium herbaceum (rohune puuvill) on taim, millest valmistatakse vatti; rakendatakse verejooksude puhul vedela ekstraktina — *Extr. fl. Gossypii herbacei* supilusikatäis 3—4 korda päevas.

Hamamelis virginica't (Põhja-Ameerika taim) rakendatakse vedela ekstraktina 1—2 teelusikatäit 3 korda päevas. Nagu eelminegi, avaldab veresooni ahendavat toimet ja teda tarvitatakse emaka verejooksude puhul.

Extract. fluid. Polygoni hydropiperis on veepipra veetõmmatis, mida määratakse 25—30 tilka 3 korda päevas. Ta soodustab vere hüübivuse ja venivuse tõusu, millest sõltubki tema verdsulgev toime. Peale selle omab see tõmmatis ka valuvaigistavat mõju.

Mõnikord on kasulik ühendada mitmeid verdsulgevaid vahendeid, näiteks:

Rp. *Extr. fl. Hydrastis canadensis*
Extr. fl. Hamamelis virginicae aa 7,5
MDS. 35—40 tilka 3 korda päevas.

Rp. *Extr. fl. Secalis cornuti*
Extr. fl. Viburni prunifol. aa 7,5
MDS. 30 tilka 3 korda päevas.

Verdsulgeva ning valuvaigistava toimega ainete hulka kuuluvad järgmised preparaadid:

Extr. fluid. Viburni prunifolii, 30—40 tilka 3 korda päevas; patenteeritud preparaadid — stüptitsiin (soolhapu katarniin) ja stüptool (ftaalhapu katarniin). Mõlemaid tarvitatakse tablettides à 0,05 (1 tablett 3 korda päevas).

Paikliku verdsulgeva vahendina tuleb märkida veel ferropüriini (raudkloriidi ühend antipüriiniga), mille 20%-lise lahusega niisutatakse emakaõõnde viidavat tampooni. Selle preparaadi väärtus seisab selles, et omades parkivat ja verdsulgevat mõju puudub tal söövitav toime.

Valuvaigistavad vahendid.

Valuvaigistavate vahenditena mõjuvad hästi mitmesugused salitsüülhappe preparaadid: antipüriin, fenatsetiin ja eriti salipüriin (kõikide annus on 0,3—0,5 2—3 korda päevas). Valuvaigistavate vahendite hulka kuulub ka günekoloogias tarvitatav india kanep, eriti juhtudel, kui kangemate narkootikumide määramine millegi tõttu ei ole soovitav või on vastunäidustatud. Teda tarvitatakse tinktuuri kujul: *Tinct. Cannabis indicae,* 5—10 tilka valude puhul (parem pärast sööki). Selle vahendi määramisel tuleb silmas pidada, et india kanepil on mõnikord ka kaastoime, eriti ebakindla närvisüsteemiga haigete puhul. See kaastoime võib avalduda sonimises, hallutsinatsioonides ja muudes psüühilistes häiretes.

Günekoloogilises praksises tuleb laialt kasutada valuvaigistavaid vahendeid, mida harilikult määratakse suposiitidena (ravimküünaldena) või nahaalusi. Levinumad neist on belladonna-, morfiumi-, pantopooni- ja oopiumipreparaadid. Kõiki mainitud narkootikume määratakse harilikult 0,015—0,02 suuruses annuses korraga.

Rp. *Morphii hydrochlorici* 0,015
Butyr. Cacao g. s. ut f. supp.
Dtd. No. VI
S. Ravimküünlad.

Kui on vajalik narkootikume tarvitada kestvalt, siis on parem määrata kodeiini pulbrina või tablettidena *per os.*

Rp. *Codeini phosphorici* 0,015
Natr. bicarbonici 0,2
Mtp.
Dtd. No. XII
S. 1 pulber korraga 3 korda päevas.

Kui on vajadus saavutada kiiremat efekti, on parem narkootikume määrata nahaalusi süstimistena — üks ampull 1%-list *Morphii hydrochlorici* lahust korraga. Haigetele, kellel on kalduvus kõhulahtisuseks koos valulike tenesmidega, on hea määrata oopiumi ravimküünlaid, näiteks:

Rp. *Extr. Opii* 0,015—0,02
Butyri Cacao 1,5 *ut f. suppos.*
Dtd. No. VI
S. Ravimküünlad.

Günekoloogilistel haigetel täheldatakse sageli närvisüsteemi suurenenud erutatavust, eriti krooniliste haigestuste puhul. Neil juhtudel on kohane tarvitada broomipreparaate ja palderjani, näiteks järgmises kombinatsioonis:

Rp. *Inf. rad. Valerianae* 8,0 : 200,0
Natr. bromati 6,0
Codeini phosphor. 0,15
MDS. Supilusikatäis 4 korda päevas.

Põletikuliste muutuste ravimisel tampoonidega i m e n d u m i s e otstarbel kasutatakse ihtüooli, tigenooli ja joodtinktuuri glütseriinis. Harilikult kirjutatakse neid välja järgmiselt:

Rp. *Ichthyoli* (või *Thigenoli*) 10,0
Glycerini 100,0
MDS. Tampoonide jaoks.

Joodtinktuuri lisatakse 10 tilka 15,0 glütseriini kohta. Ihtüooli ja tigenooli võib tarvitada ka ravimküünaldena järgmise eeskirja kohaselt:

Rp. *Ichthyoli* (*Thigenoli*) 0,3
Butyri Cacao 1,5
Mf. suppos.
Dtd. No. VI
S. 1 ravimküünal päevas.

Mis puutub mitmesugustesse medikamentidesse, mida günekoloogias tarvitatakse loputusteks, siis neid me käsitlesime peatükis ravimisest loputustega (lk. 241).

Lõpuks günekoloogias tihtilugu tarvitatav kiniin on hea põletikuvastane ja palavikku vähendav vahend. Mittekatkenud raseduse puhul on selle rakendamise küsimus senini veel lõplikult lahendamata ja seetõttu tuleb olla ettevaatlik kiniini määramisel rasedaile naistele, sest mõnikord täheldatakse aborte pärast kiniini tarvitamist (õige küll, kui tarvitatakse võrdlemisi suuri annuseid) selle kokkutõmbava mõju tõttu emakalihasele.

Terapeutiliseks otstarbeks tarvitatakse kiniini hariliku annusena 0,3 kuni 3 korda päevas.

Vaktsinoteraapia.

Vaktsineerimiseks nimetatakse menetlust, mille abil organism kunstlikult muudetakse mittevastuvõtlikuks ühe või teise infektsiooni suhtes. Selleks otstarbeks kasutatavat materjali nimetatakse vaktsiiniks. Nüüdisajal on sellise nimetuse omandanud igasugune organismi viidav materjal kaitsepookimiseks infektsioonhaiguste vastu, sõltumata sellest, kas ta koosneb elusaist, nõrgestatud või tapetud infektsioonitekitajaist või ainult nende elutegevuse produktidest. Vaktsinoteraapiaks tarvitatakse kõige sagedamini haigusetekitajaid, kes on tapetud kas kuumutamisega (temperatuuril 60—70°) või formaliini lisamisega nende kultuurile.

Vaktsiinravi põhineb täheldusel, et vaktsiini viimisel organismi suureneb seal leiduvate ja teatavat haigestust põhjustavate mikroobide fagotsütoos (õgimine leukotsüütide poolt), s. t. suureneb valgeliblede võime õgida baktereid ja sellega vabastada neist haige organism, mistõttu see edaspidi muutub ohustumatuks. Parim raviefekt saavutatakse vaktsiiniga, mis on valmistatud haige poolt eritatud baktereist. Sellist vaktsiini nimetatakse autovaktsiiniks vastandina niinimetatud heterogeensele vaktsiinile, mis on toodetud baktereist, keda on eritanud samalaadse haigestusega teine indiviid.

Günekoloogias rakendatakse vaktsinoteraapiat peaaegu ainult naiste suguelundite gonorröa puhul — niinimetatud gonokokkide vaktsiinina. Viimasel ajal lisatakse nimetatud vaktsiini koostisele urotropiini (40%), s. t. ravivahendit, mis juba iseendast mõjub soodsalt gonorröa kulgemisele. Vaktsiini rakendatakse kõige sagedamini lihasesiseste süstimistena. Pärast süstimist täheldatakse nii paiklikku kui ka üldreaktsiooni. Esimene avaldub torkekoha punetuses ja paiste-

tuses, teine — vappekülmas, temperatuuri tõusus, leukotsüütide hulga suurenemises veres jne. Peale selle õnnestub mõnikord haige vaatlusel täheldada niinimetatud koldereaktsiooni, s. o. põletikulises protsessis eneses tekkivaid nähte, mis seisavad valude tugevnemises, eritiste rohkenemises jne.

Mis puutub gonokokkide vaktsiinravi tulemustesse, siis peab märkima, et selles küsimuses on veel palju ebaselget. On ainult kindlaks tehtud, et gonorröa ägedas perioodis kusiti, tupe limanaha ja emakakaela kahjustuse korral, s. t. niinimetatud lahtise gonorröa puhul ei ole vaktsinoteraapia andnud soodsaid tulemusi. Kuid krooniliste protsesside puhul emakas ja manustes, eriti aga jäsemete liigeste gonorröaliste kahjustuste korral annab vaktsinoteraapia paljude arvates häid tulemusi.

Muudest vaktsiinidest rakendatakse streptokokkide ja stafülokokkide vaktsiini naiste suguelundite haigestustel, kuid sagedamini sünnitusjärgsete haigestuste profülaktika eesmärgil.

Vaktsinoteraapiaga saavutatakse mõnikord head efekti püeliitide ja tsüstiitide puhul, eriti kui sooltekepike (*Bact. coli communis*) põhjustab kuseteede kahjustust.

On võimalik ka vaktsiinide paiklik rakendamine. Peale selle kasutatakse ravimist niinimetatud antiviirustega. Selle raviviisi esitas Bezredka. Ta nimetas antiviiruseks hüpoteetilist ainet, mida leidub bakterite vedelais kultuurides ning nende filtraatides ja mis mõjub bakterite viirusele (mürgile) antagonistina.

Bezredka oletab, et see aine sisaldub koos viirusega elusas mikroobi rakus ja et teatud tingimustel, näiteks kui bakterite kultuure kestvalt hoida temperatuuris 37°, võib antiviirus mikroobi rakust eralduda ja vabana sattuda ümbritsevasse keskkonda. Selle kui antagonisti mõju tõttu viirusele toimub bakterite kultuuride nõrgestamine ja koguni virulentsuse kadumine.

Ülaltoodu leiab kinnitust järgmiste Bezredka poolt teostatud katsetega, mida pärastpoole kinnitasid vene ja välismaiste teadlaste

kontrollkatsed. Bezredka kasvatas puljongis stafülokokkide kultuuri 8—10 päeva kestel temperatuuril 37° ja filtreeris seda läbi Chamberland'i küünla (filtri). Selgus, et saadud filtraat ei kõlba sama liigi stafülokokkide kasvatamiseks, kuigi kõik muud mikroobid selles filtraadis kasvasid hästi. Siis ta tegi järgmise katse: ta süstis meriseale elusate stafülokokkidega samaaegselt nahaalusi ka ülalmainitud filtraati. Seejuures selgus, et kahjustus katsealusel meriseal osutus nõrgemaks kui loomadel, kellele süstiti stafülokokke ilma filtraadita.

Sellest ta järeldas, et filtraadis sisalduvad erisugused ained, mis paralüseerivad stafülokokke nii katseklaasis kui ka elusais kudedes. Filtraati hakati rakendama ravi otstarbeks. Bezredka arvates seisab antiviiruse mõju vaktsinoteraapias selles, et see takistab mikroobide paljunemist infektsioonipaigas ja muudab terved rakud mittevastuvõtlikuks mikroobide suhtes, kes seni ei olnud infektsiooniprotsessi kaasa kistud.

Antiviirust rakendatakse igasuguste põletikuliste ja mädaste kahjustuste puhul haava-, naha-, silma- jm. kliinikutes. Sünnitusabi- ja günekoloogilises kliinikus kasutatakse seda meetodit sünnitusjärgsete septiliste protsesside, puerperaalsete haavandite, kolpiitide, endometriitide, mastiitide jne. ravimisel.

Antiviirust rakendatakse järgmisel viisil: temaga immutatakse tampoonid ja pannakse haava pinnale või ta viiakse tuppe ja emakaõõnde, kui viimased on kahjustatud. Peale selle võib antiviirust rakendada kahjustatud kudedele kompressidena ja lõpuks nahaalusi süstimistena kahjustatud piirkondadesse.

Põletikuliste haigestuste etioloogia selgitamiseks kasutatakse viimasel ajal naha vaktsinodiagnostikat (NVD), eriti krooniliste juhtude puhul. Haigestuste diagnostikas kasutatakse gonovaktsiini, mille 1 cm^3 sisaldab 2 miljardit mikroobikeha, coli- ja streptovaktsiini, mõlemates 500 miljonit mikroobikeha 1 cm^3-s, ja stafülovaktsiini — 1 miljard mikroobikeha 1 cm^3-s.

Vaktsiin viiakse naha sisse epidermise alla reie eesmisele pinnale koguses 0,2, kusjuures nahka tuleb enne hõõruda eetriga; siis tehakse peenikese nõelaga süste epidermise alla. Kui nahapinnale ilmub valge vill, siis see näitab, et vaktsiin sattus naha sisse. See protseduur on kaunis valus. Reaktsiooni tulemuste üle otsustatakse 72 tunni pärast. Kui selle aja möödumisel süste kohas ei ilmu infiltraati, siis on reaktsioon negatiivne; tekib aga infiltraat, siis otsustatakse aktiivsuse astme üle infiltraadi suuruse järgi. Vähem kui ½ cm läbimõõduga infiltraadi puhul loetakse reaktsioon kahtlaseks; on infiltraat 1 cm suur, siis on tulemus nõrgalt positiivne; tulemus on positiivne, kui infiltraadi läbimõõt on 2 cm, ja tugevalt positiivne, kui see on üle 2 cm. Kirjeldatud NVD annab Becker'i kinnituse kohaselt kuni 75% usutavaid vastuseid ja omab diagnostilist väärtust kinniste põletikuliste protsesside puhul.

Autohemoteraapia.

Laialdast rakendamist on günekoloogias leidnud autohemoteraapia, mis seisab parenteraalselt (koesisesi) haige enda vere sisseviimises terapeutilise eesmärgiga. Autohemoteraapia toime olemuse kohta ei ole seni veel üksmeelset arvamust. Ühed omistavad sellele spetsiifilist toimet, teised aga vaatavad temale kui proteinoteraapiale, kolmandad seletavad toimet siirdniristatud vere fermentatiivsete omadustega.

Kuidas ka ei oleks, kliiniliselt täheldatakse autohemoteraapia puhul organismi kaitsevõime suurenemist ja vereloome-elundite tegevuse tugevnemist (leukotsütoosi tõus). Autohemoteraapia rakendamisega taotletakse organismi autoimmuniseerimist.

Autohemoteraapia rakendusalad on:

1) suguelundite põletikulised haigestused (nende seas ka gonorröalised haigestused);

2) infektsioossed haigestused (eriti operatsioonijärgsed pneumooniad);

3) funktsionaalse iseloomuga emaka-verejooksud (eriti seoses suguküpsuse algusega);

4) furunkuloos jne.

Autohemoteraapia teostamisel võetakse verd süstlasse jämeda nõelaga haige küünraveenist ja sama nõelaga süstitakse lihasesisesi tuharapiirkonna ülemisse-välisesse kvadranti. Süstimisi tehakse ülepäeviti 5—10 cm^3 korraga. Et veri ei hüübiks, selleks tõmmatakse esmalt süstlasse 1—2 cm^3 sidrunhapu naatriumi 5%-list lahust. Mõned eelistavad süstida hemolüüsitud verd, milleks sidrunhapu naatriumi asemel võetakse süstlasse destilleeritud vett samas proportsioonis.

Seroteraapia.

Ühe või teise infektsioosse protsessi ravimist seerumiga, mis on saadud loomadelt pärast nende immuniseerimist haigestust põhjustavate mikroobidega, nimetatakse seroteraapiaks. Sellise raviviisi puhul mõjustab spetsiifiline seerum otseselt haigusetekitajaid. See mõju saavutatakse spetsiifiliste antikehade olemasolu tõttu seerumis. Neid antikehi liigitatakse antitoksiinideks, bakteriolüsiinideks, opsoniinideks jne.

Antitoksiinid (Ehrlich'i järgi) on spetsiifilised ained, milledel on omadus siduda (neutraliseerida) mikroobide poolt eritatavaid toksiine, vabastades organismi nendega mürgistumisest.

Bakteriolüsiinid on samuti spetsiifilised immuunkehad (antikehad), millede toime on seotud nende osavõtuga bakteriolüüsiprotsessist, s. t. bakterite lahustamisest, mis organismis leiab aset sisseviidud spetsiifilise seerumi toimel.

Opsoniinid on erilised ained seerumis, mis mõjustavad baktereid niiviisi, et pärast seda leukotsüüdid (õigemini lümfoidsed elemendid) haaravad ja hävitavad neid hõlpsamini (niinimetatud bakterite fagotsütoos).

Nüüdisajal toodetavad spetsiifilised seerumid (eriti gonokokkide seerum gonorröa ravimiseks) ei ole leidnud laialdast rakendamist ja nende toime suhtes ei ole senini ühtlast arvamust. Soodsamaid tulemusi saavutatakse streptokokkide seerumi tarvitamisega, eriti sünnitusjärgse sepsise ravimisel.

Seerumeid rakendatakse nahaalusi süstimistena. Gonokokkide seerumit kasutatakse harilikult 2 cm^3 korraga neli-viis injektsiooni, streptokokkidevastast aga — 20 kuni 100 cm^3, sõltuvalt juhtude raskusest. Seerumiga ravimisel on reaktsioon pärast sisseviimist harilikult tähtsusetu, kuigi võib põhjustada temperatuuri tõusu, vappekülma, mitmesuguseid südame-veresoonestiku nähte ja nõgestõbe. Alati tuleb silmas pidada anafülaksia ohtu, s. o. organismi erilist suurenenud tundlikkust valkainete parenteraalse (s. t. mitte mao-soolte trakti kaudu) sisseviimise suhtes. Seetõttu on vajalik enne seerumi sisseviimist haigelt teada saada, kas seda ei ole varem tehtud. Ei ole aga seda võimalik selgitada (haige ei tea, meelemärkuseta olek jne.), siis on parem anafülaktilise šoki vältimiseks teostada vaktsineerimist väikeste annustena niinimetatud antianafülaktilise vaktsineerimisena (Bezredka järgi), s. t. immuniseerida organism seerumi korduva sisseviimise teel.

Praktiliselt tehakse seda nii, et 4 tundi enne vajaliku hulga seerumi sisseviimist süstitakse nahaalusi ainult 1—5 cm^3 seda seerumit. Kui on vajalik seerumit kiiresti sisse viia, siis võib organismi vaktsineerida seerumi sisseviimise teel veenisisesi; sel juhul tekib antianafülaktiline immuniteet 10—15 minuti pärast.

Esmalt viiakse sisse 1 cm^3 seerumit lahjenduses 1 : 10, 3—5 minuti pärast 3 cm^3 sama seerumit ja kui haigel ei teki mingit reaktsiooni, siis 2 minuti pärast 10 cm^3. Sellest momendist peale võib pidada haiget antianafülaktiliselt immuniseerituks ja temale võib süstida lahjendamata seerumit.

Mõnikord rakendatakse mittespetsiifilisi seerumeid (s. t. lihtsat hobuseseerumit) ravi otstarbeks verejooksude puhul emakast ja hemofiilia (veritsustõve) ning rasedustoksikooside korral.

Proteinoteraapia.

Seerumite rakendamisel eitasid mõned teadlased nende spetsiifilist toimet, s. o. eriliste antikehade mõju, ja oletasid, et raviefekt sõltub tervest reast kaunis suurtest organismis tekkivaist muutustest, mis on põhjustatud kehavõõra valgu parenteraalsest sisseviimisest. Levinuima vaate kohaselt (Weichardt) selline organismi sisseviidud valk, läbides soolestiku, aktiveerib organismi rakkude protoplasmat ja tõstab nende elutegevust. Valkravi on paljudel juhtudel kahtlemata võimsaimaks ravimeetodiks ja günekoloogias on see leidnud kaunis laialdast rakendamist peamiselt põletikuliste haigestuste puhul. Harilikult süstitakse steriliseeritud piima lihasesisesi 1—2 päeva järel suurenevais annustes 1—5 cm^3. Reaktsioon sisseviimisele on harilikult samalaadne nagu seerumite tarvitamiselgi (temperatuuri tõus, mõnikord vappekülm, leukotsütoos). Järelikult tuleb proteinoteraapiat vaadelda kui menetlust, mis ärritab vereloome-elundeid ja tugevdab seetõttu organismi vastupanuvõimet.

Proteinoteraapia toimel organismis ilmnevate muutuste uurimisel avastati peatselt, et samalaadset reaktsiooni on võimelised põhjustama mitte ainult valgupreparaadid,

vaid ka terve rida muid aineid (tärpentin, jatreen jt.), mida sageli rakendatakse ka günekoloogilises praksises.

Tärpentini tarvitatakse eriti niinimetatud fikseeriva abstsessi tekitamiseks (harilikult süstitakse 2,0 vene tärpentini reide nahaalusi). Me oleme võinud korduvalt veenduda selle meetodi heas mõjus sünnitusjärgsete septiliste haigestuste puhul.

Vere siirdniristus.

Vere siirdniristuseks (vere transfusiooniks) kasutatakse kas niinimetatud konserveeritud verd (doonori, platsentaarset) või veri siirdnistatakse värskelt otse doonorilt. Viimaste aastate kestel praktiseeritakse vere siirdnistust üha ulatuslikumalt kõikidel meditsiini aladel, sealhulgas ka sünnitusabi alal ja günekoloogias.

Sünnitusabi- ja günekoloogilises praksises on vere siirdniristus näidustatud järgmistel juhtudel: 1) äge verekaotus, 2) kestvad retsidiveeruvad verejooksud sekundaarse aneemia nähtudega, 3) septilised protsessid, 4) šokk, 5) operatsioonieelsel ja -järgsel perioodil organismi vastupanu tõstmiseks, eriti kui on tegemist kurnatud haigetega, 6) intoksikatsioon, 7) günekoloogilisi haigestusi tüsistavad vere ja vereloome-elundite haigused jne.

Vere siirdniristus on vastunäidustatud: südame ja neerude orgaaniliste haigestuste, tromboosi ning emboolia ja haigestuste puhul, mis on seotud paisuga väikeses vereringes. Laskumata vere siirdniristuse tehnikasse, mida võib leida vastavaist õpikuist, peame vajalikuks rõhutada, et nüüdisajal on üldtunnustatud põhimõtteks tüsistuste vältimiseks (hemolüütiline šokk) siirdniristada ainult samanimelise grupi verd.

Emakavälise raseduse puhul praktiseerivad mõned reinfusioonimeetodit (kõhuõõnde voolanud vere siirdniristus). Seda menetlust peab rakendama ettevaatlikult, sest on võimalik kõhuõõnde voolanud vere hemolüüs; peale selle aga on ta ohtlik kõhuõõne või seesmiste suguelundite piirkonna (eriti munajuhade) infektsiooni puhul. Vere siirdniristus osutub väga väärtuslikuks septiliste haigestuste puhul, sest organismi viiakse koos siirdniristatud verega bakteritsiidseid aineid, suureneb täisväärtusliku vere üldhulk ja tekib vereloome-elundite ärritus; sel viisil mobiliseeritakse organismi kõik reservjõud võitluseks infektsiooniga.

Lõpuks on vajalik tähendada, et vere siirdniristuse meetodi valdamine omab meie oludes ka suurt riigikaitselist tähtsust (ägedate verekaotuste ja MA-mürgistuste puhul). Seetõttu kuulub meditsiinilise personaali ülesandeisse mitte ainult selle meetodi tundmaõppimine, vaid ka vere siirdniristuse propageerimine elanikkonna hulgas.

Organoteraapia (hormonoteraapia).

Sõnasõnalises tõlkes tähendab organoteraapia haige inimese ravimist loomade samataoliste elunditega, nagu seda teostati vanasti. Organoteraapiale loodi teaduslik alus õpetuse arenemisega sisesekretsiooninäärmeist; preparaate hakati valmistama põhiliselt just sisesekretsioonielundeist ekstraktidena ja tõmmatistena.

Sisesekretsiooninäärmeist toodetud preparaatidega ravimist on õigem nimetada hormonoteraapiaks.

Nende preparaatide sisseviimise eesmärgiks on ühelt poolt täiendada nõrgalt funktsioneerivate näärmete puuduvaid hormoone[1] ja teiselt poolt neutraliseerida selliste

[1] Hormoonideks nimetatakse sisesekretsiooninäärmete poolt otseselt verre eritatavaid aineid.

näärmete sekreeti, mis ühtede või teiste muutuste või haigestuste tõttu produtseerivad seda normaalsest suuremal hulgal, häirides sellega teiste näärmete kooskõlastatud funktsioone.

Laialdasemalt on günekoloogias levinud *munasarja-preparaatide* rakendamine munasarja funktsioonihäirete puhul.

Munasarja-preparaadid on tuntud *ovariini* nimetuse all. Varemalt kujutasid need preparaadid endast munasarjade tahkeid preparaate või ekstrakte.

Edasised uurimised näitasid, et munasarja kude sisaldab suhteliselt vähe hormoone, kuna suuremal hulgal leidub *ovariaalhormooni* folliikulivedelikus folliikuli lõhkemise momendil. Seda hormooni, mis on follikulaaraparaadi produkt, nimetatakse *follikuliiniks*. Munasarja hormooni, eritatud kollaskeha poolt, mis on samuti sisesekretsiooninääre, nimetatakse *luteiiniks*.

Suurel hulgal leidub follikuliini veres (eriti raseduse puhul) ja kuses. Platsenta sisaldab palju ovariaalhormooni.

Müüdavaid ovariaalpreparaate toodetakse kusest või platsentast ja valmistatakse tablettidena, tilkadena ning ampullides nahaalusi süstimiseks.

Näidustused ovariaalhormooni rakendamiseks on järgmised: 1) infantilism, 2) vereloome häired suguküpsuse perioodil (kloroos, aneemia), 3) äralangemise nähud klimakteeriumi puhul, 4) toitumishäired (rasvumine), 5) menstruaalse funktsiooni häired, 6) sigimatus (mis ei ole põhjustatud sünnitusjärgseist põletikulistest protsessidest), 7) sisesekretsiooninäärmete haigused, 8) mõned närvihaigused (epilepsia) ja psühhoosid.

Munasarja-preparaatide toimele diametraalselt vastupidist mõju suguelundeile avaldab *rinnanäärmete* tõmmatispreparaat *mammiin*. Et ta vähendab suguelundite varustamist verega, rakendatakse teda emaka kroo-

nilistest protsessidest (endometriidid, metriidid) põhjustatud verejooksude puhul ja mõnede autorite arvates avaldab ta head toimet ka emaka fibromüoomide ravimisel.

Mammiini tarvitatakse tilkadena või tablettidena 0,3—0,5 2—3 korda päevas.

Türeoidiin on tõmmatis kilpnäärmest ja seda rakendatakse günekoloogias kilpnäärme puudulikust funktsioonist põhjustatud menorraagiate ja emaka fibromüoomidest sõltuvate verejooksude puhul. Kuid tuleb arvestada, et kilpnäärme-preparaadid tekitavad mõnesuguseid ebameeldivaid kaasnähte südame-vereringe ja närvisüsteemis.

Pituitriin ja pituglandool kujutavad endast tõmmatisi hüpofüüsi (ajuripatsi) tagasagarast ja neid rakendatakse harilikult nahaalusi süstimistena (ühekordne annus on 1 ampull). Toimides silelihaseid kokkutõmbavalt leidsid need preparaadid rakendamist emaka atooniliste verejooksude ja opereeritud haigete kusepeetuse korral ning meteorismi puhul soolte peristaltika tugevdamiseks ja amenorröa raviks.

Hüpofüüsi eessagar produtseerib hormooni, mis mõjustab sugulist funktsiooni.

Kui hüpofüüsi eessagara ainet siirdistutada noorele hiirele, siis tekib enneaegne suguvalmidus, munasarjad hüpertrofeeruvad ja produtseerivad massiliselt folliikuleid, mis muutuvad atreetilisteks kollaskehadeks luteiini tekkega. Pärast eessagara siirdistutamist vanadele loomadele täheldatakse folliikulite uut proliferatsiooni.

See mõju sõltub kahe hormooni olemasolust eessagaras: prolaan A, mis põhjustab folliikuli küpsemist ja lõhkemist, ning prolaan B, luteiniseerimishormoon, mis muudab folliikulid kollaskehadeks. Naisel tekib raseduse ajal eessagara hormooni suurenenud valmistamine ja seda eritub suurel hulgal uriiniga. Kuses leiduv prolaan

võimaldab raseduse varajast määratlemist (Zondek-Aschheim'i reaktsioon). Prolaani rakendatakse munasarja funktsioonihäirete ja alaarengu puhul.

Adrenaliin (tõmmatis neerupealistest) omab veresooni ahendavat ja verdsulgevat toimet. Koos füsioloogilise lahusega nahaalusi süstimisel avaldab head toimet suurte verekaotuste puhul vererõhu langemisega (1 ampull 500,0 füsioloogilise lahuse kohta). Peale selle tarvitatakse adrenaliini paikliku, seljaaju- ja sekraal-anesteesia puhul; lisatakse 1 tilk (lahusest 1 : 1000) iga 10 cm^3 novokaiinilahuse kohta kudede veretustamiseks ja anesteesia kestuse pikendamiseks.

Platsentiin on tõmmatis platsentast; tema toimet ei ole veel küllaldaselt uuritud. Osutatakse tema rakendamise headele tulemustele nõrkade väituste ja sünnitusjärgsel perioodil halva laktatsiooni puhul.

Maksapreparaate kasutatakse laialt pernitsioosse aneemia puhul. Haiged saavad 200—300 g värsket maksa või selle preparaate kontsentreeritud ekstraktidena.

Elektroteraapia.

Elektrivoolu rakendatakse günekoloogias laialt.

Elektrit kasutatakse galvaanilise, faraadilise ja vahelduva kõrgepinge-vooluna.

Galvaaniliseks ehk alaliseks nimetatakse voolu, mis oma mõjustuse kestel kulgeb ühes ja samas suunas ühesuguse pingega. Galvaanilist voolu saadakse kas galvaanilistest patareidest, akumulaatorist või erimasinast (alalisvoolu-dünamost). Terapeutiliseks otstarbeks kasutatava voolu pinge ei tohi ületada 60—80 volti.

Tarvitatavad elektroodid peavad rahuldama järgmisi nõudeid: 1) ühendus elektrivoolu juhtivate elektroodidega peab olema ehituselt lihtne, 2) elektrood peab olema painduv, plastiline, odav, 3) ei tohi omada põletavat ja mürgist toimet. Seetõttu on elektroodide parimaks materjaliks 0,25—1 mm paksused valtsitud tinaplaadid, sest neid on nende painduvuse tõttu võimalik hästi

sobitada kehapinnale; nad on odavad ja kahjutud. Et elektrood liibuks tihedamalt kehapinnale ja sellega soodustaks voolu ühtlast levimist (mis on vältimatuks tingimuseks põletuse ärahoidmiseks), siis varustatakse ta paksu hügroskoopilise flanellist või parhist vahelapiga. Vahelapp niisutatakse füsioloogilise lahusega, väänatakse välja, asetatakse vastavale kehaosale, selle peale paigutatakse tinast elektroodplaat ja kõik seotakse sidemega kinni.

Näidustused rakendamiseks on järgmised: 1) valutunne kõhu allosas, niudepiirkonnas, lokaliseerudes kindlates punktides ilma suguelundite objektiivsete muutusteta; 2) soolte ja kusepõie atoonia. Esimesel juhul sõltub rahustav toime anoodist (positiivne elektrood, mis asetatakse väikese plaadina valusale kohale).

Voolu tugevust on vajalik suurendada seni, kuni haige tunneb kerget torkimist nahal, mis aga mingil juhul ei tohi muutuda valutundeks. Seansi kestus on 5—10 minutit.

Vahelduvvoolu niinimetatud faraadilise vooluna, mida saadakse füüsikast kõigile tuntud Ruhmkorff'i induktorist, rakendatakse kusepõie ja pärasoole sulgurlihaste lõtvuse, kuid ka kõhu ja vaagnapõhja lihaste nõrkuse puhul. Selle voolu mõju on suunatud nimetatud lihasegruppide tugevdamisele ja kokkutõmbumisvõime suurendamisele, põhjustades nende hüpertroofiat. Faradiseerimine teostub niiviisi, et kusepõie õõnde või pärasoolde asetatakse steriliseeritud süsielektrood (orataoline), kuna lame, plaatelektrood pannakse kõhule või ristluule. Ravimine algab nõrkadest vooludest ja järk-järgult suurendatakse nende tugevust.

Ionoteraapia.

Viimasel ajal on günekoloogias kaunis laialt levinud niinimetatud ionoteraapia.

Ionoteraapia all (teisiti ka iontoforees, elektroionoteraapia) mõistetakse ühtede või teiste raviainete, näiteks

joodi, kaltsiumi jt. ioonide [1] sisseviimist organismi elektri alalisvoolu abil.

Naha kaudu galvaanilise vooluga organismi viidud ravim võimaldab: 1) kahjustuskolde otsest mõjustamist, 2) luua raviaine tihedamat sidet vastavate kudedega, 3) juhtida organismi vastavasse osasse ainult terapeutilist efekti põhjustavaid ioone, 4) samaaegselt mõjustada kahjustatud elundit galvaanilise vooluga.

Ionoteraapiaks vajalikku alalisvoolu võib saada galvaanilistest elementidest või hankida seda linna vooluvõrgust, kui elektrijaam otseselt toodab alalisvoolu. Linna elektrijaamad võivad anda alalisvoolu 100—110- ja 200—220-voldilise pingega. Mõlemal juhul on vaja vältida kogu voolu läbimise võimalust inimese kehast, milleks teda juhitakse läbi alalise lisatakistuse (1—2 järjestikku lülitatud söest hõõgniidiga lampi) enne sattumist jaotusseadeldistesse. Selline abinõu kahandab tunduva osa energiast ja terapeutiliseks otstarbeks ei jää üle 70—80 voldi.

On aga linnavõrgus vahelduvvool, siis tuleb see ümformeri või pantostaadi abil muuta alalisvooluks.

Elektroodidena kasutatakse söest, tinast, tsingist või stanniolist plaate. Niiske vahekihina on kõige parem tarvitada parhi, sest see on hüdrofiilne, tihe ja vastupidav. Vahekihi paksus peab olema 0,5 ja 2 cm vahel. Tuleb meeles pidada, et mida paksem on vahekiht, seda vähem valulikult möödub seanss. Kui elektrood puutub nahaga kokku vahetult, siis tekib nahal põletus.

Elektroionoteraapia rakendustehnika on järgmine: haige ristluu-piirkonda paigutatakse tihedalt alla-asetatud liivakoti abil indiferentne elektrood tinaplaadina, suurusega 10 × 15 cm, mis on kaetud füsioloogilise lahusega niisutatud paksu riidekattega. Teine samane elektrood, kaetud riidekihiga, mis on hästi niisutatud ravivahendi lahusega, paigutatakse kõhu alumisele osale.

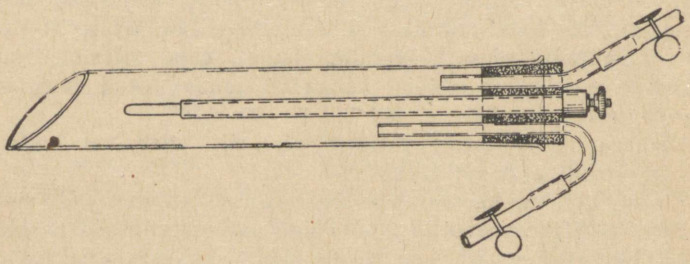
Nahapiirkonnad, kuhu paigutatakse elektroodid, tuleb esmalt puhastada rasvast ja mustusest, milleks neid hõõ-

[1] Ioonideks nimetatakse vabu osiseid, mis tekivad molekuli lagunemisel galvaanilise voolu läbimise puhul soolalahuseist.

rutakse bensiiniga, piiritusega või sooja veega. Voolu tuleb anda aeglaselt, järk-järgult tugevdades; samuti aeglaselt tuleb vool seansi lõpul välja lülitada. Haige peab seansi ajal rahulikult lamama. Iontoforeesi määratakse harilikult ülepäeviti ja seansi kestus on 15—30 minutit.

Günekoloogilises praksises tehakse ionoteraapiat kõige sagedamini tupe või tservikaalkanali limanaha kaudu.

Vaginaalteraapiaks kasutatakse kas söest elektroodi, mis kujutab endast silindrilist söest otsakut, või niinimetatud vedel-elektroodi.



Joon. 112. Vedel-elektrood.

Enne sisseviimist mähitakse söest elektroodi ümber vatikiht, millele pannakse kaks kihti marlit, niisutatakse ravimlahusega ja viiakse lusikataoliste peeglite abil tuppe. Vaginaal-elektrood ühendatakse samanimelise poolusega, millega on laetud sisseviidav ioon[1]. Teine poolus ühendatakse kõhule või ristluu-piirkonda asetatud elektroodiga.

Tupe vedel-elektrood valmistatakse järgmiselt: võetakse Fergusson'i torupeegel ja viiakse tuppe nii, et tema

[1] Metalle, alkaloide ja vesiniku-ioone (katioone) viiakse sisse anoodi kaudu, metalloide ja OH-gruppi (anioone) aga katoodi kaudu.

valendikus paikneks emakakael. Pärast seda suletakse peegli välisava kummikorgiga, millesse on asetatud: 1) eboniitvarras, mille külge on kinnitatud söest elektrood, ja 2) kaks klaastoru nende külge kinnitatud peenikeste kummivoolikutega (joon. 112).

Sisseviidud peegel täidetakse ravimlahusega alumise klaastoru kaudu seni, kuni ülemisest torust hakkab vedelik välja voolama. Pärast seda suletakse mõlemad voolikud Moro näpitsatega ja asutakse elektroodide ühendamisele.

Elektroodide ettevalmistamine protseduuriks.

Flanellist või marlist elektroodide vahelapid vahetatakse pärast iga protseduuri. Järgnevate protseduuride jaoks loputatakse neid soojas vees, keedetakse ja pärast kuivatamist võib neid jälle tarvitada.

Elektroodid (ja vahelapid) märgitakse leppemärkidega selleks, et ühte ja sama elektroodi alati niisutada ühesuguse ravimlahusega.

Pärast tarvitamist hõõrutakse söest tupe-elektroodid piiritusega puhtaks ja hoitakse desinfitseerivas lahuses (lüsool, denatureeritud piiritus). Enne tarvitamist hõõrutakse neid eri käterätikuga.

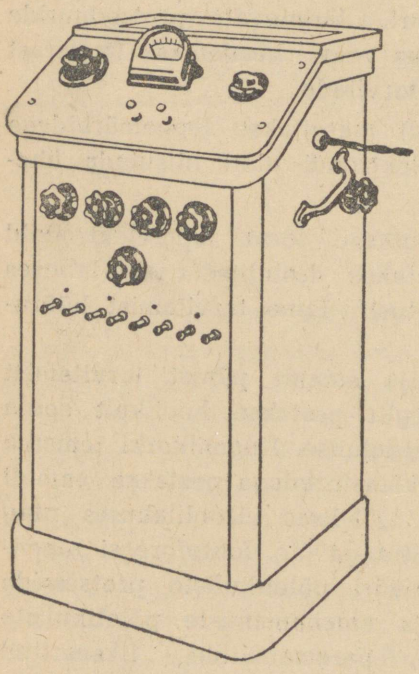
Vedel-elektroode on vaja samuti pärast tarvitamist desinfitseerida. Silinderpeeglit pestakse hoolikalt sooja vee ja seebiga ning siis keedetakse. Kummikorki temasse kinnitatud elektroodiga ja klaastorudega pestakse samuti hoolikalt seebi ja harjaga ½%-lises lüsoolilahuses ning pärast seda hõõrutakse piiritusega üle. Iontoforeesi rakendatakse laialt naise sugusfääri põletikuliste protsesside ravimisel, nimelt emaka ja emakamanuste põletikuliste haigestuste, perimetriitide, parametriitide, fikseeritud retroversioonide jt. puhul.

Vastunäidustused ionoteraapiaks on: 1) mädased protsessid, 2) pahaloomulised kasvajad, 3) naha epidermise tervikluse vigastused.

Diatermia (termopenetratsioon).

Insener N. Tesla, kes katsetas kõrgesagedusvooludega, osutas elektrivoolu omadusele tekitada soojust inimese keha kudede läbimisel, kusjuures ta ei põhjusta tunde- ja liigutusnärvide ärritust

Prantsuse füsioloog d'Arsonval rakendas neid voolusid meditsiinilises praksises. Viimasel ajal günekoloogias laialt kasutatav diatermiline vool on d'Arsonval'i voolu teisendamine selles suhtes, et temaga kudede mõjustamisel tekib suur hulk soojust. Need voolud ei avalda organismi kudedele mingisugust muud kaasmõju seetõttu, et nad muudavad oma suunda väga kiiresti, neutraliseerides sellega üksteist.

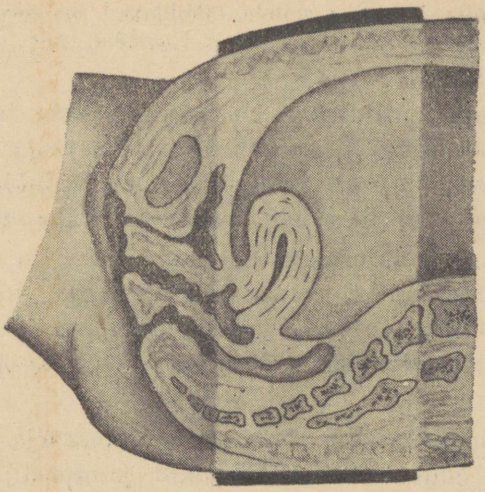


Joon. 113. Diatermia-aparaat.

Diatermilist voolu tarvitatakse niinimetatud paikliku diatermiana ja seda saadakse eriaparaatide abil (joon. 113), mis on varustatud mitme elektroodiga.

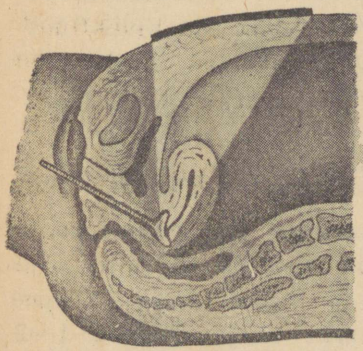
Günekoloogias on laialt levinud elektroodide paigutamine kõhule ja nimmele (kõhu-selja paigutus), kõhule ja tuppe (kõhu-tupe paigutus) ja nimmele, kõhule ning tuppe (kõhu-tupe-selja paigutus) (joon. 114, 115 ja 116).

Milles siis erineb diatermiast saadud soojuse toime soojuse omast, mida saavutatakse valgus-, kuivõhu-, vesikümblustega jms? Asi seisab selles, et väljastpoolt soojust andvate abinõude (kümb-

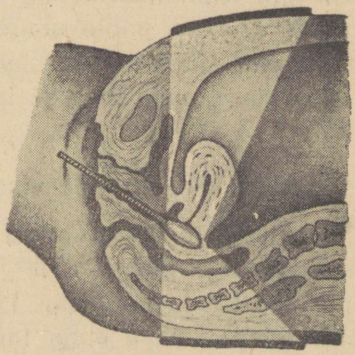


Joon. 114. Elektroodide kõhu-selja paigutus.

lused) rakendamisel on meil tegemist pigemini normaalse soojusekiirguse peetusega ja kollateraalse hüpereemia nähtudega; diatermia puhul aga on meil tegemist väljastpoolt tuleva elektrienergia



Joon. 115. Elektroodide kõhu--tupe paigutus.



Joon. 116. Elektroodide kõhu--tupe-selja paigutus.

muutumisega soojusenergiaks ja kudede aktiivse hüpereemiaga läbiva voolu toime ulatuses. Seetõttu säilib seesmise soojuse tunne pärast diatermiat pikemat aega ka peale seanssi ilma igasuguse nahareaktsioonita. Lisaks sellele täheldavad haiged, et pärast ülaltoodud protseduuri nad ei tunne väsimust, mis alati kaasub muude soojusprotseduuridega.

Diatermiale omistatakse ka bakteritsiidset toimet, eriti sellistesse soojustundlikesse bakteritesse nagu gonokokk; osutatakse paiklikule ainevahetuse tõusule kudedes, vere- ja lümfiringe tugevnemisele, valutunde vähenemisele jne.

Diatermia rakendusalad günekoloogias on järgmised: vaagna-kõhukelme haigestused liitumistega, kokkukasvamistega, väljahigististega; operatsioonijärgsed kokkukasvamised, parametriidid, põletikulised protsessid emakamanustes.

Häid tulemusi võib saavutada munasarja puuduliku funktsiooni, suguelundite alaarengu ja spastilise düsmenorröa puhul.

Suguelundite krooniliste põletikuliste haigestuste puhul, millega kaasuvad metro- ja menorraagiad, rakendatakse rinnanäärmete diatermiat „automamminisatsiooni" eesmärgil. Rinnanäärmetele asetatakse tassitaoline elektrood ja vastava poole abaluu-piirkonnale plaat-elektrood. Elektroodid fikseeritakse sidemega. Seansi kestus on 20 minutit ja neid antakse iga päev.

Elektroodide ettevalmistamine ja asetamise tehnika.

Tupe-elektroode pestakse pärast iga protseduuri sooja vee ja seebiga harja abil ja siis hõõrutakse piiritusega üle. Elektroode hoitakse 1%-lises lüsoolilahuses. Tupe-elektrood pannakse enne tarvitamist soojenemiseks 1—2 minutiks kuuma lüsoolilahusesse; pärast seda muutub elektrood libedaks, mis hõlbustab selle sisseviimist. Väli-

diatermiaks kasutatakse metallist plaat-elektroode, mis on valmistatud stanniolist või tinast. Hüdrofiilseid riidest vahelappe diatermia juures ei kasutata. Enne pealepanemist valtsitakse plaat-elektroode rulli abil. Need peavad tihedalt naha vastu liibuma, milleks plaadile asetatakse raskus (liivakott); mõnikord fikseeritakse elektrood nahale sidemega. Elektroode puhastatakse piiritusega pärast iga protseduuri. On vajalik hoolikalt jälgida, et juhtme klambriühendus elektroodiga oleks kindel. Naha põletuse vältimiseks on hea selles kohas (voolutihenduse suurenemise tõttu) panna klambri alla veidi vatti või marlit.

Elektroodide asetamisel ja voolu sisselülitamisel peab haige rahulikult lamama. Seansi ajal tunneb haige mõnusat soojust. Kui elektroodid ei asetse tihedalt vastu nahka, siis ilmneb torke- ja valutunne. Diatermiaseanss kestab 20 minutist kuni 1 tunnini. Voolu tugevus on 0,7—2 amprit.

Diatermilist voolu rakendatakse ka kudede koagulatsiooniks (kokkukeetmiseks) endotservitsiitide ja emakakaela erosioonide puhul. Pärast koagulatsiooni viiakse tuppe vaseliiniõliga niisutatud steriilne tampoon 12 tunniks. Kärn eraldub 10.—12. päeval.

Vastunäidustused diatermiaks on: tundlikkuse häired, mädased protsessid (hädaoht seoses mäda ülekandumisega), verejooksud (nende suurenemise võimalus), hüsteeria (ärritatud olek, unepuudus).

Valgusravi.

Günekoloogiliste haigestuste puhul rakendatakse valgusravi kas helioteraapia näol (päikeseravi) või kasutatakse raviefekti saavutamiseks kunstlikke valgusallikaid.

Päikesekümblused.

Päikese toime organismisse sõltub päikesespektri koostisest ja kiiritamise kestusest. Koguni ühes ja samas paigas päikesespekter muutub sõltuvalt päikese seisu kõrgusest ja atmosfääri seisundist (niiskus, pilvitus jms.); sellest järeldub, et päikese toime ei ole erinevail kella- ja aastaaegadel ühesugune.

Päikesekümbluse rakendamisel on nõutav mõnesuguste üldreeglite silmaspidamine ja nimelt:

1) enne ravimisele asumist on vajalik aeglaselt harjutada haige keha päikesekiirtega;

2) esimeste päikesekümbluste korral ei või kiiritada haiguskollet ennast, et mitte põhjustada põletikuliste nähtude ägenemist;

3) haige pea peab olema päikesekiirte eest kaitstud (eriti silmi ei tohi ere päikesevalgus mõjustada);

4) päikesekümblusi ei tohi rakendada pärast ohtrat sööki;

5) protseduuri ajal peab haige olema alalise valve all (jälgida südametegevust); peetakse silmas paiklikku (naha) reaktsiooni ja haige üldseisundit;

6) pärast päikesekümbluse lõpetamist määratakse haigele jahe vesikümblus roidumuse ja nõrkustunde kõrvaldamiseks, mida haiged tavaliselt tunnevad.

Päikesekümbluse toime organismisse seisab valguse mõjus nahale; ta reguleerib naha funktsioone (rasva ja higi eritamine, nahahingamine) ja mõjustab ainevahetust (suurendades valgu- ja mineraalainevahetust), kesknärvisüsteemi (üldise enesetunde paranemine, erkuse, elavuse, huvi tekkimine ümbruse vastu) ning südame-vereringe süsteemi (soojuseregulatsiooni suurenemine, soonestiku toonuse, vererõhu muutus).

Näidustused üldiste päikesekümbluste rakendamiseks on järgmised: tuberkuloossed kahjustused, günekoloogilised haigestused, millega kaasuvad kehvveresus ja toitumuse langus, vaagnaelundite kroonilised põletikulised protsessid. Täheldatakse head mõju munasarjade alafunktsiooni (hüpomenorröa, oligomenorröa, amenorröa), pärast suurt verekaotust ilmneva aneemia ja düsmenorröa puhul.

Vastunäidustused üldiste päikesekümbluste määramisel on: naiste suguelundite põletikulised protsessid kalduvusega verejooksuks, hea- ja pahaloomulised kasvajad, südame dekompenseeritud häired, kopsutuberkuloosi aktiivsed vormid, äge kurtumus, üldine arterioskleroos, kesknärvisüsteemi orgaanilised haigestused ja epilepsia.

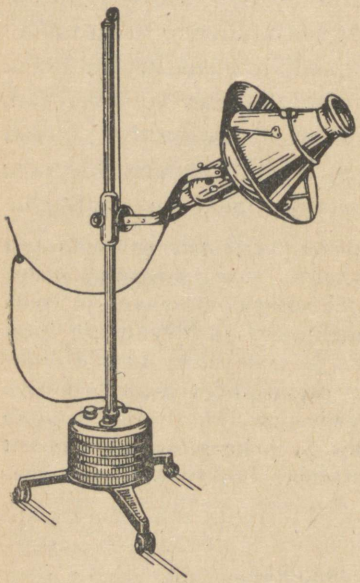
On vajalik meeles pidada, et päike mõjustab suurepäraselt rahhiiti, mis on oma tagajärgede poolest suur sotsiaalne pahe. Rahhiidivastane võitlus on riikliku tähtsusega ülesanne ja seda peab korraldama ulatuslikult. Keskharidusega meditsiiniline personaal, kelle kutsumuseks on emade- ja lastekaitse ideede ellurakendamine, peab mõistagi tegema propagandat päikeseenergia õigeks kasutamiseks laste juures, pidades meeles, et rahhiit jätab naisel parandamatuid jälgi arenemises ja kehaehituses (peamiselt vaagna ehituses), raskendades tähtsama funktsiooni — emaduse — täitmist.

Kunstlikud valgusallikad.

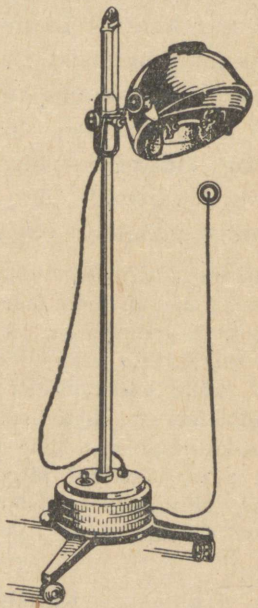
Kunstlikest valgusallikaist rakendatakse ravi otstarbeks 1) aparaate, mis eraldavad peamiselt infrapunaseid kiiri, nagu Minin'i reflektor, pealeasetatavad elektrivalguskümblused, sollukslamp (joon. 117), 2) aparaate, mis tekitavad ultravioletseid kiiri, näiteks kvartslamp.

Minin'i reflektor on lihtne aparaat elektrivalgusega ravimiseks: väike metallist reflektor puust käepidemega, mille tsentrumis asetseb tavaline värvusetu või sinine elektrilamp. Reflektor koondab kiired naha väikesele piirkonnale ja põhjustab sellega paiklikku hüpereemiat, mis mõjub

valuvaigistavalt ja imenduvalt. Reflektor on mõnus seetõttu, et haige võib seda kodus ise kasutada igasuguste ilma temperatuuri tõusuta kulgevate põletikuliste protsesside puhul (kubemenäärmete lümfadeniit, algav bartoliniit). Kiiritamise kestus on 20 kuni 60 minutit iga päev, 10—15 päeva järjest.



Joon. 117. Sollukslamp.



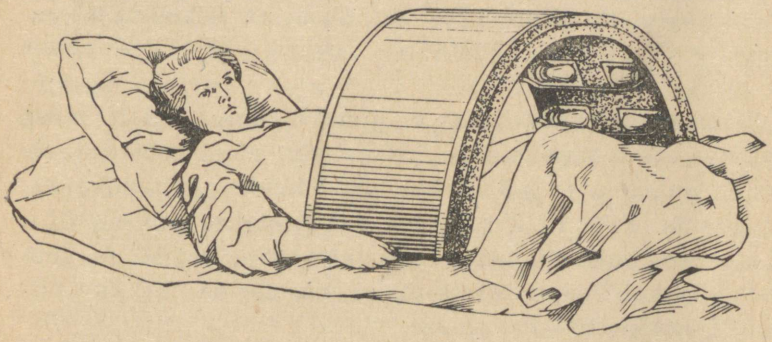
Joon. 118. Bach'i kvartslamp.

Pealeasetatavad elektrivalguskümblused.

Pealeasetatavad elektrivalguskümblused on günekoloogias laialt levinud tänu nende kättesaadavusele ning headele ravitulemustele. Nad kujutavad endast poolümarikku kasti, mille sees on hõõgniitlambid (joon. 119). Selline tunnelitaoline kast asetatakse haigele kõhu peale ja kaetakse pealt villase voodivaibaga. Küljel või ülal on kasti seina

läbiv toru termomeetri jaoks, mis seatakse niiviisi, et see ei puudutaks haige keha ja näitaks temperatuuri kehapinna juurest. Temperatuur viiakse harilikult 60—70°-ni C ja teda reguleeritakse osa lampide sisse- ja väljalülitamise teel.

Elektrivalguskümblused on peaaegu asendanud ja välja tõrjunud niinimetatud kuivõhukümblused, kus tarvismineva soojuse allikaks on kuum õhk. Elektrivalguskümbluste toime põhineb samuti paiklikul hüpereemial, kuna



Joon. 119. Pealeasetatav elektrivalguskümblus.

aga efekt tekib siin teisel teel kui näiteks diatermia puhul, sest kõhukatete soojendamisega ei ole võimalik saavutada sügaval asetsevate kudede temperatuuri tõusu. Siin on tegemist järgmise toimega: pinnalistes kudedes soojenenud veri laskub sügavale ja tekitab kõhuõõne- ja vaagnaelundite veresoonte laienemist. Tagajärjena suureneb ainevahetus organismis, imenduvad põletikulised protsessid, koos ohtra higiga eralduvad organismist laguained.

Elektrivalguskümblusi rakendatakse vaagnaelundite mitmesuguste põletikuliste protsesside puhul (kui temperatuur on normaalne); eriti hästi mõjuvad nad parametriitide (vaagnarakustiku põletiku) puhul. Seansi kestus on 5 kuni 30 minutit, kokku 10—20 seanssi.

Vastunäidustused: südamerikked, müokardiit, rasked neeruhaigused ja kõik ägedad või ägestunud põletikulised protsessid vaagnas või mujal organismis.

Sollukslamp (joon. 117) on suur 2000-küünlalise valgustugevusega elektrilamp, mis kiirgab peamiselt infrapunaseid kiiri.

Reflektoriga lamp on kinnitatud statiivile, mis võimaldab kauguse reguleerimisega suurendada või nõrgestada valgustuse tugevust. Statiivi allosas on reostaat, mille abil võib reguleerida valguse tugevust. Reflektori külge võib kinnitada paiklikuks kiiritamiseks koonusetaolise lisareflektori, mille avause võib katta sinise või punase filtriga.

Sollukslampi rakendatakse günekoloogias laialt naise suguorganite alaägedate ja krooniliste põletikuliste protsesside puhul ja ta mõjub kui hea imenduv ja valuvaigistav abinõu. Eriti häid tulemusi saavutatakse punase filtri kasutamisel, mis põhjustab paiklikku hüpereemiat ja suurendab leukotsütoosi. Protseduuri kestus on 20 kuni 60 minutit, kokku 10—30 seanssi.

Elavhõbe-kvartslamp (Bach'i kvartslamp) annab peamiselt keemilisi ultravioletseid kiiri. Elavhõbe-kvartslambi kiirgus sisaldab 7,3% infrapunaseid kiiri, 47,0% valgus- (nähtavaid) kiiri ja 45,7% ultravioletseid kiiri.

Kvartslampi kasutatakse günekoloogias üldiseks kui ka paiklikuks kiiritamiseks.

Näidustused kvartslambiga üldiseks kiiritamiseks:

1) suguelundite tuberkuloos,

2) kroonilised põletikulised günekoloogilised haigestused üldise kehvveresuse ja toitumuse languse nähtudega,

3) ovariaalse funktsiooni häired (amenorröa, hüpomenorröa, oligomenorröa, düsmenorröa),

4) kehvveresus ja suurenenud närvlikkus suguküpseks saamise perioodil.

Paiklikku kiiritamist kvartslambiga teostatakse kõhuseina ja lahkliha operatsioonihaavade mädanemise, roosihaiguse ja furunkuloosi puhul.

Üldist kiiritamist alustatakse 2—3 ultravioletse ühikuga (UVÜ), annust suurendatakse igal järgneval seansil 2—3 UVÜ võrra. Koguannus tõstetakse kuni 30—40 UVÜ-ni.

Viimasel ajal on hakatud heade tulemustega kasutama tupe kiiritamist kvartslambiga emakakaela erosioonide (mitte vähiliste) ja kolpiitide puhul.

Kvartslambi rakendamisel on vajalik jälgida, et ei tekiks põletust, sest ebaõigel kasutamisel tekitavad ultravioletsed kiired nahas põletikulise protsessi, mis ilmneb alles 12—24 tunni pärast. Sel puhul ei sõltu põletus kuumusest, vaid on kiirte poolt nahale avaldatava keemilise mõju tagajärjeks.

Põletit puhastatakse enne voolu sisselülitamist puhta piiritusega, et temalt kõrvaldada tolmu ja rasvajälgi, kui teda puudutati kattega. On vajalik teada, et põletile mõjuvad kahjulikult sagedased voolu sisselülitamised, mistõttu mõni minut kestvate seansside vaheaegadel voolu välja ei lülitata.

Kvartslambi käsitsemisel on vajalik, et nii personaal kui ka haige paneksid ette tumedast klaasist kaitseprillid, et ei tekiks silma sarvkesta ärritust (konjunktiviiti).

Kui soovitakse samaaegselt mõjustada keha teatud piirkonda lühikeste ultravioletsete ja soojuskiirtega, siis kiiritatakse korraga kvarts- ja sollukslambiga.

Hüdroteraapia.

Hüdroteraapia ehk vesiravi on füüsikaline ravimeetod, kusjuures ravi otstarbeks kasutatakse mitmesuguse temperatuuriga vett.

Vesiravi toime on lahutamatult seotud organismi mõjustamisega temperatuuriärritusega (sooja või külmaga) ja koosneb järgnevaist momentidest.

1. Termiline ärritus, mille tugevus sõltub keha ja vee temperatuuri erinevusest, organismile juurdeantud soojuse hulgast või vastupidi — äravõetud soojuse hulgast (külma rakendamisel) ja mõjuva temperatuuri vahelduse kiirusest. Näiteks pannes haige kohe kuuma vanni, osutub ärritus märksa suuremaks kui sel juhul, kui aeglaselt soojendada vannivett. Peale selle mõjub ärrituse tugevusele kaasa sooja ja külma rakendamise kestus — kestvam mõjustamine tekitab ka tugevamat reaktsiooni. On tähtis ka nahapinna asukoht ning ulatus ja harjumus ühe või teise protseduuri suhtes. Seetõttu peab korduvate protseduuride temperatuur olema kõrgem, et saavutada esialgset efekti.

2. Mehaaniline ärritus (veesamba surve täiskümbluses, nahaärritus vihmandi, ülehõõrumise jne. puhul).

3. Keemiline ärritus, mis sõltub keemilistest lisanditest veele (süsihape, sinepikümblused jms.).

Kümblusravi.

Haiglais kasutatakse sageli kümblusi kui kõige kättesaadavamaid ja samaaegselt väga väärtuslikke hüdroterapeutilisi protseduure. Puuduvat vanni võib asendada suur küna või tünn, paiklike protseduuride jaoks aga toober või suur pesukauss.

Kümblused jagunevad: 1) täiskümblusteks, kui vannivees on kogu keha kuni kaelani; 2) paiklikeks kümblusteks, kui vees on ainult osa kehast (iste-, pool- ja jalakümblused). Sõltuvalt vee temperatuurist jaguneb kumbki liik kuumkümblusteks — 38° C ja rohkem, soekümblusteks — 35 kuni 37° C, indiferentseiks — 34° C, jahekümblusteks — 25 kuni 33° C ja külmkümblusteks — alla 25° C.

Kümbluse toime organismisse koosneb samadest momentidest, mis on iseloomustavad üldse hüdroterapeutilistele protseduuridele, nimelt termilisest, mehaanilisest ja keemilisest ärritusest, kusjuures soekümblused vähendavad, kuum- ja külmkümblused aga suurendavad ainevahetust.

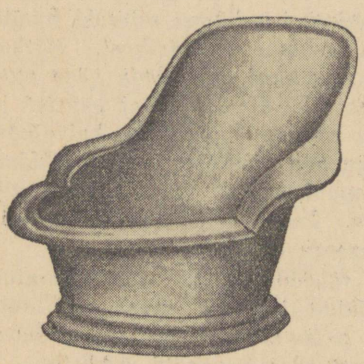
Kõige sagedamini rakendatakse sooje täiskümblusi, mille otstarve on saastunud naha puhastamine. Sellel on suur tähtsus haige organismi suhtes, sest peale tervishoiulise eesmärgi saavutatakse sellega nahafunktsiooni paremaks muutumist. Pärast selliseid kümblusi tunnevad haiged mõnusat rahuldustunnet ja värskust. Nõrkadele ja kurnatud haigetele tuleb täiskümblusi rakendada väga ettevaatlikult; nende liigutusi tuleb piirata, neid peab vanni panema ja sealt välja võtma; mitte lubada neil endil end pesta ja kuivatada. Pärast kümblust viidagu ja asetatagu nad otsekohe voodisse. Mõnikord tuleb selliste haigete puhul leppida ainult lihtsa ülehõõrumisega kas ainult veega või viinaga. Peale soojade täiskümbluste günekoloogias muid täiskümblusi peaaegu ei kasutata.

Vastunäidustusi soekümbluste rakendamiseks, välja arvatud ülaltoodud erandid (nõrgad ja kurnatud haiged), peaaegu ei ole: neid võib määrata koguni rasketele palavikuhaigetele, kinni pidades vajalikest ettevaatusabinõudest ja kasutades vastavaid seadistisi.

Günekoloogilises praksises rakendatakse sagedamini iste- või poolkümblusi. Need omavad peamiselt paiklikku toimet vaagna- ja kõhuelundeisse. Sooje (35—37° C) istekümblusi kestusega 20—30 minutit rakendatakse rahustava ja imenduva toime saavutamiseks vaagnaelundite kroonilistе haigestuste puhul, kuumi kümblusi kuni 40° C ja üle selle aga kui energilist imendusprotseduuri sama piirkonna ekssudatiivsete protsesside ja põletikuliste infiltraatide puhul. Kõige parem on istekümbluste jaoks kasutada erireservuaare (poolvanne), nagu on kujutatud joonisel 120. Pannes sellisesse poolvanni haige, mähitakse tema veest väljasolevad kehaosad voodivaibasse, vann aga kaetakse pealt presendiga, et vesi seal kiiresti ei jahtuks.

Mõnikord lisatakse vanniveele keemilisi aineid, et tugevdada naha termilist ja keemilist ärritust, suurendada vere juurdevoolu ja järelikult soodustada imendumist. Selleks lisatakse vanniveele keedu-, mere- (1—5%) ja muid soolasid, mida toodetakse mineraalveeallikaist — niinimetatud pärasoolveed.

Ülalloetletud lisandite tõttu suureneb kümbluse ärritav toime ja seda arvestades peab selliste kümbluste veetemperatuur olema madalam kui harilikul vesikümblusel.



Joon. 120. Istevann (poolvann).

Lõpuks külmkümblused (14—15° C), kestuselt 2—5 minutit, toimivad virgutavalt ning tõstavad lihaste ja närvisüsteemi toonust sellele järgneva vereringe tugevnemisega. Neid rakendatakse kusepõie, soolestiku atoonia, sugulise nõrkuse ja funktsionaalse päritoluga amenorröa puhul.

Günekoloogiliste haigestuste ravimiseks kasutatakse ka mineraalsoolade kümblusi (soola-, soola-leelise-, väävelvesiniku-, süsihappe- jt. kümblusi). Neid valmistatakse järgmiselt: harilik vannivesi, soojendatud kuni vajaliku temperatuurini, küllastatakse süsihappegaasiga või talle lisatakse nõutav aine. Mineraalsoolade kümblused mõjustavad hästi haigete üldist seisundit ja soodustavad põletikuliste protsesside imendumist.

Täis- ja paiklike kümbluste rakendamisel, eriti kui nende temperatuur on kõrge, võivad haigel ilmneda ebameeldivad nähud südame-vereringe süsteemis (südame pekslemine, pea ringlemine) ja minestused, mõnikord

koguni teadvuse kadumisega. Seetõttu peab väga hoolikalt jälgima haige enesetunnet ja pulssi, et vältida liigset ärritust ja kollapsi.

Märksa harvemini rakendatakse günekoloogilises praksises vihmandeid. Klimakteerilise perioodi „tuskade" puhul kasutatakse kergendusabinõuna niinimetatud jalatallavihmandit, sugutunde nõrgenemisel — lahklihavihmandit, hemorroidide puhul — vihmandit *anus*'e piirkonda.

Vastunäidustused hüdroterapeutilisteks protseduurideks on järgmised: südamehaigused kompensatsioonihäiretega, aktiivne kopsutuberkuloos, pahaloomulised kasvajad terava kahheksiaga ja tugevasti avalduv üldine arterioskleroos.

Mudakümblusravi.

Mudakümblusravi rakendatakse günekoloogias sageli tupetampoonidena (mudatampoonidena), paiklike mudakümblustena ja mudamähistena. Näidustused nimetatud protseduuride rakendamiseks on põhiliselt samased nagu muudegi kuumade paiklike protseduuride puhul, kuid nad mõjuvad tõhusamalt igasuguste infiltraatide ja väga mitmekesiste põletikuliste protsesside imendumisel naise vaagna piirkonnas. Tupetampoonide rakendamisel kaasub kirjeldatud muda toimega veel kolumnisatsiooni efekt (tupe valendiku ja võlvide täitmine tampooniga või mingi muu plastilise ainega, nagu näiteks mudaga, saviga jms.).

Muda rakendamine on näidustatud järgmiste naise suguelundite haigestuste puhul:

1) infektsioosse päritoluga kroonilised põletikulised haigestused väikese vaagna õõnes;

2) suguaparaadi funktsionaalsed häired: suguelundite alaareng, klimakteeriumi varane algus, oligomenorröa (vähene, lühikese kestusega kuupuhastus), düsmenorröa, amenorröa;

3) operatiivset ravi nõudvad haigestused, mis vajavad enne operatsiooni mudaravi rakendamist: põletikulisse rakustikku suletud emakamanused, liited kõhuõõnes jms.;

4) munajuhade läbitamatusest sõltuv sigimatus;

5) operatsioonijärgsed tüsistused: teisesepingeline haavade paranemine, operatsioonijärgsed infiltraadid, tromboflebiidid, valusad armid.

Vastunäidustused mudaraviks on:

1) ägedad ja alaägedad põletikulised protsessid;
2) suguelundite tuberkuloos;
3) pahaloomulised kasvajad;
4) rasedus ja rasedusjärgne periood.

Vaibunud põletikuliste protsesside diagnoosimisel tuleb peale anamneesi ja bimanuaalse järelekatsumise süstemaatiliselt mõõta temperatuuri (eriti kuupuhastuse ajal), määratleda punaliblede settereaktsioon ja uurida verd (lk. 57).

Iga mudaravile saadetud naist peab läbi vaatama internist, et kindlaks teha, kas ei ole muid haigestusi, millede puhul mudaravi on vastunäidustatud (südame-vereringe süsteemi ja neeruhaigused, ägedad põletikulised protsessid, aneemiad jne.).

Mudaraviks kasutatakse järgmisi viise: täiskümblusi, poolkümblusi, mähiseid ja mudatampoone. Günekoloogiliste haigestuste puhul rakendatakse peamiselt poolkümblusi, mis erinevad täiskümblustest selle poolest, et veepind ulatub siin nabani, mistõttu saavutatakse väiksem surve nahapinnale, võrreldes täiskümblustega. Et mudaravi puhul on tegemist eelnevaist haigestustest nõrgestatud haigetega, siis ei või kohe alata kuumade kümblustega. Määrates günekoloogilistele haigetele poolkümblusi, hoiame ära üldkümbluste puhul sageli täheldatavaid kaas-

nähte: korrapäratut raskendatud hingamist ja tüsistusi südame-vereringe süsteemis. Kümblemisel asetseb haige pea padjal, pea peale pannakse külm kompress. Kui kümblusi sooritatakse lahtise taeva all, siis tarvitatakse päevavarju pea kaitseks päikesekiirte vastu.

Mudatampoone rakendatakse järgmiselt. Haige asetatakse järelevaatustoolile günekoloogiliseks uurimiseks ettenähtud asendisse, tuppe viiakse gutapertšist silinderpeegel, millesse pannakse spaatliga muda seni, kuni kogu peegel on täidetud. Siis võetakse marlisse keeratud ja niidiga kinniseotud vatikera pika pintsetiga või korntangidega ja nende abil lükatakse muda peeglist tuppe, kusjuures peeglit tõmmatakse aeglaselt välja. Haige paigutatakse kušetile ja vaagnapiirkond ning jalad kaetakse sooja voodivaibaga.

Peale ülalkirjeldatud tupe-mudaravi menetluse rakendatakse veel muid viise: 1) muda sisseviimist kummikotikestes, 2) muda sisseviimist marlist kotikestes, 3) kuuma mudaga niisutatud tampoonide sisseviimist tuppe.

Mõned soovitavad muda tuppe viia jalgratta õhuvooliku tüki abil, mille üks ots juhitakse sügavale tuppe ja muda litsutakse voolikust samuti nagu vaseliini tuubist.

Muda kõrvaldatakse tupest kõige hõlpsamini järgmiselt. Haige asetatakse günekoloogilisele toolile; tuppe viidud sõrmega litsutakse tugevasti lahkliha tahapoole ja juhitakse sinna Esmarch'i kannu (täidetud 5—6 klaasitäie veega) otsak. Kui otsak on jõudnud tagumise võlvini, siis lastakse vesi täie joana voolama; vesi koguneb mudatampooni taha ja tõukab selle tupest välja nagu korgi. Loputusele järgneb välissuguosade pesemine. Pärast mudatampooni kõrvaldamist paigutatakse haige jällegi pooleks tunniks kušetile lamama ja pärast seda lastakse koju.

Muda soojendamine tampoonide jaoks toimub kas üldises vannis või selle puudumisel pannakse nõu (metal-

list kruus, kastrul) mudaga kuuma vette. Muda temperatuur peab olema 2° võrra kõrgem sellest, mida soovitakse rakendada, sest muda jahtub sisseviimise protseduuri ajal.

Ravi koosneb, sõltuvalt näidustustest, 15 kuni 40 tampoonist.

Mudaravi lõpetanud haigetele tuleb soovitada järgmist:

1) Täita tervishoiulisi nõudeid (hügieenilised kümblused, igapäevased pesemised).

2. Mitte tõsta raskusi.

3. Hoolitseda soolestiku korraliku tegevuse eest.

4. Mudaravile järgneva esimese kuupuhastuse ajal peab suguelundeile võimaldama maksimaalset rahu.

5. Pärast tervenemist tuleb esialgu olla arsti järelevalve all, kes määrab ka suguelust loobumise tähtaja.

Ainult loetletud nõuete täitmine tagab mudaravi häid tulemusi.

Röntgenravi.

Mitteoperatiivsete ravimeetodite seas omavad naiste haigestuste teraapias tähtsat osa röntgeni- ja raadiumikiired, milledega saavutatakse hiilgavaid tulemusi metrorraagiate, põletikuliste protsesside ning naiste suguorganite hea- ja pahaloomuliste kasvajate ravimisel.

Eriti väärtuslikuks on röntgenikiirte rakendamine emaka healoomuliste verejooksude puhul, mis on seotud munasarjade funktsioonihäiretega, sest just röntgenikiired on õige vahend munasarja follikulaaraparaadi mõjustamiseks. Röntgenikiirte mõjul toimuvad seal ulatuslikud degeneratiivsed protsessid, mis lõpptulemusena võivad põhjustada follikulaaraparaadi atroofiat ja munarakkude täielikku kadumist.

Kuid röntgenikiirte toimet võib teataval määral reguleerida. Andes neid vastavas annuses võime põhjustada küpsete ja valmivate folliikulite hävingut, kuna aga

vastupidavamad primordiaalsed folliikulid säilivad vigastamatuina. See asjaolu omab suurt kliinilist tähtsust, sest kui on võimalik kiirgusenergia teatava annusega hävitada ainult valmivaid folliikuleid, siis saavutame ajutise amenorröa, mis edaspidi võib kaduda ja vahelduda normaalselt kulgevate menstruatsioonidega. Kui aga kasutatakse suurt kiirte annust, siis hävib kogu follikulaaraparaat, mille tulemusena tekib püsiv amenorröa. Mõlemal juhul kaob haigestuse põhiline sümptoom — verejooks.

Rööbiti muutustega munasarjas toimuvad sügavad muutused ka emaka limanahas. Nende muutuste lõpptulemused avalduvad ulatuslikes sklerootilistes protsessides ja regressiivsetes muutustes näärmeaparaadis.

Röntgenikiirte määramisel klimakteeriliste verejooksude puhul on vajalik esmalt veenduda pahaloomuliste protsesside puudumises emakas. Seda võib kindlaks teha proovi väljakaapimisega. Mõnikord rakendatakse põrna kiiritamist röntgenikiirtega ohtrate funktsionaalse iseloomuga verejooksude puhul; siin toimub oletatavasti suure hulga trombotsüütide lagunemine, mis soodustab vere hüübivuse tõusu.

Emaka fibromüoomide puhul rakendatakse samuti laialt röntgenikiiri, mis suurel protsendil juhtudest on asendanud operatiivset vahelesegamist. Peale selle, et kaob fibromüoomide üks põhilisi ja ravimist nõudvaid sümptoome — verejooksud, avaldub kiirgusenergia toime ka kasvaja vähenemises või koguni kadumises. Menstruaalse funktsiooni lakkamisega follikulaaraparaadi hävimise tõttu tekivad emaka kudedes atroofilised muutused, mis soodustavad kasvaja taandarengut. Mõjustades emaka kudesid ja veresoonte süsteemi, põhjustab kiirgusenergia lihasrakkude atroofiat, sklerootilist protsessi, vahekoe kiudude mõõdukat hüaliinväärastust ja veresoonte skleroosi.

Vastunäidustusteks fibromüoomide kiiritamisel röntgenikiirtega on enamiku arvates limanaha-alused fibromüoomid ja suuremõõtelised fibromüoomid (suuruselt üle kolmekuise raseduse), haige noor iga (kliimaksinähtude oht) ja kasvajate pahaloomuline väärastus (kiire kasv).

Röntgenikiirte rakendamine põletikuliste protsesside ja tuberkuloosi puhul põhineb mitte niivõrd röntgenikiirte bakteritsiidsel toimel, kuivõrd kaitsefermentide tekkimisel, sidekoe arenemise stimuleerimisel, ainevahetuse muutusel, vegetatiivse närvisüsteemi mõjustamisel jms.

Röntgenikiirte toimel sugeneb pahaloomuliste kasvajate (vähktõve) puhul rakkude paljunemise häire, gigantsete rakkude tekkimine, sarvestumine ja pärast ka vähirakkude lõplik hävimine. Rööbiti vähilise koe hävimisega toimub sidekoe vohamine ja tulemusena kaob vähiline kude aeglaselt, asendudes tihke armkoega.

On vaja tähendada, et röntgenravi mõjul esineb kudede atsidoosi [1] tõus, kuna vähktõve puhul täheldatakse peaaegu alati happeliste protsesside järsku langust — alkaloosi.

Viimasel ajal rakendatakse röntgenikiiri eduga raskete kliimaksinähtude korral klimakteerilises perioodis hüpofüüsi kiiritamisel, mis langetab selle näärme hüperfunktsiooni.

---

[1] Atsidoosiks nimetatakse seisundit, kus organismi kudedes hapete hulk on normist suurem. Normaalselt on organismi kudedes ja veres rangelt kindel vahekord happeliste ja leeliseste ioonide vahel.

Raadiumravi.

Radioaktiivseist aineist rakendatakse praksises Curie poolt avastatud raadiumi, raadiumi emanatsiooni (radooni) ja mesotooriumi. Raadiumi toodetakse kloori, broomi, süsihappe ja väävelhappe sooladena.

Raadium on väga püsiv preparaat, mille iga on 2500 aastat. Mesotoorium on vähem püsiv ja juba 5½ aasta pärast kaotab poole oma jõust. Raadiumi emanatsioon on veel vähem püsiv ja kaotab oma toime 5 päeva pärast.

Raadiumikiired mõjustavad kudesid analoogiliselt röntgenikiirtele, kuid nende toime on pinnalisem — raadiumikiirte raviv toime ulatub umbes 3—4 cm sügavusele (sõltuvalt rakendusmeetodeist). Et raadium on hinnalt kallis, siis omavad teda ainult eri-instituudid, rakendades raadiumi ainult pahaloomuliste kasvajate ravimisel. Sellistel juhtudel rakendatakse harilikult raadiumi- ja röntgenikiirte kombineeritud ravi, sest ainult raadiumi terapeutiline mõju on edukas vaid siis, kui vähiline kahjustus ei ole levinud kudede sügavusse. Et aga selles ei saa kunagi kindel olla, siis rakendatakse neil juhtudel tavaliselt ka röntgenteraapiat, et hävitada sügavamal asetsevaid vähirakke.

Raadiumi rakendamise tehnika on järgmine.

Raadium koguses 10—20—25 mg pannakse kinnijoodetud klaastoruga metalltorudesse (filtritesse), mis on valmistatud valgevasest, hõbedast, kullast või plaatinast; need torud paigutatakse rõngaks keeratud kummivoolikusse ja pannakse vastu emakakaela, kui on tegemist emakakaela vähktõvega, või viiakse tservikaalkanalisse.

Emakakeha vähktõve puhul viiakse raadium emakaõõnde ja tupp tamponeeritakse marliga, et toru välja ei langeks.

Haige saab isikliku siibri ja raadiumi paigaltnihkumise ning kaotsimineku vältimiseks ei tohi ta asemelt tõusta.

Raadium jäetakse paigale 1—2 ööks-päevaks. Seanssi korratakse sellise arvestusega, et haige saaks 7000—8000 milligramm-tundi raadiumi, mida arvutatakse korrutades raadiumi hulka milligrammides mõjustuste arvuga tundides.

Operatiivne ravi.

Nüüdisaegses günekoloogias omavad konservatiivsete ravimeetodite kõrval suurt tähtsust ka operatiivsed raviviisid. Keskharidusega meditsiiniline personaal võtab oma ülesannete kohaselt aktiivselt osa operatiivseist vahelesegamistest kirurgi abilistena (operatsiooniõed, narkotiseerijad, assistendid), mistõttu ta peab olema tuttav sellise vastutusrikka tööga.

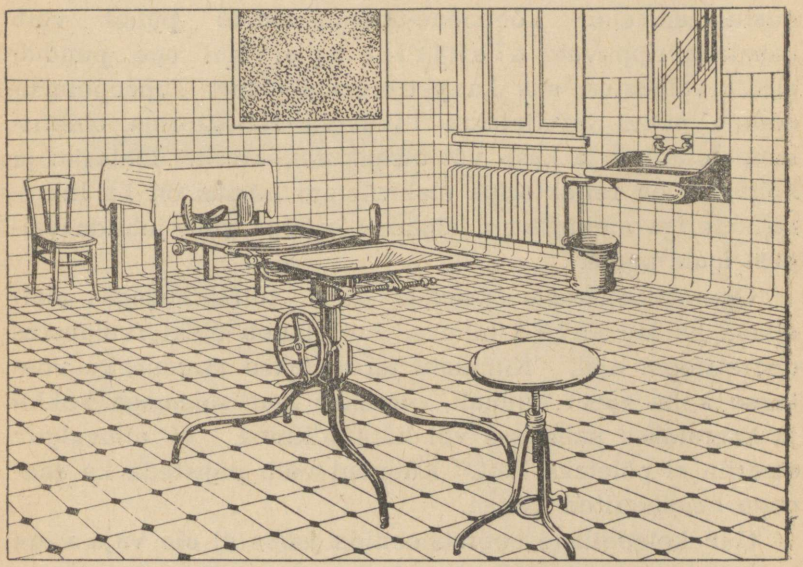
Niisama ulatuslikult nagu kirurgki, peab ka keskharidusega meditsiiniline personaal mõistma luua vajalikke tingimusi ja seadistisi edukaks opereerimiseks: operatsiooniruumi ja instrumentide ettevalmistamine ning hoolikas aseptika ja antiseptika teostamine pesu, operatsioonivälja, käte jne. ettevalmistamisel, s. t. ta peab mõistma teha kõike seda, mis garanteeriks operatsiooni sooritamist vähima ohuga haige elule ja tervisele.

Operatsiooniruumi seadistamine.

Ruum günekoloogiliste operatsioonide tegemiseks peab olema küllalt valge ja avar. Igas raviasutises on vajalik eraldada kaks operatsiooniruumi: üks „suurte" (puhaste), kõhuõõne avamisega seotud operatsioonide ja teine „väikeste" (kõhuõõne avamisteta) operatsioonide jaoks.

Operatsiooniruum peab olema soe.

Operatsiooniruumi seinad peavad olema ehituselt sellised, et oleks vähem kohti tolmu kogunemiseks, mistõttu seinte ülemineku kohad laeks peavad olema ümardatud. Nii seinad kui ka laed peavad olema värvitud õlivärviga, et neid saaks perioodiliselt pesta. Operatsiooniruumi põrand peab olema tehtud veekindlast materjalist (metlah-



Joon. 121. Schuchardt'i operatsioonilaud.

plaadid, tsement, linoleum või hästi värvitud puupõrand) ja ei tohi omada pragusid, kuhu võiks koguneda mustus. Peale selle on vajalik, et põrandas oleks vee äravoolu auk ja et põrand oleks selles suunas veidi kallak. Operatsiooniruum peab omama head ventilatsioonivõimalust ja olema varustatud kuuma ning külma vee kraaniga. Liigse mööbli kuhjumist seal ei tohi olla. Operatsiooniruumi kogu sisustis peab koosnema operatsioonilauast, mõnest

lauakesest instrumentide ja sidumismaterjali jaoks, narkotiseerija lauakesest narkoositarvetega, kahest-kolmest taburetist, ühest-kahest statiivist desinfitseerivate vedelikkudega pudeli jaoks ja pesukaussidest.

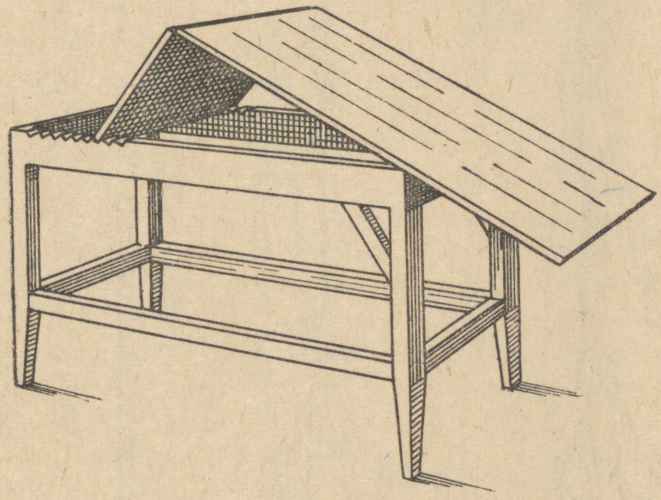
Operatsiooniruum günekoloogiliste operatsioonide jaoks peab olema valge ja avar. On vajalik, et oleks hea kunstlik valgustus. Selleks on olemas palju mitmesuguseid valgustusseadmeid: kõhuõõne-operatsioonide puhul võib kasutada rippuvaid elektrilampe; kui aga puudub elektervalgustus, siis ka petrooleumilampe. Tupeoperatsioonide puhul tarvitatakse liikuvaid reflektoriga elektrilampe statiivil ja käsi- või otsmikureflektorit. Lihtsaim ja hõlpsaim on reflektoriga elektrilamp; hõlpus on ka liikuv reflektoriga elektrilamp jalgadel: sellega võib juhtida valgust igale poole.

Operatsioonikapis peavad koos tuletikkudega alati olema ka küünlad juhuks, kui rikneb elektervalgustus operatsiooni ajal. Küünlaid tarvitatakse järgmiselt: võetakse kolm suurt küünalt, seotakse marlisidemega kokku ja keeratakse paberisse või käterätikusse, et allavalguv stearin ei põletaks kätt. Küünlad võib pigistada ka sangaga emaileeritud kruusi.

Günekoloogiliste operatsioonide jaoks ei ole vaja väga keerukat operatsioonilauda. Esitatud metall-laudadest on võrdlemisi lihtne Schuchardt'i laud (joon. 121), mida hõlpsasti võib kohandada tupeoperatsioonide jaoks, kõrvaldades ainult need laua osad, milledele toetuvad jalad kõhuoperatsiooni ajal. Jalgade hoidmiseks painutatud asendis kasutatakse neil juhtudel Ott'i jalahoidjat. Puust lauad on märksa odavamad, neid võib hoida puhastena ja nad on küllaltki sobivad operatsiooni teostamiseks. Väga sobiv on Delajanier' operatsioonilaud (joon. 122): sellel võib teha igasuguseid operatsioone (sealhulgas ka tupe omi), kaasa arvatud kõhuõõne-operatsioonid. Väga lihtne sea-

distis võimaldab lauaplaadi ümberpaigutamist kallakile Trendelenburg'i asendi jaoks.

Haige libisemise vältimiseks Trendelenburg'i asendis on vaja ta siduda liikuva raami külge kahe käterätikuga. Selleks viiakse raami põikpuu alt läbi kaks käterätikut nii, et nendega võiks kinni siduda mõlemad jalad.



Joon. 122. Delajanier' puust operatsioonilaud.

Günekoloogiline instrumentaarium.

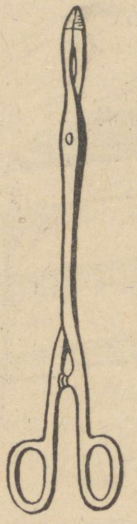
Günekoloogilise instrumentaariumi võib jaotada kahte gruppi: 1) instrumendid suguaparaadi uurimiseks ning avarama ligipääsu saavutamiseks opereeritavasse piirkonda ja 2) instrumendid günekoloogiliste operatsioonide jaoks, mis omakorda, sõltuvalt otstarbest, jagunevad tupe- ja kõhuoperatsioonide instrumentideks.

Peatükis „Järelevaatus instrumentide abil" on üksikasjaliselt kirjeldatud günekoloogiliste läbivaatuste ja

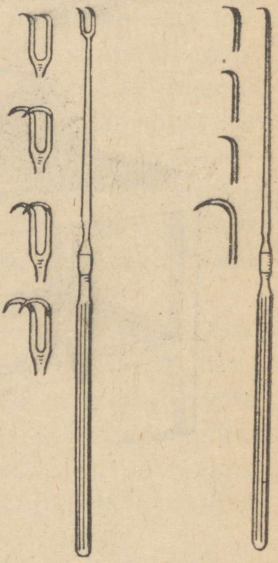
vaginaaloperatsioonide puhul operatsioonivälja paljastamiseks tarvitatavaid instrumente: Simon'i (joon. 33), Fritsch'i (joon. 34), Doyen'i (joon. 32) ja Sims'i (joon. 31) lusikataolisi peegleid ning mitmesuguseid tõstlaid.



Joon. 123. Landau trokaar Fogel'i näpits-dilataatoriga.



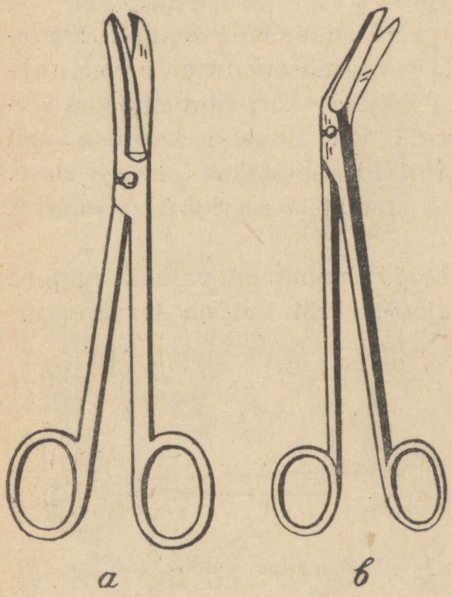
Joon. 124. Ott'i teravaotsalised korntangid.



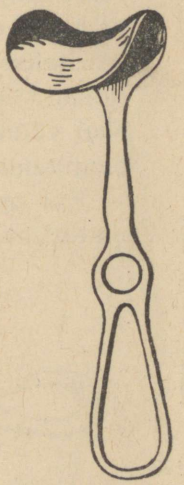
Joon. 125. Konksud fistulite jaoks.

Vaagna-abstsesside avamist ja tühjendamist tupe kaudu tehakse mitmesuguste trokaaride abil. Kõige sobivam on Landau trokaar koos Fogel'i näpits-dilataatoriga (joon. 123), mis kujutab endast punktsiooninõela ja omab seadistist ühendamiseks aspiraatoriga või hariliku süstlaga. Samaks otstarbeks võib kasutada ka Ott'i teravaotsalisi korntange (joon. 124).

Põie-tupe operatsioonide puhul kasutatakse erilisi konkse uuriste paljastamiseks (joon. 125), pinnaliselt ja kantipidi kõverdatud käärisid (joon. 126) ja oda-taolisi skalpelle.



Joon. 126. Käärid. *a* — pinnaliselt kõverdatud, *b* — kantipidi kõverdatud.



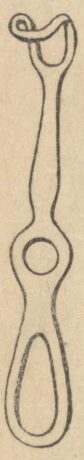
Joon. 127. Doyen'i kõhupeegel.

Haava äärte eemaldamiseks kõhulõikuste puhul kasutatakse Doyen'i kõhupeeglit (joon. 127), mis pannakse haava alumisse nurka ja asetseb sümfüüsiga põiki niiviisi, et peegli külgservad nihutavad laiali ja suruvad eemale sirglihaste ääred. Haava äärte laiendamiseks külgsuunas kasutatakse konkse (joon. 128) ja nüriharulisi laiendajaid (joon. 129). Kõhuhaava laiendamiseks on sobivad isehoidvad peeglid (joon. 130), mis koos-

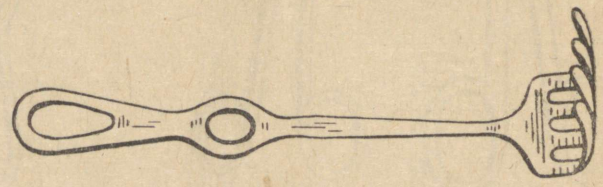
nevad harude otste külge kinnitatud lestadest; need hoiduvad paigal kremaljeeri (luku) abil, kui harud on laiali.

Emaka tõmbamiseks ja fikseerimiseks tupe kaudu ja operatsioonide puhul kõhuseina kaudu tarvitatakse eespool-kirjeldatud kuul- ja Museux' tange (joon. 38 ja 39); munasarju ja paunalisi kasvajaid haaratakse Hegar'i või Nélaton'i aukudega ovariaaltangidega. Tihkjaid suuri fibromüoome fikseeritakse Segond'i või Doyen'i korgitsa abil (joon. 133). Korgitsad keeratakse kasvaja sisse. Nad võimaldavad kindlat fikseerimist ja tugevat pingutamist.

Kui operatsioonide puhul on vajalik sulgeda ulatuslikke verejookse või kui on tarvis suuri



Joon. 128. Kõhukonks.



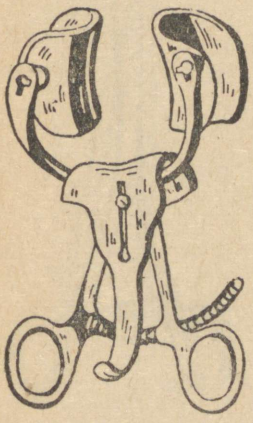
Joon. 129. Nüriharuline konks.

pindu kokku litsuda, siis tarvitatakse mitmesuguses pikkuses Doyen'i näpitsaid (joon. 134), mis peavad olema väga elastsed ja varustatud sälkudega libisemise vältimiseks.

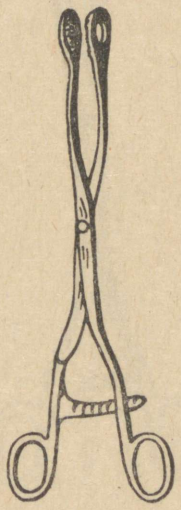
On olemas väga palju nõelapihtide liike; kõige tarvitatavamad neist on Hegar'i nõelapihid (joon. 135) ja automaatselt avanevad Doyen'i pihid. Viimaseid eelistatakse, sest nende käsitsemisel nõelad ei murdu ja on võimalik kasutada mitmesuguses jämeduses lihtsaid kirurgilisi nõelu. Tihedate kudede (emakakaela) opereerimisel tarvitatakse jämedaid nõelu, sest peenikesed murduvad; muu-

del juhtudel eelistatakse peenikesi nõelu, sest sellised traumatiseerivad ja lõikavad vähem kudesid. Soolte õmbluste jaoks tuleb tarvitada ümarikke nõelu.

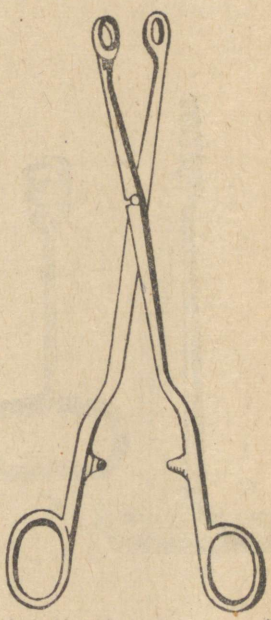
Peale eriliste instrumentide kasutatakse günekoloogilisteks operatsioonideks laialt üldist kirurgilist instrumentaariumi. Siia kuuluvad skalpellid, käärid ja pintsetid.



Joon. 130. Isehoidev peegel.



Joon. 131. Hegar'i aukudega tangid.

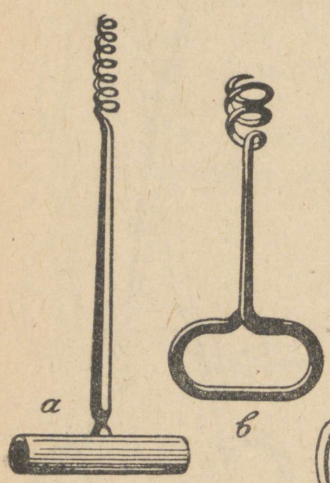


Joon. 132. Nélaton'i tangid.

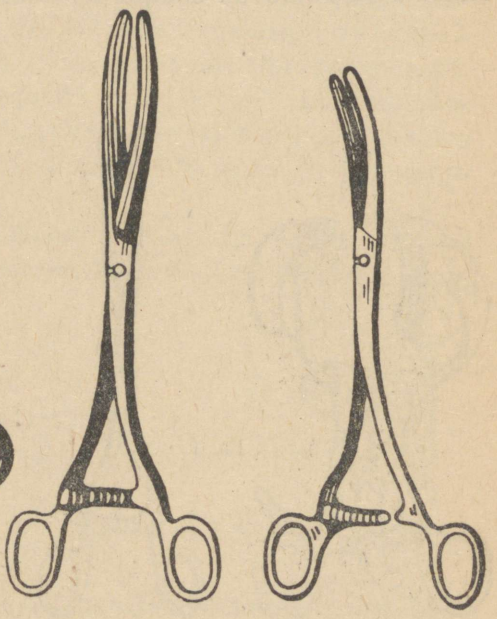
S k a l p e l l peab olema küllalt terav ja mõnus käes hoidmiseks. Skalpellid tehakse teravaotsalised, täiesti sirge teraga, samuti kumera teraga. Kõige sagedamini tarvitatakse k u m e r a teraga skalpelle. Skalpelli teravust proovitakse nii, et ettevaatlikult tõmmatakse teraga üle peopesa naha: skalpell on nüri, kui ta üle naha libiseb. Terav nuga aga nagu kleepuks naha külge ja seda tuleb

libistada ettevaatlikult, sugugi mitte vajutades. Noa teravuse kindlaksmääramiseks on veel teine võte: võetakse juuksekarv, hoitakse vertikaalselt ja noaga lõigatakse horisontaalselt: terav nuga peab lõikama karva pooleks.

Tarvitamise sageduse poolest järgnevad noale k ä ä -



Joon. 133. Korgitsad. *a* — Segond'i, *b* — Doyen'i korgits.

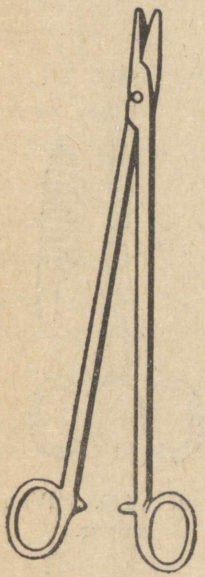


Joon. 134. Doyen'i näpitsad.

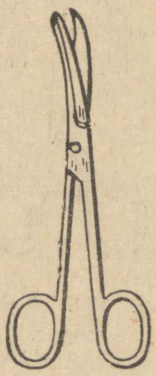
r i d. Kõige sobivamad on lihtsad pinnaliselt kõverdatud nüriotsalised C o o p e r'i (joon. 136) ja kantipidi kõverdatud K o c h e r'i (joon. 137) käärid. On nõutav, et head käärid lõikaksid hästi, eriti aga nende otsad. Kääride teravust kontrollitakse märja paberossipaberi abil. Teravaotsalisi kääre tarvitatakse torgeteks sügavate abstsesside

ja kogumuste avamiseks tupevõlvi kaudu. Sirgeid kääre kasutatakse marli ja niitide lõikamiseks.

Tupeoperatsioonide puhul rakendatakse peamiselt kuni 20 cm pikkusi anatoomilisi ja kirurgilisi pintsette. Kõhuseina-operatsioonidel kasutatakse hariliku pikkusega kirurgilisi, anatoomilisi ja käpalisi pintsette.



Joon. 135. Hegar'i nõelapihid.



Joon. 136. Cooper'i käärid.



Joon. 137. Kocher'i käärid.

Hea pintsett peab olema „pehme", selle vedrud ei tohi olla lõdvad ja kokkuvajutamisel ei tohi tunduda vastupanu.

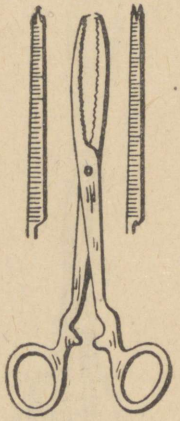
Verejooksu sulgemiseks ja veritsevaile soontele ligatuuride pealepanemiseks soovitatakse väga mitmekesiseid arteriaalseid sulgureid, mis peavad haarama veresooni võimalikult isoleeritult. Kõige sagedamini kasu-

tatakse selleks Kocher'i sulgurit, millel on üksteise sisse käivate hammastega teravad otsad ja millega võib haarata veresooni üksikult (joon. 139). Kui on soovitav haarata kudesid Kocher'i sulguri hammastega vigastamata, siis tarvitatakse Péan'i sulgurit (joon. 140).

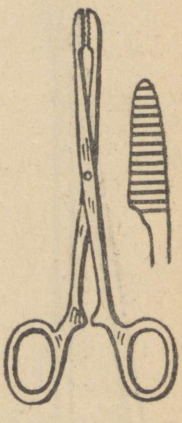
Instrumente steriliseeritakse harilikult keetmisega. Keeta võib igas puhtas nõus, kuid kõige sagedamini kasu-



Joon. 138. Käpaline pintsett.



Joon. 139. Kocher'i sulgur.



Joon. 140. Péan'i sulgur.

tatakse nõu, mis on tuntud sterilisaatori nime all. See kujutab endast kaanega varustatud nikeldatud kasti, mille sees on eriline aukudega kandeliud instrumentide asetamiseks. Kandeliud tõstetakse välja traadist konksude abil. Instrumentide keetmine vees kestab mitte vähem kui pool tundi; lisatakse aga veele 1%-list sooda- või 2%-list booraksilahust, siis piisab 15-minutilisest keetmisest.

Et vältida instrumentide rikkiminekut, ei tohi neid panna külma vette, vaid tuleb oodata, kuni vesi hakkab keema, ja siis alles sisse panna. Riistad võetakse veest

välja kohe pärast keetmise lõpetamist; jätta neid aga vette seniks, kuni vesi jahtub, roostetamise vältimiseks ei tohi.

Lõikeinstrumente, nagu skalpelle ja kääre, harilikult ei keedeta, sest need nürinevad keetmisest ja nende lukud lähevad kiiresti rikki. Nende steriliseerimine toimub 96°-se piiritusega ülehõõrumise abil. Lõikeinstrumente hoitakse alal vannikeses, kuhu samuti on valatud piiritust. Kui soovitakse lõikeinstrumente keeta, siis on vajalik iga nuga eraldi marlisse keerata ja alles siis panna keeva vette.

Pärast operatsiooni lõpetamist pestakse instrumendid hoolikalt seebi ja harjaga, kuivatatakse kuiva käterätikuga ja kui võimalik, siis kuivatuskapis niiskuse jälgede eemaldamiseks, et vältida roostetamist. Instrumente hoitakse klaaskapis, kuhu nad on paigutatud nii, et nad võimalikult üksteise vastu ei puutuks.

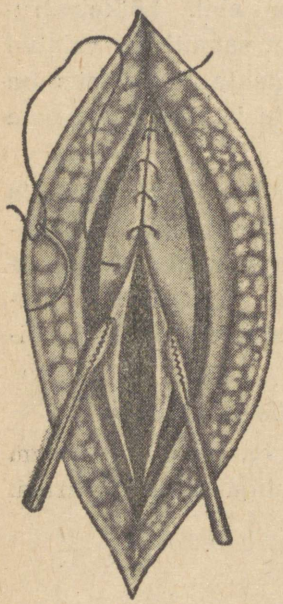
Instrumente puhastatakse perioodiliselt kriidiga.

Kui instrumente tarvitatakse harva, siis on parem nad roostetamise vältimiseks vaseliiniga sisse määrida.

Õmblused.

Günekoloogias on tarvitusel sõlmelised ja katkestamatud õmblused. Sõlmelised õmblused on juba seetõttu sobivamad, et neid võib vajaduse korral eemaldada osaliselt. Pealepanek ise toimub järgmiselt: iga niit tõmmatakse mõlemast haavaservast läbi ja sõlmitakse kahe sõlmega: esimene sõlm tehakse kirurgiline ja teine lihtne. Õmbluste kiiremaks asetamiseks nahale kasutatakse Michel'i klambreid, mis on valmistatud uushõbedast. Erilise pintseti abil asetatakse nad nii, et haava servad järk-järgult ühinevad.

Katkestamatu õmblus pannakse kõige sagedamini peale sadulsepa-õmblusena (joon. 141) järgmiselt: niidi üks ots kinnitatakse sõlme abil, kuna pika otsaga õmmeldakse kokku haava servad ja niidi ots seotakse uuesti kinni.



Joon. 141. Katkestamatu (jooksev) õmblus.

Operatsiooni edukus ja operatsioonijärgne kulg sõltuvad tunduvalt nii operatsioonist osavõtvate abiliste teadlikkusest ja ettevalmistusest kui ka kogu hooldavast personaalist. Hooldav personaal peab olema hästi tuttav kõikide hooldamise nõuetega.

Eriti on tähtis, et operatsiooniruumis töötav noorem personaal tunneks aseptikat ja antiseptikat, mõistaks käsitseda operatsiooniruumis olevaid instrumente ja inventari ning kasutada steriliseerimisaparaate. Noorema personaali ettevalmistusele tuleb pöörata eriti tõsist tähelepanu. Günekoloogilises osakonnas töötavalt õelt nõutakse mitte ainult seda, et ta mõistab hooldada haigeid pärast operatsiooni, vaid ka oskust olla abiliseks operatsioonide juures operatsiooniõena, narkotiseerijana või lõpuks abilisena operatsiooni sooritavale kirurgile. Et õel tuleb täita kõiki neid ülesandeid, siis on arusaadav, et ta peab mõistma õigeaegselt valmis panna operatsiooni jaoks tarvisminevaid instrumente. Tal tuleb meeles pidada, et parem on valmis panna mõned instrumendid liigselt, kui hakata operatsiooni ajal ette valmistama ühte või teist unustatud

instrumenti. Operatsiooni ajal peab õde jälgima kirurgi kogu tegevust, et õigeaegselt kätte anda vajalikku instrumenti. Võtab aga õde osa operatsioonist abilisena, siis on nõutav, et ta hoiaks vajalikke instrumente (tupepeegleid, haava laiendavaid konkse, kõhupeegleid jne.) asendis, nagu seda määrab kirurg, sest juba nende vähemgi paigaltnihkumine tumestab operatsioonivälja ega võimalda vaba töötamist sügavuses. Abiline peab püüdma võtta kõige mugavama asendi ja toetuma küünarnukiga millelegi. Näiteks kui tal tuleb hoida kergesti rebenevale koele või väikesele veresoonele pealepandud veresulgurit, siis ta võib need kergesti katki rebida, kui ta käel puudub tugi.

Tupeoperatsioonide puhul istub kirurg haige ees toolil, kes lamab laual laialinihutatud jalgadega, abilised aga seisavad kummalgi pool haiget. Üks abilistest hoiab tupepeeglit, teine abistab kirurgi tema töös. Instrumendid asetatakse kirurgist paremale poole madalale lauale, et kirurg ise saaks neid võtta.

Kõhulõikuste puhul on soovitav kirurgil seista paremal pool. Tema parem käsi paikneb seejuures veidi kõrgemal ja järelikult ka lähemal instrumentide lauale, mis asetseb operatsioonilaua jalutsis; sellega on välditavad liigsed liigutused instrumentide võtmisel ja ärapanemisel. Peale selle ei varja ta operatsioonivälja, kui parem käsi liigub ülalt alla. Mõned kirurgid soovitavad seista vasakul pool haiget, sest siis laskub parem käsi allapoole, seda tarvitseb vähem tõsta ja see võib vabamalt liikuda.

Abilised seisavad järgmiselt: esimene abiline asub teisel pool haiget kirurgi vastas; teisele abilisele on parimaks kohaks operatsioonilaua ülemine ots, kus teda keegi ei sega ja kus ta ülaltpoolt võib tarvitada mõlemaid käsi haavakonksude, peeglite jms. hoidmiseks. Et haige olles Trendelenburg'i asendis operatsioonilaua jaluts asetseb kõrgel, siis teine abiline seisab pingil.

Haige ettevalmistamine operatsiooniks.

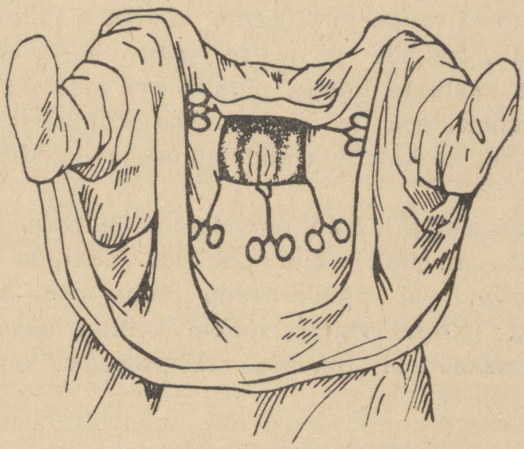
Haiget on vajalik ette valmistada igaks günekoloogiliseks operatsiooniks. Kõigepealt tuleb hoolitseda haige kogu keha puhtuse eest, milleks operatsiooni eelpäeval haiget pestakse vannis seebiga ja pärast seda saab ta puhta pesu. Kui aga haige tervislik seisund ei võimalda kümblust, siis hõõrutakse ta voodis olles hoolikalt üle viinaga. Kui naine on tugevasti kurnatud, kaotanud palju verd või on nõrk pärast nakkushaigust, siis on vajalik enne operatsiooni parandada tema üldseisundit (voodisolek, hea valgu- ja vitamiinirikas toit, raud, arseen).

Haige soolestik tuleb operatsiooniks ette valmistada. Operatsiooni eelpäeval määratakse haigele kerge toit, mis koosneb puljongist kuivikutega ja kissellist, õhtul aga tassist magusast teest kuivikuga. Mõned soovitavad anda magusat teed ka operatsioonipäeva hommikul, kuid mitte hiljem kui 2 tundi enne operatsiooni. Peale selle määratakse operatsiooni eelpäeval lahtistit — mõru inglissoola 30,0 või kaskarat 15,0, operatsioonipäeva hommikul aga, mitte hiljem kui 3 tundi enne operatsiooni, seebiveeklistiir. Kui on vajalik opereerida soolestikku või lahkliha (plastiliste operatsioonide puhul), eriti kolmanda astme rebendite korral, siis alustatakse soolestiku puhastamist kaks päeva enne operatsiooni: haige saab kerget toitu, määratakse lahtistid ja klistiir.

Menstruatsioonide ilmumine ei ole takistuseks günekoloogilisteks operatsioonideks. Tupeoperatsioonide puhul, et vältida operatsioonihaava alatist märjakssaamist menstruaalverega, on parem opereerida menstruatsiooni lõppedes, sest siis ei ole suguelundid niivõrd verega täitunud ja on rahuolukorras.

Tupeoperatsioonide puhul tuleb tähelepanu pöörata vaginaalfloora puhtusastmele, kusjuures kolmas

ja neljas aste on vastunäidustuseks opereerimiseks ja nõuavad eelnevat ettevalmistust. Mõne päeva kestel enne operatsiooni töödeldakse tuppe vesinikülihapendiga ja joodkaaliumiga ning määratakse ka loputusi desinfitseerivate lahustega. Operatsioonipäeval raseeritakse haigel karvad häbemekingult ja välistelt suguosadelt; vastu reit



Joon. 142. Operatsioonivälja piiristamine tupeoperatsioonide puhul.

asetsevaid väliseid suguelundeid pestakse hoolikalt sooja vee ja seebiga, tuppe aga peale selle permangaanhapu kaaliumi lahusega 1 : 1000.

Kõhulõikuste puhul raseeritakse operatsioonipäeval hoolikalt karvad kõhu eesmiselt seinalt, häbemekingult ja häbememokkadelt; kõhunahka pestakse Führbringer'i meetodi järgi: pestakse seebiga, töödeldakse piiritusega ja kõhu eesmisele seinale pannakse steriilne side. Operatsiooni eel enne haige asetamist lauale lastakse kateetriga välja kusi ning haigele pannakse selga steriilne särk ja sukad. Pärast steriilse sideme eemaldamist kõhult

hõõrutakse kõhu, reite ja häbemekingu nahka bensiiniga ja siis määritakse 10%-lise joodtinktuuriga. Selle järel kaetakse operatsiooniväli igast küljest steriilsete linadega ja käterätikutega, mis kinnitatakse eriliste näpitsate abil.

Tupeoperatsioonide puhul otse enne operatsiooni algust pestakse teistkordselt lähedast reite pinda, väliseid suguelundeid ja tuppe; siis hõõrutakse väliseid suguelundeid ja tuppe piiritusega, kusepõis tühjendatakse kateetri abil, haigele pannakse jalga steriilsed sukad, häbemekink kaetakse linaga, päraku ava suletakse linasse keeratud vahariidega ja kinnitatakse külgedelt näpitsatega reienaha, keskelt aga siidõmblusega lahkliha külge (joon. 142).

Emakakaela vähi operatsioonide puhul soovitavad mõned eelnevalt välja põletada vähiline haavand termokauteriga või püüda seda puhastada keemiliste vahenditega (põrgukiviga); vähem ohtlik menetlus on piirduda emakakaela tupeosa määrimisega joodtinktuuriga (10%).

Tuimastamine (anesteesia).

Nüüdisajal kasutatakse tuimastamiseks operatsioonide puhul üldist inhalatsioon-narkoosi ja paiklikku (lokaalset) anesteesiat. Viimasel ajal kasutatakse kaunis laialt seljaaju tuimastamist, viies seljaajukanalisse tundlikkust paralüseerivaid lahuseid (novokaiin, sovkaiin). See on niinimetatud seljaaju-anesteesia.

Paikliku ja seljaaju-anesteesia rakendamisel säilib haige teadvus, mis on mainitud meetodite halvaks küljeks, sest operatsiooni seljaaju-anesteesiaga taluvad hästi ainult need haiged, kes omavad suurt enesevalitsemisvõimet. Igasugune anesteesia, olgu see paiklik või üldine, nõuab harjumist ja mida suuremad on kogemused, seda vähem esineb õnnetusjuhtumeid.

Kõige sagedamini rakendatakse inhalatsioon-narkoosi, kusjuures haige hingab sisse narkootilisi aineid (kloreetüül, kloroform ja eeter).

Kloreetüül on lõhnatu; tema toimel tekib narkoos kiiresti ja kaob ka niisama kiiresti, niipea kui lakkab aurude toime. Klooretüüli aurude pikemaajaline rakendamine on tingimata vastunäidustatud, sest võivad tekkida hingamistsentrumi paralüüs ja südametegevuse langus. Klooretüüli inhaleerimiseks võib kasutada harilikku maski; on vajalik ainult jälgida, et klooretüüli sisaldava klaasampulli ava oleks tihedalt vastu maski marlikihti. Klooretüülnarkoosi puhul peab olema ettevaatlik tulega, sest klooretüüli aurud süttivad hõlpsasti.

Kloroform on magusa lõhnaga läbipaistev vedelik, mis aurub aeglaselt ning laguneb valguse mõjul fosgeeniks, klooriks ja soolhappeks. Et kloroformi laguproduktid on mürgised, siis tuleb teda hoida hermeetiliselt suletud tumedais pudeleis. Pikemaajalisel hoidmisel kloroform rikneb ja seetõttu ei või teda pärast kuuekuulist hoidmist enam tarvitada. Enne tarvitamist tuleb veenduda, et kloroform on vaba kõrvalistest lisanditest ja ei ole lagunenud.

Kloroformi kõlblikkuse määratlemiseks kasutatakse järgmisi reaktsioone:

1. Katseklaasi võetakse 1—2 cm^3 kloroformi, lisatakse juurde sama hulk 5%-list joodkaaliumi vesilahust ja segu loksutatakse kergelt. Kui kloroform on puhas, siis ei muutu ülal asetsev joodkaaliumi kiht kollaseks ja all asetsev kloroformi kiht ei värvu violetseks.

2. Sinine lakmuspaber ei tohi kloroformiga niisutamisel muutuda punaseks või värvusetuks.

3. Kompressitaoliselt kokkupandud hea filterpaber niisutatakse kloroformiga ja pärast enamiku äraauramist hingatakse järelejäänud osa suu ja nina kaudu sisse. Puhas kloroform säilitab lõpuni oma

iseloomustava lõhna, kusjuures paber pärast kloroformi äraauramist jääb kuivaks ja lõhnatuks. Mittepuhas kloroform aga levitab ebameeldivat, vahel lämmatavat, osalt ärritavat puskariõli lõhna, mis mõnikord meenutab õunaessentsi lõhna.

4. Kloroformipudel peab olema täidetud kuni kaelani.

Kloroformnarkoos on vastunäidustatud neeru- ja maksahaiguste, soonte skleroosi, südamerikke ja aordi laienemise puhul.

Eeter on värvusetu, iseloomuliku lõhnaga, väga kiiresti auruv ja seejuures tugevat jahtumist tekitav kergesti süttiv vedelik. Ta laguneb lahtises nõus valguse käes kiiresti. Mittepuhas eeter jätab pärast äraauramist järele sademe, mis värvib sinise lakmuspaberi punaseks.

Eetri kõlblikkuse määratlemiseks kasutatakse järgmisi katseid:

1. Sinine lakmuspaber ei tohi eetriga niisutamisel muutuda punaseks või värvusetuks.

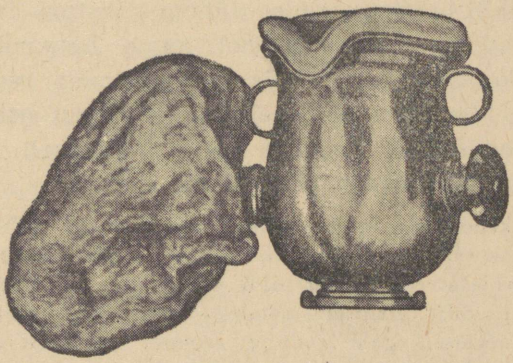
2. Kompressitaoliselt kokkupandud hea filterpaber niisutatakse eetriga ja enamiku äraauramisel ei tohi järele jääda ebameeldivat võõrast (puskariõli) lõhna.

Eetril on märksa väiksem toksiline toime kui kloroformil.

Praksises tarvitatakse sageli kloroformi ja eetri segu, kusjuures mõned segavad kloroformi ja eetrit pudelis vahekorras kolm neljandikku kloroformi ja üks neljandik eetrit, teised aga tarvitavad selleks täpsemaid segajaid, nagu näiteks Roth-Dräger'i aparaati.

Enne narkoosi on soovitatav kindlaks teha, kuivõrd süda suudab narkoosile vastu panna. Selleks kasutatakse Stange katset, mis on järgmine: haige teeb enne operatsiooni sügava sissehingamise ja hoiab hingamist kinni. Normaalse südamega terve inimene on võimeline hingamist kinni hoidma 20—30 sekundit. Suudab ta seda teha ainult 10—15 sekundit, siis see on halb tunnus ja inhalatsioonnarkoos on sel puhul vastunäidustatud.

Haige rahustamiseks ja hõlpsamaks uinutamiseks süstitakse enne narkoosi (20—30 minutit) 0,01 morfiumi või pantopooni, millele lisatakse 0,001 atropiini hingamisteede limanahkade sekretoorse tegevuse vähendamiseks. Ka soovitatakse anda haigele enne üldist narkoosi 0,3 veronaali kui vahendit, millel on hea toime südamesse ja mis hõlbustab uinumist. Haige tuuakse operatsiooniruumi rataskanderaamil. Narkoosi saavutamise lihtsaim viis on



Joon. 143. Sadovenko mask eeternarkoosiks. Koosneb seestpoolt vildiga kaetud metallkestast, millesse valatakse pealekeeratava kaanega tihedalt suletava avause kaudu eetrit (50—100 cm^3). Klapp vasakul on väljastpoolt sissesattuva õhu reguleerimiseks ja samaaegselt ka eetrihulga reguleerimiseks, mis satub hingamisteedesse tihedalt haige ninale ja suule asetatud maski torbiku kaudu; paremal on härjapõis haige hingamise sügavuse ja sageduse kontrollimiseks.

eetri või kloroformi tilgutamine marliga kaetud traatvõrgule, mis pannakse haige näole ja mida nimetatakse m a s k i k s. Narkoosiks tarvitatakse harilikult Esmarch'i traatmaski, mis suleb haigel ainult suu ja nina. Kloroformi tilgutatakse pudelist tilgakaupa nii, et maskile korraga ei satu liiga suurt hulka vedelikku.

Eeternarkoosi jaoks on kõige sobivam suuremõõduline vahariidest kattega mask eetri äraauramise tõkestamiseks. Maski rakendatakse järgmiselt: maski sisse vatitopile valatakse pudelist vajaduse kohaselt korraga mõni gramm eetrit. Eeternarkoosiks võib kasutada ka Esmarch'i maski, millele valatakse eetrit joana. Viimasel ajal kasutatakse eeternarkoosiks heade tulemustega Sadovenko maski (joon. 143). Selle headeks külgedeks on, et haiged uinuvad kiiremini, kulub vähem eetrit ja operatsioonijärgse perioodi ajal tekib hingamisteedes vähem tüsistusi. Peale selle on nimetatud maski tarvitamisel haige hingamisteedesse sattuv narkootilise aine hulk automaatselt reguleeritav kraani abil. Seetõttu võib selle rakendamist usaldada ka vähem kogenud narkotiseerija kätte tingimusel, et kirurg ise jälgib, kuivõrd kraan peab olema avatud.

Maski rakendusviis on järgmine: operatsiooni eel on vajalik veenduda, kas põis on terve, mille järel ta keeratakse toru otsa. Siis asetatakse osuti regulaatori abil nullile, avatakse ülemine kaas, valatakse sinna 50,0 eetrit ja suletakse hermeetilise korgiga. Maski kallutatakse aeglaselt igale poole, et seesolev vilt hästi eetriga läbi imbuks.

Asudes narkotiseerimisele palutakse haiget hingata aparaadisse. Narkotiseerija tõstab aeglaselt regulaatori osutit, alates nullist, poole pügala võrra nii, et kahe minuti jooksul jõuda arvudeni 5 või 6, rangelt individualiseerides ja oodates täielikku narkoosi, mis saabub 3—5 minuti pärast. Kui aga narkoos ei saabu, siis võib tõsta osutit ka kõrgemate arvudeni. Kui osuti tõusmisel haige hakkab köhima, siis see tähendab, et ta saab liiga palju eetrit. Sel puhul langetatakse osuti ühe pügala võrra, oodatakse seni, kuni haige end välja köhib, ja tõstetakse uuesti osutit. Täieliku narkoosi saabumisel langetatakse aeglaselt osuti arvult 6 ja otsitakse haige jaoks sobivaim arv. Naistele on see umbkaudselt kolm. On vajalik taotleda täielikku narkoosi tsüanoosi nähtudeta. 5 minutit enne narkoosi lõppu asetatakse osuti nullile või eemaldatakse mask täielikult.

Keele tahalangemine on üheks sagedamaks narkoosiaegseks tüsistuseks. Sügavas unes toimub üldse

lihaste, sealhulgas ka keele ja suupõhja lihaste lõtvumine. Selle tagajärjel haige asetsedes lamavas asendis nihkub tema keel neelu tagumise seina poole ja kõripealis võib sulgeda sissekäigu kõrisse. Kirjeldatud tüsistus avaldub harilikult haige sinikuses (tsüanoos), tumedamas nahavärvuses, pulsi sagenemises ja hingamisliigutuste nõrgenemises. Sellise tüsistuse ärahoidmiseks rakendatakse alalõualuu hoidmist, mis seisab alalõualuu väljatõmbamises, tõstmises ja hoidmises niiviisi, et alumised hambad asetseksid ülemistest eespool. Harilikult piisab sellest võttest, et vältida keele tahalangemist. Kui aga alalõualuu hoidmisest pole küllalt ja hingamine haigel ei parane, siis on vajalik suud laiendada suulaiendajaga, mis paigutatakse purihammaste vahele, kuna keel tõmmatakse välja keelehoidjaga. Kui on vaja hoida keelt väljatõmmatuna kauemat aega, siis on parem keel nõela ja jämeda niidiga läbi õmmelda — „võtta keel ligatuurile".

Teiseks kaunis sagedaseks tüsistuseks narkoosi korral on *oksendamine*, mis tekib siis, kui narkoos ei ole sügav ja haige ärkab. Seetõttu okse ilmumisel narkoosi ei katkestata, vaid süvendatakse seda. Oksendamine on ohtlik selles suhtes, et oksemassid võivad sattuda hingekõrisse ja trahheasse, takistades hingamist; operatsioonijärgsel perioodil võib see aga olla pneumoonia tekkimise põhjuseks. Selle vältimiseks pööratakse haige pea küljele ja avatakse suu, et oksemassid võiksid väljuda.

Raskemaiks tüsistusteks on *asfüksia* ja *südame paralüüs*. Harilikult ei teki asfüksia mitte kohe. Tema põhjuseks on kas narkoosi mõju hingamistsentrumile piklikus ajus või lima kogunemine neelus.

Hingamistsentrumi kahjustusest sõltuva asfüksia puhul areneb haigel huulte, ninaotsa ja küünte tsüanoos; silmaterad, mis täieliku narkoosi puhul on kitsad, avarduvad aegamööda, kuid erinevalt narkoosi teisest järgust nad

ei reageeri valgusele. Süvenenud asfüksia puhul täheldatakse ka südamenähte: pulss aeglustub, vererõhk langeb; ilmub arütmia, pulss on vaevalt kombeldav ja lõpuks kaob.

Asfüksia tekkimisel on vaja narkoos viivitamata katkestada ja vabastada hingamisteed: kogunenud lima kõrvaldatakse marlitükikestega korntangide abil või seda on parem teha marlisse keeratud sõrmega. Keele tahalangemise vältimiseks on parem „võtta keel ligatuurile" — läbi õmmelda siidniidiga. Enne keele läbiõmblemist soovitatakse rakendada suulaiendajat, et haige ei hammustaks endal keelt.

Hingamise taastamiseks rakendatakse kunstlikku hingamist. Hingamistsentrumi ärritamiseks soovitatakse sisse viia süsihappegaasi, mis väga kiiresti taastab hingamisliigutused ka sel juhul, kui kunstliku hingamise tegemine ei andnud tulemusi. Süsihappegaasi viiakse sisse järgmiselt: väikese süsihappegaasi sisaldava kummikoti peenike kummivooliku ots viiakse mõne sentimeetri sügavusse alumisse ninakäiku, mille kaudu süsihappegaas satub koos kunstliku hingamise tegemisel sisseviidava õhuga kopsudesse ja sealt verre, ärritades hingamistsentrumit.

Haigele süstitakse nahaalusi 10—20%-list kamprit (3—5 cm^3), kofeiini, digaleeni või füsioloogilist keedusoolalahust. Jäävad aga need abinõud tulemusteta, siis süstitakse südamelihasesse 1—2 cm^3 adrenaliinilahust 1 : 1000. Harukordseil juhtudel, peamiselt kloroformnarkoosi puhul, tekib südame paralüüs äkki, mida täheldatakse tõenäoliselt tümikolümfaatilise seisundiga isikuil. Mõnikord eelnevad südame paralüüsile teatud nähud: haige tugev kahvatumine, vaevalt kombeldav, nõrk, selle järel lakkav pulss hingamise jätkudes, avardunud ja täiesti liikumatud silmaterad. Abi seisab narkoosi kiires katkestamises, kampri süstimises nahaalusi iga 5—10 minuti järel, kunstlikus hin-

gamises ja füsioloogilise keedusoolalahuse sisseviimises koos adrenaliiniga (1 : 10 000). Mõnikord tuleb rakendada erilist südamemassaaži, mis seisab selles, et mõlemad käed (teineteise peal) asetatakse südamepiirkonnale ja kiirete rütmiliste liigutustega litsutakse kokku rindkeret.

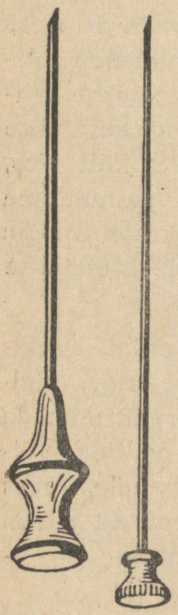
Inhalatsioon-narkoosi üheks ebameeldivaks tüsistuseks on ühe ülemise jäseme parees, mis oleneb õlapõimiku kokkusurumisest seetõttu, et käsi asetatakse kõrgele üles ja närvitüved venitatakse välja ning surutakse vastu õlavarreluud. Selle vältimiseks ei asetata kätt üles, vaid jäetakse surutuna vastu rinda ning painutatuna küünraliigeses, mistõttu ranne ulatub pea kõrgusele ja pulsi loendamiseks ei ole takistusi. Haige teine käsi asetatakse piki keha ja seotakse käterätikuga reie külge.

Üldiseks inhalatsioon-narkoosiks on vaja erilaual valmis panna: maskid, tilgutajad kloroformi ja eetriga, suulaiendaja, keelehoidja, tampoonihoidja, käterätik silmade katmiseks, vaseliin näonaha määrimiseks, et vältida võimalikke põletusi kloroformitilkade sattumisel nahale, kauss okse puhuks. Peale selle peavad olema käepärast süstel nõeltega ja kampri-, kofeiini- ning digaleenilahus.

Paiklik tuimastus.

Nüüdisaegseist tuimastusviisidest on leidnud laialdast rakendamist Bier'i poolt 1899. a. esildatud seljaajuanesteesia. Seda teostatakse umbes 14 cm pikkuse mandreeniga varustatud seljaajunõela abil (joon. 144). Süstimiseks tarvitatakse peamiselt 5%-list novokaiini- või 5—6%-list tropakokaiinilahust adrenaliiniga või adrenaliinita; suurte operatsioonide puhul võetakse 3 cm^3, väikeste puhul 2 cm^3 lahust.

Hästi õnnestunud süstimisel tekib anesteesia peaaegu kohe ja kestab 40 minutist kuni ühe tunnini ja rohkem. Võrdlemisi sageli täheldatavad tüsistused seljaaju-anesteesia puhul on järgmised: okse, mõnikord pikemat aega kestvad tugevad peavalud ja lõpuks südametegevuse langus. Nimetatud tüsistuste vältimiseks on parem tarvitada niinimetatud „kergeid" lahuseid (5%-line novokaiinilahus, valmistatud 96°-se piirituse 10%-lise lahusega). Anesteseeriva aine kiiremaks kõrvaldamiseks organismist pärast seljaaju-anesteesia rakendamist soovitatakse süstida nahaalusi või veenisisesi füsioloogilist lahust. Seljaaju-anesteesia rakendamine on vastunäidustatud närviliste isikute puhul, kesknärvisüsteemi haigestuste korral, tuberkuloosi-, septiliste, verd kaotanud ja kahhektiliste haigete ning ka langenud vererõhu puhul.



Joon. 144. Bier'i nõel (1) mandreeniga (2) lumbaalpunktsiooni jaoks.

Sakraalanesteesia seisab selles, et süstitakse samu anesteseerivaid lahuseid ristluukanalisse, kus asetsevad ristluupõimiku närvitüved, avause kaudu, mis asetseb kohas, kus ristluu läheb üle õndrasse. Anesteseerivate ainete süstimiseks pannakse haige kas külg- või põlve-küünra-asendisse.

Sakraalanesteesia jaoks kasutatakse 1—1,5%-list novokaiini füsioloogilises lahuses, millele lisatakse adrenaliini; süstimist teostatakse aeglaselt. Anesteseeriva aine sisseviidav üldhulk võib küündida kuni 40,0-ni.

Paiklik anesteesia. Eristatakse infiltratsioonanesteesiat, mille juures immutatakse kõik

koed ja elundid operatsioonikohas anesteseerivate ainete süstimise teel, ja *piirkonna-anesteesiat*, mille puhul tuimastava aine lahus süstitakse keha teatud piirkonda kulgeva tundenärvi lähedusse või selle sisse. Infiltratsioon- ja piirkonna-anesteesia on vajalikud neil juhtudel, kui üldine narkoos on vastunäidustatud seesmiste elundite rikete tõttu.

Anesteseerivaist aineist soovitatakse ¼%-list kokaiinilahust. Et see põhjustab hõlpsasti mürgistust, siis võib süstida ainult mõned grammid. Novokaiini tarvitatakse infiltratsioon-anesteesiaks ½%-lise, piirkonna-anesteesiaks 1%-lise ja põimikute anesteesiaks 2%-lise lahusena. Suurimaks annuseks loetakse 250,0 — ½%, 120,0 — 1% ja 40,0 — 2%, kuid harilikult rakendatakse väiksemaid annuseid. Anesteesia kestuse pikendamiseks lisatakse adrenaliini 1 : 1000 1—2 tilka iga 10,0 novokaiinilahuse kohta.

Kokaiin- ja novokaiinmürgistuse puhul tekivad pea ringlemine, erutus, teadvuseta olek, limanahkade kuivus, mõnikord krambid, tsüanoos ja lõpuks surm hingamise halvatusest. Anesteseerivate lahuste süstimiseks steriliseeritakse süstel keetmisega, milleks ta pannakse katkimineku vältimiseks külma vette ja alles siis aetakse vesi keema, kusjuures kolb peab olema välja võetud ja kogu süstel lahti. Enne süstimist tuleb süstel ja nõel läbi pesta vähese hulga novokaiinilahusega.

Lahuseid valmistatakse aseptiliselt ja steriliseeritakse kuumutamisega 100°-sel temperatuuril, kuid steriliseerimisel lagunevat adrenaliini lisatakse operatsiooni eel.

Operatsioonijärgne periood.

Kõhulõikuse lõppedes pannakse pärast kõhuseinte kinniõmblemist lõikehaava kohale side, mis koosneb mitmest steriilsest marlisalvrätikust ja mis kaetakse õhukese vatikihiga; kõik see seotakse kinni marlisidemega või kinnituspaeltega varustatud linasest riidest sidemega.

Tupeoperatsioonide puhul tamponeeritakse tupp mõnikord kohevalt steriilse marliga, mis kõrvaldatakse harilikult öö-päeva möödudes. Neil juhtudel, kui tupeoperatsiooni puhul tuppe ei õmmelda tihedalt kinni ja kõhuõõnde pannakse marliriba dreenina, kõrvaldatakse see viiendal-kuuendal päeval. Pärast sideme pealepanemist tõstetakse haige ettevaatlikult kanderaamile või ratastoolile ja toimetatakse palatisse; haige peab olema vedamisel või kandmisel hästi vaipadega kaetud. Palatis paigutatakse haige hästi soojendatud voodisse. Voodit võib soojendada elektrilampidega varustatud valgusvannide abil, kummist soojenduskottidega või ka kuumaveepudelitega.

Pärast inhalatsioon-narkoosi rakendamist paigutatakse haige voodisse horisontaalasendis; pärast seljaaju-anesteesiat pannakse pea alla padi. Rakendati aga seljaaju-anesteesiaks novokaiini piirituslahust, siis tuleb haige paigutada padjata ja tõsta voodi jaluts kõrgemale. Haige jalgade juurde pannakse metallist või kummist soojenduskotid, kuid mitte vahetult haige naha vastu, vaid vaibale; vastasel korral võib tekkida põletus, mida haige, olles narkoosi mõju all, ei taju.

Valude vaigistamiseks pannakse kõhupiirkonnale jäätükikestega täidetud kummikott, seejuures aga naha külmumise vältimiseks mitte paljale kõhunahale, eriti väheverelistе ja kurnatud haigete puhul. Jääkott võetakse iga 1—2 tunni järel pooleks tunniks ära, sest muidu ei ole selle toimel tulemusi. Jääkotti ei tohi rakendada üle ühe öö-päeva, sest vastasel juhul mõjustab külm takistavalt soolte peristaltikat ja häirib kusepõie funktsioneerimist.

Esialgu pärast operatsiooni, kui haige on teadvuseta ja ei ole veel ärganud, peab tema voodi juures istuma õde või kogenud sanitar ja jälgima pulssi, hingamist ja näo

värvust. Okse tekkimisel tuleb kohe käänata pea küljele ja alla panna kauss oksemasside jaoks.

Oksendamist täheldatakse kaunis sageli operatsioonijärgsel perioodil esimese öö-päeva kestel, mis on maoseinte ärrituse tagajärg, kuid ka narkotiseeriva aine, kõige sagedamini kloroformi intoksikatsioon. Oksendamisega seoses olevate kannatuste vältimiseks on soovitatud palju vahendeid, kuid need kõik on harilikult väikese mõjuga. Võib aga proovida järgmisi vahendeid: kuumaveekotti kõhupiirkonnale, jäätükikesi, sinepimähist kõhule, piparmünditilku, kirsi-loorberivee tilku; peale selle panevad mõned ülemisele huulele äädikaga niisutatud vatitopi, mida hoitakse seal oksendamise lõpuni. Visa oksendamise puhul võib proovida anda haigele klaasitäis sooja vett, mille haige välja oksendab ja mille järel mõnikord oksendamine lakkab: teostuks nagu maoloputus. Mõnikord aitab füsioloogilise lahuse klistiir (50 cm^3), millele lisatakse 1—2 supilusikatäit 4%-list broomnaatriumi-lahust. Lõpuks piinava okse puhul ja kui see kestab ka järgneval päeval pärast operatsiooni, on kõige parem teha maoloputus, milleks tavaliselt kasutatakse nõrka leelisest lahust (¼%-line soodalahus).

Esmajärjekorras tuleb hoolitseda operatsioonijärgsete valude kõrvaldamise eest. Ei ole sugugi otstarbekohane, et haiged kannataksid valusid, mispärast valu puhul määratakse haigele harilikult morfiumi (1 cm^3 1%-list lahust) või, veel parem, nahaalusi pantopooni. Harilikult enne 6 tundi pärast operatsiooni ei ole vajadust seda teha, pärastpoole aga võib piirduda morfiumi sisseviimisega üks või kaks korda öös-päevas. Muudest valuvaigistavatest vahenditest olgu mainitud: aspiriin 0,5; 1,0 aspiriini 100,0 sooja vee kohta klistiirina; fenatsetiin 0,5; püramidoon 0,5; kodeiin 0,02, kuigi nende valuvaigistav toime on palju nõrgem. Operatsioonijärgsed valud

kaovad harilikult teise päeva lõpuks, kui haav kasvab kinni aseptiliselt.

Kui haige kannatab suurt janu, siis antakse talle suu niisutamiseks ja loputamiseks väikeste portsjonitena külma keedetud vett, mille ta peab aga välja sülgama. Operatsioonipäeva õhtul või järgneval hommikul võib anda vähesel hulgal teed või musta kohvi. Kui vedelikku ei ole võimalik okse tõttu sisse viia *per os*, siis määratakse väikesed füsioloogilise lahuse või glükoosiklistiirid või süstitakse nii ühte kui ka teist nahaalusi.

Mis puutub sageli täheldatavasse unetusse opereeritud haigeil, siis kõigepealt on vajalik püüda kõrvaldada kõik seda tekitavad põhjused, nagu valu, ebamugav asend, janu, kära koridoris või naaberpalatis, psüühiline ärritus jms., ja alles pärast seda määrata uinuteid (veronaal, sulfonaal, broom, kloraalhüdraat).

Pärast operatsiooni tuleb hoolikalt jälgida suuõõne seisukorda, mis võib olla mõnede tüsistuste (näiteks parotiidi) allikaks. Hommikul ja õhtul tuleb loputada suud desinfitseerivate lahustega (boorhappe, vesinikülihapendi lahus). Peale oma otseste ülesannete soodustavad sellised suuloputused söögiisu paranemist. Erilist tähelepanu tuleb pöörata keele puhastamisele.

Operatsioonihaavadele pandud sidet ei vahetata kuni klambrite või õmbluste kõrvaldamiseni. Ainult sel puhul, kui ilmnevad temperatuuri ja pulsi kõrvalekaldumine normist ning teatud nähud operatsioonihaavas (valu, pingus, märgumine), tuleb kõrvaldada side armi järelevaatuseks. Nahaõmblused (siid, klambrid) kõrvaldatakse seitsmendal päeval. Eelmisel õhtul saab haige lahtistit. Kui aga see ei mõjunud lahtistavalt, siis tehakse õmbluste kõrvaldamise päeval seebiklistiir. Traatõmblus kõrvaldatakse kõhuseinalt üheksandal või kümnendal päeval. Pärast õmbluste

kõrvaldamist määritakse armid joodtinktuuriga ja jälle kleebitakse kinni marlisidemega. Kui tupeoperatsioonide puhul on peale pandud katgut-õmblused, siis neid harilikult ei kõrvaldata, sest need kaovad iseenesest imendudes. Siidõmblused lahkliha nahalt kõrvaldatakse kuuendal päeval. Pärast operatsiooni lahkliha piirkonnas on vajalik säilitada haav võimalikult kuivana, mistõttu pärast pesemist ja kusemist tuleb haav katta steriilse marliga.

Haigete t o i t l u s t a m i s e l tuleb olla väga ettevaatlik: teisel päeval pärast operatsiooni saab haige teed või kohvi, kolmandal päeval puljongit ja kisselli ning alles viiendast päevast peale minnakse aeglaselt üle harilikule toidule. Sooritatud soolestiku-operatsiooni puhul teostub üleminek harilikule toidule ettevaatlikumalt ja alles peale pikemat tähtaega.

Pärast õmbluste kõrvaldamist, s. t. üheksandal-kümnendal päeval, lubatakse haigel voodis istuda ja järgneval päeval üles tõusta. Pärast kõhuõõne-operatsiooni õigesti kulgenud operatsioonijärgse perioodiga kirjutatakse haiged välja kaheteistkümnendal-neljateistkümnendal päeval. Haigel, kellele on tehtud kõhuõõne-operatsioon, on soovitatav kanda 3—5 kuud bandaaži, kuni arm kõveneb. Bandaaži tuleb kanda ainult töö ajal, sest selle alatine kandmine ainult soodustab kõhupressi nõrgenemist ja põhjustab kõhuseina lihaste atroofiat.

Südametegevuse ja temperatuuri jälgimine.

Pulsi jälgimine on eriti tähtis operatsioonijärgsel perioodil, sest esimeste päevade kestel me järeldame selle muutustest kõrvalekaldumisi normaalsest kulgemisest. Haige ärkamisel narkoosist, oksendamisliigutuste ja opereeritu ärritatud oleku puhul pulss veidi sageneb. Südametegevus muutub normaalselt kulgeval operatsioonijärgsel

perioodil peatselt korralikuks: pulsi täitumus ja sagedus vaevalt erinevad operatsioonieelsest seisundist.

Peab pöörama tähelepanu neile juhtudele, kus ilmneb pulsi sagenemine üle 100 löögi minutis, sest see osutab kas seesmisele verejooksule või südamenõrkusele, mis nõuavad erakordsete abinõude rakendamist.

Alati ei ole kerge eristada, kas meil on tegemist kauakestvast narkoosist tuleneva operatsioonijärgse šokiga või teisese verejooksuga kõhuõõnde. Lihtsamail juhtudel määratletakse seda perkussiooni abil, mis võimaldab kindlaks teha vere kogunemist kõhuõõnde seetõttu, et tümpaaniline kõla tumestub längus kohtades. Kahtlastel juhtudel aga soovitatakse punkteerida kõhtu läbi kõhuseina hariliku Pravats'i süstlaga, kusjuures erilise riisikota võib teha mitu torget, sest sooleseina läbitorkamine sellise nõelaga ei ole harilikult ohtlik.

Kui osutub, et siiski on tegemist ainult šokiga ilma teisese verejooksuta, siis saab kergeil juhtudel abi morfiumi ja südametegevust virgutavate vahendite, nagu kampri, kofeiini ja digaleeni nahaalusi süstimisest. Raskeil juhtudel aga soovitatakse vere siirdniristust ja füsioloogilise lahuse süstimist koos adrenaliiniga veenisisesi. Seesmise verejooksu olemasolu korral on vajalik esmalt see sulgeda ja siis alles siirdniristada verd või sisse viia füsioloogilist lahust, sest vastasel korral on need menetlused vererõhu tõusu tõttu kahjulikud.

Kui verejooks tekkis pärast kõhuseinakaudset kõhulõikust, siis on vaja kiires korras teistkordselt avada kõhuõõs (*relaparotomia*). Sooritati aga tupeoperatsioon, siis on mõnikord võimalik sulgeda verejooks alt tupe kaudu. Muudel juhtudel, eriti verejooksu puhul laisidemete köntidest, on samuti parem avada kõhuõõs ülalt, sest altpoolt on raske veritsevat soont üles leida ja seda kinni siduda.

Pärast verejooksu sulgemist on vaja viivitamatult süstida füsioloogilist lahust või teha vere siirdniristus.

Pulsi sagenemine operatsioonijärgse perioodi edasises kulgemises võib oleneda infektsioonist või soolestiku paralüütilisest seisundist, millega kaasuvad soolte puhitus ja läbitamatus.

Pärast operatsiooni lõppu on temperatuur harilikult veidi madalam kui enne operatsiooni, kuid pärastpoole võib see õhtuks küündida kuni 37,5°-ni. Temperatuuri tõus kuni 38°-ni esimese öö-päeva kestel, kui sellega ei kaasu vastav pulsi sagenemine, ei oma enamasti suuremat tähtsust ja sõltub oletatavasti imendumisest haava pindadelt.

Tuleb aga pöörata tõsist tähelepanu temperatuuri tõusule operatsioonile järgnevate päevade kestel, sest peaaegu iga ägeda põletikuga kaasub temperatuuri tõus. Ainult harukordseil juhtudel ei ole organism suuteline sissetunginud infektsioonile reageerima temperatuuri tõusuga, nagu raskekujulise nakkuse puhul või sel juhul, kui organism on liiga nõrk. Järelikult operatsioonijärgsel perioodil esinev palavik viitab ühe või teise infektsiooni olemasolule, palaviku iseloom aga näitab infektsiooni tugevust ja organismi vastupanuvõimet.

Temperatuuri tõus pärast operatsiooni võib oleneda ka tüsistustest hingamiselundeis (operatsioonijärgsed bronhiidid, pneumooniad), soolestikus ja muudes elundites peale juhtude, kui esineb kõrvalekaldumisi haava kinnikasvamises või üldse operatsiooniväljas.

Kui temperatuuri tõus omab operatsioonijärgsel perioodil remiteerivat iseloomu ja kui kõikumised õhtuste tõusude ja hommikuste languste vahel on üks või rohkem kraadi, siis on meil tegemist mädanemisega.

Mõnikord tunnevad haiged tugevat vappekülma, mis on põhjustatud organismi intoksikatsioonist ja korraga suurel hulgal nakkusalgmete imendumisest. Sellist tugevat vappekülma täheldatakse sageli veremürgistuse puhul.

Pärast vappekülma ja kuumust haiged vahel higistavad tugevasti.

On vaja jälgida ka hingamist operatsioonijärgsel perioodil. Harilikult vastab hingamine pärast operatsiooni normile ja igasugune sagenemine osutab kõrvalekaldumisele kopsude tegevuses. Tuleb tähele panna, kas rindkere mõlemad pooled liiguvad ühtlaselt, kas haige hingab sügavalt või pealiskaudselt, kas tal ei teki sissehingamisel valusid. Sageli täheldatakse, et haige püüab pärast sooritatud laparotoomiat operatsioonihaavas hingamisel ilmnevate valude tõttu hingata pealiskaudselt ja tekitab sellega ebasoodsaid tingimusi kopsude tuulutamisel. Selline haige tuleb asetada erilise toe abil (peaalune raam) poolistuli ja sellega hõlbustada tema hingamist.

Kusemise jälgimine.

Operatsioonijärgsel perioodil täheldatakse sageli juhtumeid, kus haiged kaebavad, et nad ei suuda iseseisvalt kusta.

Kestvamat kusepeetust täheldatakse sageli lahkliha, suguelundite, pärasoole ja ka kusepõie irdumisega seoses olevate operatsioonide puhul. Selline pikemat aega vältav kusepeetus põhjustab ebameeldivaid tüsistusi tsüstiidi ja püeliidi näol. Tihti võib seda peetust seletada puhtnärviliste põhjustega. Mainitud piirkonnad on ohtrasti varustatud anastomoseeruvate närvidega, mistõttu nende ärritus operatsiooni ajal kandub kusepõie närvidele ja põhjustab tema sulguri spasmi. Eesmise kõhuseina lihaste trauma võib samuti mõjustada kusepõie korrapärast tühjendamist.

Enne kateetri kasutamist juhul, kui haige kaua ei ole kusnud, tuleb püüda teda sundida iseseisvalt urineerima, sest mõnikord haiged kardavad pingutada kõhupressi, kuna

see on seotud valude tekkimise võimalusega, või pelgavad, et õmblused lähevad lahti. Kui haige siiski ei suuda iseseisvalt urineerida, pannakse soojenduskott põie või lahkliha piirkonnale või paigutatakse suguosade juurde sooja boorhappelahusega niisutatud vatti. Kui soojuse rakendamine ei mõju, siis võib süstida nahaalusi 25%-list magneesiumsulfaati 1—3 cm^3 või küünraveeni 40%-list urotropiinilahust 5—10 cm^3. Kui kõik ülalloetletud abinõud osutuvad tagajärjetuiks, siis asutakse kateetrimisele, kinni pidades kõigist aseptika ja antiseptika reegleist.

Kui on vaja kateetrida pikema aja kestel, siis peab seda tegema kindlail kellaaegadel ja mitte üle kahe-kolme korra öös-päevas; selliseil juhtudel on alati näidustatud kuseteid desinfitseerivate vahendite, nagu salooli, urotropiini jms. määramine. Võideldes operatsioonijärgse kusepeetuse vastu peab meeles pidama, et uriininõu tuleb anda haigele soojendatuna sulguri reflektoorse spasmi vältimiseks, mis tekib reite naha kokkupuutumisest külma esemega.

Profülaktilise abinõuna on vaja enne operatsiooni haiget sundida, et ta kuseks lamades, sest operatsioonijärgne kusepeetus sõltub mõnikord oskamatusest kusta lamavas asendis.

Kui kusepeetuse ja sellele järgneva kateetrimise tõttu tekib t s ü s t i i t, siis piirdutakse ägedail juhtudel üldiste abinõude rakendamisega, nagu soe kott põie piirkonnale, kuseteid desinfitseerivate ja narkootiliste vahendite määramine, piimadieet. Alles peale ägedate nähtude vaibumist asutakse põie loputamisele sooja boorhappelahusega ja pärast seda viiakse põide 50—100 cm^3 1%-list kollargoolilahust, mis jäetakse sinna võimalikult kauaks. 2—3 päeva pärast muutub kusi puhtaks ja tsüstiidi nähud kaovad

Soolestiku tegevuse jälgimine.

Esimeste päevade kestel pärast operatsiooni peab jälgima soolestiku ja mao tegevust, sest need võivad põhjustada terve rea tüsistusi.

Ülalpool juba mainisime okset kui maost sõltuvat tüsistust. Siinkohal tuleb nimetada üht kaunis sageli esinevat ning haigeid häirivat tüsistust — soolestikus gaaside kogunemist, mis ei välju ja seetõttu põhjustavad kõhupuhitust.

Et enamik günekoloogilisi operatsioone ei ole otseselt seotud soolestiku traumaga, siis taastub operatsioonijärgse perioodi aseptilise kulgemise puhul soolte peristaltika harilikult teisel päeval ja gaasid hakkavad väljuma. Kui aga seda ei juhtu ja pareesi nähud teise öö-päeva alates suurenevad, siis on vajalik selle tüsistuse vastu võidelda. Haige seisundit koormab gaasipeetus, tekitades piinavat düspnoed ja hingematmist, mis sõltub puhitunud soolesilmustega kõhu venitusest ja diafragma ülespoole surumisest.

Enne kui asuda meteorismi kõrvaldamisele, on vaja võimalikult täpselt selgitada selle päritolu, sest muidu ei või ühe või teise abinõu edukuses kindel olla. Gaasipeetuse põhjuseks võivad olla: 1) soolestiku atoonia, 2) pärasoole sfinkteri spasm ja 3) mõlemad põhjused kokku.

Soolestiku atoonia puhul kuuleme kõhu auskulteerimisel täielikku vaikust. Kõhnadel isikutel ei ole läbi õhukeste kõhuseinte märgata peristaltikat, haigetel ei ole voolmetaolisi valusid kõhus. Haiguspilt on aga sootuks vastupidine sfinkteri spasmi puhul, kusjuures sõltuvalt ilmnenud sümptoomidest me rakendame ühte või teist ravi. Sfinkteri spasmi puhul on näidustatud vooliku paigutamine pärasoolde selleks, et kõrvaldada pärasoole

sfinkterite vastupanu seoses nende gaaside-läbilaskvusega. Selleks viiakse voolik umbes 15 sentimeetri sügavusele pärakusse, nii et tema ots oleks *ampulla recti*'s. Mõnikord piisab narkootiliste ainete määramisest (ravimküünlad morfiumiga või morfium nahaalusi), sest sfinkteri spasm sõltub sageli valurefleksist.

Soolestiku atoonia puhul on näidustatud soojad sifoonklistiirid kummelitega või ½%-lise soodalahusega, klistiirid glütseriiniga (klaasi vee kohta 15,0 glütseriini), hüpertoonilised klistiirid (1 supilusikatäis keedusoola klaasi vee kohta), soojus kõhule soojenduskottidena või, nagu mõned soovitavad, koguni valguskümblused, mis samuti soodustavad peristaltika taastamist.

Sifoonklistiire rakendatakse järgmiselt: võetakse kummisondiga varustatud suur lehter, millesse valatakse sooja loputusvett (vesi, kummelileotis, soodalahus jms.), lastes seda voolata sondist seal oleva õhu eemaldamiseks. Et vesi sondi kaudu välja ei voolaks, litsutakse sond sõrmedega või klambriga kinni ja viiakse sügavale soolde. Lehter tõstetakse ½ m kõrgusele voodi pinnast ja lastakse aeglaselt voolata 3—4 klaasitäit vedelikku soolde; siis langetatakse kiiresti lehter voodi pinnast allapoole, kuid ümber teda ei pöörata, sest siis õhu sattumise tõttu sondi katkeks sifoonisüsteem. Lehter tõstetakse taas üles ja korratakse sama protseduuri. Selliseid loputusi tuleb teha korduvalt, sest gaasid ei hakka harilikult kohe väljuma.

Medikamentoosseist vahendeist võib rakendada pituitriini üks ampull korraga või füsostigmiini (0,0005) nahaalusi; mõningail juhtudel süstida nahaalusi *Atropini sulfurici* à 0,001 kuni kaks korda päevas. Kui aga ülalloetletud abinõud osutuvad tagajärjetuiks ja vastavate nähtude olemasolu tõttu võib oletada mehaanilisi takistusi soolestikus (ileus) või arenevat peritoniiti, siis on ainsaks haige päästmise abinõuks edasilükkamatu kõhulõikus.

Lamatised.

Pärast operatsiooni kauemat aega voodis lamavail kurtunud haigeil võivad areneda ristluu piirkonnas ja muudes rõhumise all olevais kohtades lamatised. Algul tekib nahapunetus, siis see piirkond sinistub või koguni musteneb, lõpuks kärbunud osa irdub ja tekib haavand. Lamatiste tekkimisel omab tähtsust mitte ainult rõhumine kudedele, vaid ka naha märgumine uriiniga ja vedelikkudega haige puhastamisel, samuti haige mitteküllaldane kuivatamine pärast pesemist.

Selle ebameeldiva tüsistuse vältimiseks on vajalik kummirõngaste ja rullide abil vähendada rõhumist kudedele, hoida kuivana nii nahk kui ka voodipesu ja sagedamini muuta haige asendit. Punetavaid nahapiirkondi tuleb hõõruda kampripiiritusega, aromaatilise äädikaga või hariliku piiritusega kaks-kolm korda päevas.

Kui aga lamatised on juba tekkinud, siis hõõrutakse nende ääri nimetatud vahenditega, haavandit kuivatatakse ja see kaetakse kseroformsalvi- või tsinksalvi-sidemega. Lamatistega haige toit peab olema vitamiiniderikas.

Kõhuseinakaudne kõhulõikus (laparotoomia).

Haige üldisest ettevalmistamisest kõhulõikuseks oli juba juttu ülalpool. Täiendame seda veel mõne sõnaga seoses ettevalmistusega enne operatsiooni, kus on tegemist operatsioonivälja töötlemisega. On olemas mitu viisi kõhuseina ettevalmistamiseks enne lõikust. Mõned pesevad nahka esmalt piiritusega ja siis määrivad joodtinktuuriga; teised töötlevad nahka tanniini piirituslahusega; kolmandad hõõruvad esmalt kõhuseina 2—3 korda bensiiniga ja siis määrivad 10%-lise joodtinktuuriga. Kuid ükskõik millise menetluse järgi kõhuseina töödeldaksegi, on vaja eri-

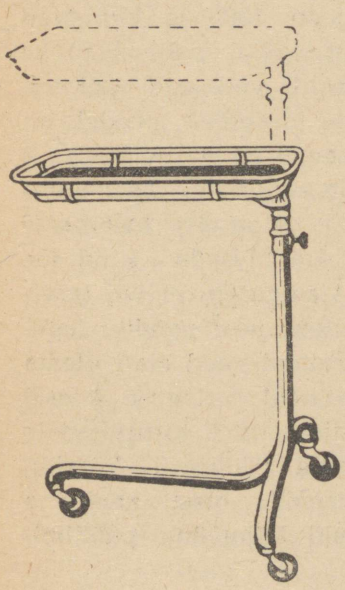
list tähelepanu pöörata nabale, mida tuleb hoolikalt puhastada. Ettevalmistatud operatsiooniväli kaetakse steriilse linaga, millel on pikisuunas lõige, kuna üles ja alla pannakse steriilsed käterätikud, mis koos linaga kinnitatakse kõhunaha külge eriliste pesunäpitsate abil (joon. 145).



Joon. 145. Pesunäpits.

Kui kõhuseina lõige tehakse põikisuunas, siis pannakse ka lina lõikega põikisuunas, kuna käterätikud asetatakse külgedele.

Pärast seda kui haige on sügavasti uinunud, paigutatakse ta Trendelenburg'i asendisse selleks, et soolesilmused valguksid diafragma juurde ega segaks operatsiooni käiku. Operatsioonilaua jalutsi juurde asetatakse harilikult eriline kirurgilaud, millele pannakse vajalikud instrumendid (joon. 146). Sellelt laualt võtab instrumente kas kirurg ise või assistent; operatsiooniõde peab aga hoolitsema selle eest, et seal alati leiduksid vajalikud instrumendid. Sõltumatult sellest, millise eesmärgiga sooritatakse kõhuseinakaudset kõhulõikust, võib selle jaotada kolme põhilisse ossa: 1) kõhuseina avamine, 2) toiming kõhuõõnes ja 3) kõhuseina kinniõmblemine. Sõltuvalt sellest pannakse jalutsis olevale lauale ühed või teised instrumendid.



Joon. 146. Kirurgilaud instrumentide jaoks.

K õ h u s e i n a a v a m i s e k s on vajalikud järgmised instrumendid: kumera teraga skalpell,

Péan'i veresulgurid, kaks kirurgilist pintsetti ja kantipidi (nurga all) kõverdatud käärid kõhukelme lõikamiseks. Peale selle tuleb valmis panna mõned marlitampoonid vere pühkimiseks ja igaks juhuks 2—3 ligatuuri, kui osutub vajalikuks kinni siduda mõni kõhuseina lõikamisel vigastatud veresoon.

Pärast kõhuõõne avamist koristatakse kõik ülalloetletud instrumendid kirurgilaualt, välja arvatud kirurgilised pintsetid, ja sinna pannakse kõhuõõnes opereerimiseks vajalikud instrumendid.

Kõigepealt on vajalikud ühte või teist liiki peeglid haavaäärte eemalenihutamiseks. Selleks otstarbeks rakendatavad peeglid on kolme- ja kahekordsed või üksikud kõhupeeglid. Esimesed kaks liiki peegleid on harilikult ühel või teisel viisil ühendatud (joon. 130) ja kuuluvad liikumatute peeglite hulka. Üksikut kõhupeeglit (näiteks joonisel 127 kujutatud Doyen'i peeglit) võib aga operatsioonihaava äärt pidi vabalt nihutada ja selline peegel on järelikult liikuv. Péan'i sulgurite asemel pannakse Kocher'i veresulgurid. Péan'i sulgureid ei ole soovitatav kõhuõõnes rakendada, sest erinedes Kocher'i sulgureist hammaste puudumisega võivad need kergesti ära libiseda. Kuid see muidugi veel ei tähenda, et Péan'i sulgureid ei või tarvitada mõneks muuks otstarbeks, näiteks pealepandud õmbluste otste haaramiseks. Seetõttu peavad need alati olema tagavaras operatsiooniõe laual, et neid vajaduse korral kirurgile kätte anda. Peale ülalloetletu tuleb kirurgilauale panna pinnaliselt kõverdatud käärid (Cooper'i käärid), käpalised pintsetid ja pikkade klemmide otsas keradena kokkukeeratud väikesed kompressid kõhuõõne pühkimiseks.

Suuri marlikompresse ja steriilseid käterätikuid tuleb samuti valmis hoida nende panemiseks kõhuõõnde, et eraldada soolesilmuseid operatsiooniväljast. Klemmideta

väikesi marlikerakesi antakse kõhulõikuse puhul ainult kirurgi erilisel nõudmisel, et vältida nende jätmist kõhuõõnde.

Peale selle peab operatsiooniõde veel alati valmis panema mõned (2—3) õmblused, mida kirurg võib alati vajada. Harilikult valmistatakse katgutist õmblused, kuid katguti puudumisel tarvitatakse ka siidist või niidist (puuvillaseid) õmblusi harilikkude kolmetahuliste kirurgiliste nõelte otsas. Kätte antakse neid pikkade Hegar'i pihtide või kirurgi nõudmisel muud liiki nõelapihtide vahel. Sooleseina jaoks kasutatavaid õmblusi antakse ümarate soolenõelte otsas. Kätteantavad õmblused peavad olema küllaldaselt pikad (mitte alla $^1/_6$ m), sest vastasel juhul on neid raske sõlmida, eriti siis, kui neid kasutatakse väikese vaagna sügavuses.

Kõhuõõnes opereerimisel tarvisminevaist muudest instrumentidest on vaja valmis hoida järgmised: kuulpihid, Museux' ja Doyen'i pihid, teravaotsalised korntangid, anatoomiline pintsett, korgits, igaks juhuks sooltenäpitsad, terava- ja nüriotsalised kõverad ja sirged käärid, trokaar (joon. 147). Kõiki loetletud instrumente ei ole tingimata tarvis iga laparotoomia puhul, mistõttu operatsiooniõel tuleb alati kirurgilt eelseisva operatsiooni iseloomu üle järele pärida ja temaga nõu pidada selle kohta, millist instrumentaariumi tarvis läheb. Emaka asendi parandamiseks sooritatava operatsiooni jaoks ei vajata selliseid instrumente nagu näiteks korgits ja trokaar, mida sel juhul operatsiooniõel ei tarvitse valmis panna.

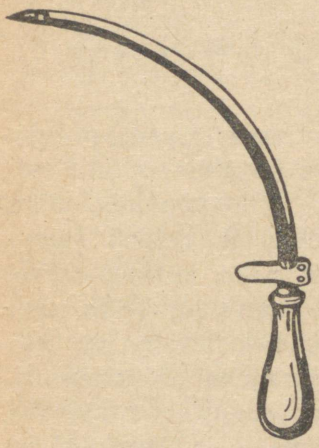
Opereerimine kõhuõõnes lõpeb harilikult pärast ühtede või teiste elundite kõrvaldamist järelejäänud kõntide peritoniseerimisega (katmine kõhukelmega). Selleks otstarbeks kasutatakse sageli niinimetatud põimuvaid õmblusi (katgutist), mis on 2—2½ korda pikemad harilikust õmblusest. Operatsiooni lõppedes kuivatatakse kõhu-

õõs marlikompressidega, operatsioonikoht aga hõõrutakse üle eetriga, piiritusega, vesinikülihapendiga või 10%-lise rivanoolilahusega.

Operatsiooni lõpul (enne kõhuseina kinniõmblemist) tuleb operatsiooniõel korrastada instrumentaarium selles mõttes, et kõik oleks kohal, peamiselt aga loendada marlikompressid ja käterätikud veendumiseks, et neid juhuslikult ei jäetud kõhuõõnde. Tõsi küll, et selle eest peab hoolitsema kirurg ise, kuid ka operatsiooniõde peab selle järele valvama. Selleks on kõige parem talitada järgmiselt: iga kirurgi või tema assistendi poolt mahavisatud marlitükk korjatakse operatsioonisanitari poolt ja kogutakse operatsioonilaua juures olevasse kaussi. Loendamise lihtsustamiseks keeratakse äratarvitatud marlitükid viiekaupa ühte neist. Sanitar koristab viivitamata ka kõik juhuslikult mahakukkunud instrumendid, peseb need, keedab ja annab operatsiooniõe kätte. Operatsiooniõde peab alati teadma, milline arv instrumente oli operatsiooniks ette valmistatud ja kui palju tarvitati operatsioonil käterätikuid ja marlitükke.

K õ h u s e i n a k i n n i õ m b l e m i n e toimub kihtide kaupa, milleks kasutatakse järgmisi instrumente: kõhukelme haaramiseks ja tõstmiseks Péan'i sulgureid, et kinniõmblemisel juhuslikult mitte haarata õmblusse soolesilmuseid või rasvikut. Sama eesmärgiga, s. o. et kaitsta soolestikku ja rasvikut õmblustesse sattumast, on mõnikord vaja kasutada niinimetatud t ä ä k i (joon. 148), mis asetatakse kõhukelme lõike alla niiviisi, et oleks võimalik õmmelda selle peal. Kõhukelme õmmeldakse kinni katkestamatu õmblusega ja harilikult kolmetahulise nõelaga, kasutades seejuures kõige sagedamini Ott'i nõelapihte (joon. 149). Pärast seda panevad mõned kirurgid lihastele 1—2 sõlmelist õmblust ja siis õmblevad kinni aponeuroosi. Seda tehakse mitmel viisil: mõned teevad nagu kõhukel-

melegi katkestamatu katgut-õmbluse, teised aga sõlmelised siidist õmblused ja lõpuks kolmandad (nende hulgas ka meie) panevad peale äravõetava traatõmbluse. Et aponeuroosi ja naha vahel ei tekiks vaba ruumi, õmmeldakse nahk ja naha-aluskude 2—3 siidist sõlmelise või traatõmblusega kokku, nende vahed aga kinnitatakse serfiinidega.



Joon. 147. Kõverdatud trokaar.



Joon. 148. Tääk.



Joon. 149. Ott'i nõelapihid.

Kõhuhaava korrastamine lõpeb sellega, et armi määritakse joodtinktuuriga, peale pannakse kahe- või kolmekordne marliriba ja see kaetakse marlist salvrätikuga, mille ääred kleebitakse kinni kolloodiumiga või kleepplaastri ribaga. Kui aponeuroosile oli pandud äravõetav traatõmblus, siis väljasolevad keeratud traadiotsad mähitakse marlisse. Haava mähis seotakse kinni kas hariliku marlisidemega, erilise linasest riidest sidemega või, veel parem, kootud bandaažiga. Pärast seda toimetatakse haige palatisse.

Mis puutub operatsiooni käiku üksikuil juhtudel, s. o. emakamanuste, emaka jne. kõrvaldamisel, siis seda kirjeldada on kaunis raske kahel põhjusel, nimelt: esiteks sõltub operatsiooni käik kõhuõõne avamisel ilmnevaist muutustest ja teiseks opereerija tehnikast. Seetõttu esitame operatsioonide lühikese skemaatilise kirjelduse ainult sel kujul, nagu seda teeme meie.

Operatsiooni käik emakamanuste ja emakakasvajate kõrvaldamisel.

Pärast kõhuõõne avamist viiakse sisse Doyen'i peegel, emakas tõstetakse kõhuõõnest välja ja võetakse niinimetatud halterile (õmmeldakse läbi siidõmblusega), mille otsi ei sõlmita, vaid kinnitatakse sulguriga (Péan'i sulguriga). Kui on olemas liiteid, siis need kõrvaldatakse, munajuha emakapoolsele otsale ja mesosalpinksile (kui kõrvaldatakse ainult munajuha) pannakse peale Kocher'i sulgurid; kui aga kõrvaldatakse munajuha ja munasari, siis pannakse peale kolm Kocher'i sulgurit: munajuha emakapoolsele otsale, munasarja sidemele ja vaagna-tõrve sidemele. Manused eraldatakse kääridega, köntidel olevad sulgurid asendatakse katgut-ligatuuridega ja peritoniseeritakse ümarsidemega, pannes peale katkestamatu katgutõmbluse. Operatsiooniväli kuivatatakse marlikompressidega ja hõõrutakse üle vesinikülihapendiga, eetriga või puhta piiritusega; pärast seda õmmeldakse kõhuõõs kihtide kaupa kinni.

Emaka kõrvaldamisel sõltub operatsiooni käik sellest, kas emakas kõrvaldatakse koos manustega või ilma ja kas emakas amputeeritakse pealtpoolt tuppe või kõrvaldatakse täielikult.

Kui manused jäetakse, siis pannakse Kocher'i sulgurid ümarsidemele, munajuhale ja munasarja sidemele; need kõik lõigatakse

läbi; siis otsitakse üles emaka-arteer sisesuudme piirkonnas ja pannakse peale Kocher'i sulgur ning lõigatakse läbi. Edasi lõigatakse kääridega katki kõhukelme üleminekuvoldi (kusepõielt emakale) piirkonnas ja kusepõis tõrjutakse nürilt alla. Siis pannakse samas järjekorras peale sulgurid teisele poole ja emakakeha kõrvaldatakse skalpelliga sisesuudme piirkonnas. Kui aga kõrvaldatakse kogu emakas, siis eraldatakse emakas pärast tupe avamist tsirkulaarlõikega tupeseinte kinnitumise kohast kaela külge. Tupp kas õmmeldakse kinni umbselt katkestamatu katgut-õmblusega või ainult kitsendatakse teda ja kõhuõõne poolt pannakse tuppe marlitampoon. Kui emakas amputeeritakse pealtpoolt tuppe, siis pannakse kaelaköndile kolm sõlmelist õmblust.

Manuste köntidel olevad sulgurid asendatakse katgutist sõlmeliste õmblustega ja peritoniseeritakse nii ühel kui ka teisel juhul katkestamatu katgut-õmblusega, mida tehakse tubakakotitaoliselt, kusjuures kõik köndid jäävad kõhukelme alla.

Operatsioonijärgne hooldamine toimub ülalpool kirjeldatud reeglite järgi.

Serfiinid, naha siidõmblused ja ka sõlmeline traatõmblus eemaldatakse 6 päeva möödumisel operatsioonist; on aga traatõmblus pandud aponeuroosile, siis ta eemaldatakse 9—10 päeva möödumisel.

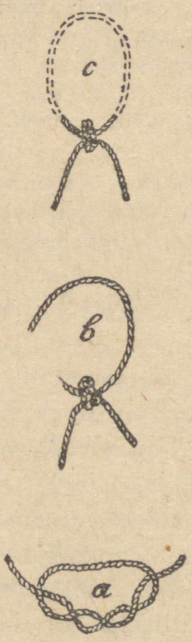
Serfiinide ja siidõmbluste kõrvaldamiseks nahalt peab valmis panema konksud serfiinide eemaldamiseks, kirurgilise pintseti, teravaotsalised käärid, joodi, kolloodiumi või kleepplaastri ja mõned steriilsed marlitükid. Joonisel 150 on näidatud, milline on siidõmblus, kui see on eemaldatud õigesti ning täielikult ja ebaõigesti, s. o. kui on ära lõigatud ainult sõlm ja osa niiti on jäetud sisse.

Traadi eemaldamiseks on vaja valmis panna: kaks Péan'i sulgurit, jood traadiaukude määrimiseks, pintsett ja mõned marlitükid.

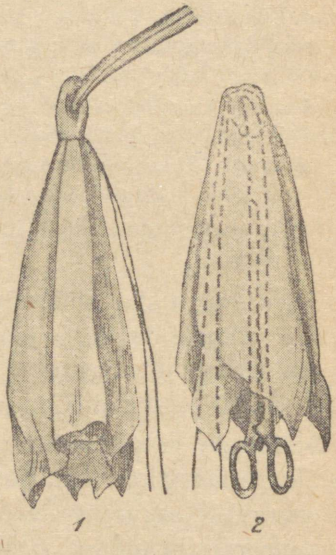
Haiged võivad pärast kõhulõikust voodist tõusta üheteistkümnendal-kaheteistkümnendal päeval. Kui kõhuseinakaudsel kõhulõikusel on kõhuõõs infitseeritud (mäda, haavaline lagunemine) või pole võimalik peritoniseerida

või kui tekib kahtlus aseptilisuse suhtes, siis soovitatakse kõhuseina mitte kinni õmmelda umbselt, vaid sisse panna Mikulitš'i tampoon.

See kujutab endast kotti, mis on tehtud ümmargusest 50 cm läbimõõduga marlitükist ja mille keskele kinnitatakse tugev siidniit koti väljavõtmiseks.



Joon. 150. *a* — kirurgiline sõlm; *b* — õigesti eemaldatud õmblus; *c* — ebaõigesti eemaldatud õmblus.

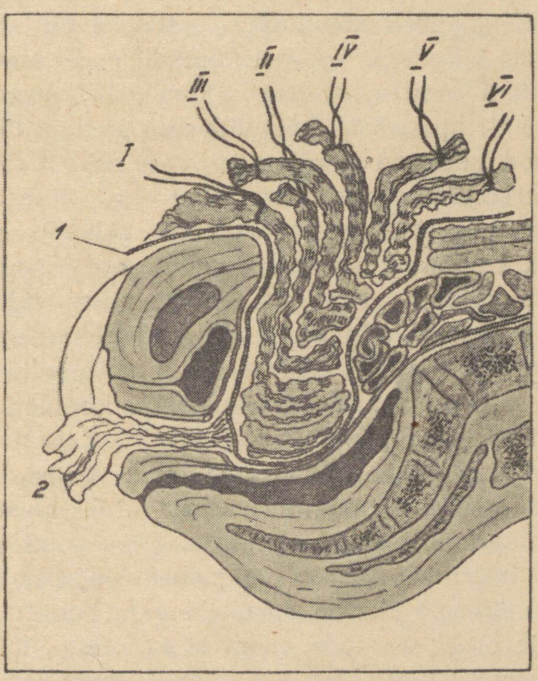


Joon. 151. Mikulitš'i tampooni valmistamine. *1* — marlikoti haaramine korntangidega; *2* — valmis marlikott kõhuõõnde viimiseks.

Marlikotti pannakse kuni 5—6 marlitampooni, mille pikkus on 1—1,5 m ja laius 3—4 cm, kusjuures igaüks koosneb kolmest-neljast marlikihist. Iga tampooni otsas on niit sõlmedega: esimesena sissepandaval tampoonil on üks sõlm, teisel — kaks sõlme jne., mis on vajalik teadmiseks, millises järjekorras neid välja võtta. Mikulitš'i tampoon viiakse sisse järgmisel viisil: kott haaratakse pikkade näpit-

satega sealt, kuhu on seotud siidniit, ja süüvitatakse haava selliselt, et näpits ja siidniit jääksid koti sisse (joon. 151). Siis kohendatakse koti seinu selliselt, et nad asetseksid vastu haava ääri ja koti avaus oleks väljaspool kõhukelmet. Pärast seda viiakse koti sisse tampoon ühe sõlmega, hoolikalt täites koti põhja, siis teine, kolmas tampoon jne., kuni vajaliku arvuni (joon. 152). Mikulitš'i tampoone kõrvaldatakse järk-järgult alates kolmandast päevast, kusjuures esimesena võetakse välja viimane sisseviidud tampoon. Kuuendal päeval võetakse välja kõik tampoonid, alates kaheksandast päevast aga asutakse aeglaselt koti kõrvaldamisele siidniidist tõmmates. Kui kotti ei ole võimalik välja tõmmata, siis ei tarvitse kiirustada ja parem on see edasi lükata järgnevaks päevaks.

Pärast koti kõrvaldamist tõmmatakse haav kokku õmblustega, kui see oli puhas, või seda ravitakse kui tavalist mädanevat haava.



Joon. 152. Mikulitš'i tampoon, viiduna kõhuõõnde (skemaatiline läbilõige). *1* — kõhuõõnde viidud marlikott; *2* — tuppe viidud tampoon; *I—VI* — tampoonide asetus marlikotis.

Tupekaudne kõhulõikus.

Mitte kaua aega tagasi tehti tupekaudset kõhulõikust günekoloogiliste operatsioonide puhul märksa sagedamini kui kõhuseinakaudset, oletades, et esimene operatsioonivііs säästab haiget rohkem. Tupekaudse kõhulõikuse tehnika töötati hiilgavalt välja prof. O. Ott'i poolt, kes selleks konstrueeris erilise instrumentaariumi kõhuõõne valgustamiseks mitmesuguste peeglitega. Isegi suuri kasvajaid kõrvaldati tupe kaudu, nagu emaka ja emakamanuste omi.

Nüüd aga teostatakse kõhuseinakaudseid kõhulõikusi märksa sagedamini kui tupekaudseid.

Kõhuseinakaudse kõhulõikuse eeliseks on asjaolu, et see teostub kiiremini, operatsiooniväli on ülevaatlikum, selle meetodi puhul on vähem võimalusi veresoonte vigastamiseks kui tupekaudse kõhulõikuse puhul ja lõpuks loob see meetod paremad tingimused verejooksu sulgemiseks ning veresoonte ligeerimiseks. See ongi põhjuseks, miks praegu enamik kirurge-günekolooge eelistab opereerida kõhuseina kaudu, kuna tupe kaudu opereeritakse ainult eriliste näidustuste puhul, näiteks plastiliste lahkliha-operatsioonide, emaka allavajumise ja väljalangemise puhul, siis operatsiooni puhul emakakaelal, tupeseintel jne.

Haige ettevalmistust tupekaudseks kõhulõikuseks on käsitletud ülalpool peatükis „Operatiivne ravimine", kusjuures on kirjeldatud kirurgi ja tema abiliste asukohta nimetatud operatsiooni puhul. Jääb järele peatuda veel instrumentaariumil. Omal ajal prof. Ott'i poolt soovitatud keeruline instrumentaarium valgustuspeeglitega tupekaudsete kõhulõikuste jaoks omab praegu ainult ajaloolist tähtsust ja praksises seda enam ei kasutata. Kõhulõikuse (näiteks emaka kõrvaldamine) sooritamiseks tupe kaudu on tarvis valmis panna järgmine instrumentaarium: tupepeeglid (kõige sagedamini Fritsch'i peegel), mitte vähem

kui kolm tõstlat, pikad kirurgilised pintsetid, kuulpihid (3—5 paari), Museux' ja Doyen'i pihid, terava- ja nüriotsalised skalpellid, käärid (Kocher'i), käpalised pintsetid, Péan'i ja Kocher'i veresulgurid (keskmine suurus ja pikad), nõelad, nõelapihid, õmblusmaterjal, marlitükid ja tampoonid.

Operatsiooni käik emaka kõrvaldamisel tupe kaudu.

Pärast välissuguelundite ja tupe vastavat desinfitseerimist viiakse sisse Fritsch'i tagumine peegel ja eesmine tõstel, et paljastada emaka tupeosa. See haaratakse kuulpihtidega või Doyen'i pihtidega niiviisi, et ühtedega haaratakse eesmine ja teisega tagumine mokk. Emaka kõrvaldamise operatsiooni puhul avatakse kõhukoobas tavaliselt eesmise võlvi kaudu (*colpotomia anterior* — eesmine kolpotoomia). Lõige ristisuunas tehakse skalpelliga tupe limanaha ülemineku kohal emaka tupeosale. Pärast seda separeeritakse tupe limanahk veidi ülespoole ja kusepõis eraldatakse nürilt emakakaela küljest sõrme abil seni, kuni saadakse kätte kõhukelme põie-emaka volt. Viimase avamiseks viiakse haava tõstel, mille abil tõrjutakse kusepõis ülespoole; kõhukelme volt haaratakse sulguriga keskelt ja avatakse ristisuunas kääride abil, suurendades lõiget külgede poole seni, kuni sealt vabalt mahuvad läbi kolm sõrme. Siis paigutatakse tõstel kõhuõõnde, kuulpihtidega haaratakse paljastatud emaka eesmine sein ja tõmmatakse alla haava juurde. Samasuguse võttega eraldatakse ka tupe limanahk tagantpoolt ja avatakse tagumise Douglas'e ruumi kõhukelme.

Samuti nagu kõhuseinakaudse kõhulõikuse puhul emaka väljatoomisel, pannakse ka siin sulgurid ümarsidemele, munajuhale ja munasarja sidemele, kui emakas kõrvaldatakse manusteta; kui aga emakas kõrvaldatakse koos manustega, siis vaagna-tõrve sidemele. Täiendavalt pan-

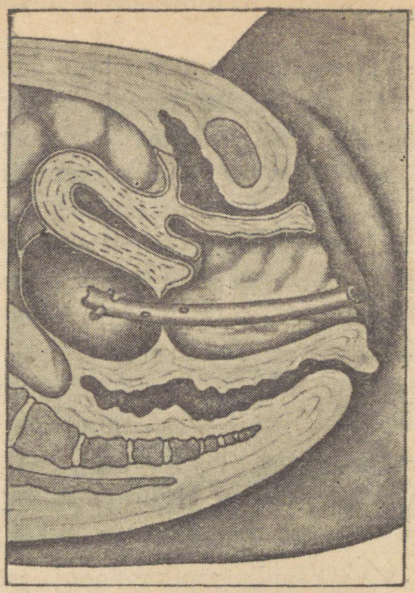
nakse peale sulgurid, mis haaravad emaka-arteeri ja ristluu-emaka sidemed. Nagu kõhuseinakaudse kõhulõikuse puhulgi, kõrvaldatakse emakas pärast sulgurite pealepanemist ja alles siis ligeeritakse veresooned. Tavaliselt tarvitatakse katgut-õmblusi. Kui pärast operatsiooni jäetakse tampoon väikese vaagna õõnde, siis see kõrvaldatakse viiendal päeval, nagu kuulsime ülalpool. Mõnikord asetatakse pärast tampooni kõrvaldamist sisse teine tampoon, mis võetakse välja kahe päeva pärast. Tupekaudse kõhulõikuse läbiteinud haigel lubatakse normaalse haiguskulu puhul tõusta kaheteistkümnendal-neljateistkümnendal päeval. Sellest ajast peale määratakse ka tupeloputusi madala rõhu all, et kõrvaldada pärast selliseid operatsioone tavaliselt esinevaid eritisi.

Operatsiooni käik tagumise kolpotoomia puhul (*colpotomia posterior*).

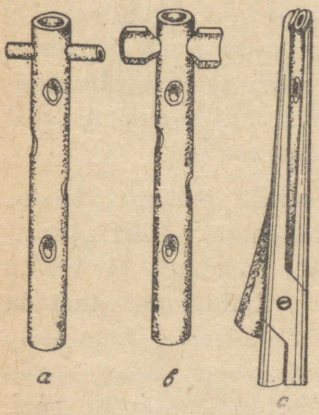
Seda operatsiooni sooritatakse Douglas'e ruumi avamise eesmärgil, kui sinna koguneb mädast ekssudaati, kuid ka mädanema läinud emakataguse verikasvaja puhul emakavälise raseduse katkemisel (joon. 153).

Pärast välissuguosade ja tupe desinfitseerimist piiritusega viiakse tuppe kaks tõstlat, paigutades need alla külgedele niiviisi, et paljastuks tagumine võlv, mis sellistel juhtudel on punnis. Emakakaela tagumine mokk haaratakse kuulpihtidega ja tõmmatakse ülespoole. Tagumise võlvi limanahale tehakse skalpelliga ristisuunas lõige, sellesse viiakse kõverdatud teravaotsalised korntangid ja torgatakse läbi tupe tagumine sein. Niipea kui korntangid on tunginud Douglas'e ruumi, avatakse need veidi ja niiviisi avatuina tõmmatakse välja. Seda tehakse avause suurendamiseks, et pärast sealtkaudu sisse viia küljeaukudega varustatud dreenitoru mäda äravooluks (joon. 145 ja 146).

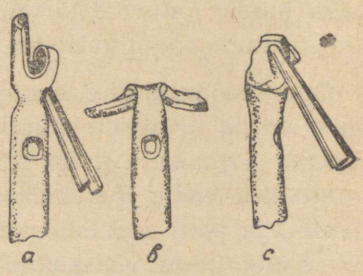
Selline dreen jäetakse mõnikord sisse kaunis kauaks, kuni lakkab mäda eritumine torust. Enne tagumise kolpotoomia sooritamist tehakse harilikult tagumise võlvi eelpunktsioon veendumiseks, kas meil on seal tõesti mäda või kogunenud veri. Punktsioon tehakse peenikese trokaariga, mille otsa on kinnitatud süstel vedeliku paremaks aspireerimiseks (väljaimemiseks) trokaari kaudu.



Joon. 153. Tagumine kolpotoomia. Douglas'e ruumi dreenimine tagumise võlvi kaudu.



Joon. 154. *a* ja *b* — kummidreenid; *c* — sisseviija poolt haaratud kummidreen.



Joon. 155. *a* ja *b* — kummidreeni valmistamine; *c* — sisseviija poolt haaratud dreeni paigutamine haava.

Emakaõõne väljakaapimine.

Väljakaapimisoperatsiooni näidustuseks on kõige sagedamini emaka verejooksud, mis on põhjustatud emaka limanaha haigestusest (hemorraagilised endometriidid). Peale selle võivad väljakaapimise näidustustena esineda nii emaka kui ka emakakaela polüübid (tihtilugu põhjustavad verejooksu), lootemuna jäänused pärast mittetäielikku või ebaõnnestunult tehtud aborti (platsentaarsed polüübid) kui ka kõik juhud, kus tekib kahtlus mõnesuguse pahaloomulise protsessi suhtes, mispuhul väljakaapimist teostatakse diagnostilise eesmärgiga. Siia kuuluvad ka väljakaapimisjuhud raseduse katkestamiseks meditsiiniliste näidustuste alusel. Haige ettevalmistus väljakaapimiseks ei erine millegagi ülalkirjeldatud ettevalmistusest tupeoperatsiooniks.

Väljakaapimisoperatsiooni jaoks tuleb valmis panna järgmised instrumendid: kateeter, lusikataoline ja lame peegel, tõstel, kahed kuulpihid, pikk pintsett, 2 Playfair'i kepikest, Martin'i sond, Hegar'i laiendajad kuni nr. 12, korntangid, aborditangid, nürid ja teravad küretid mitmesuguses suuruses, piiritus, jood ja steriilsed marlitupsud. Igaks juhuks on veel tarvilik ka pikk marlitampoon, sest võib osutuda vajalikuks emakat tamponeerida.

Operatsioonijärgne hooldamine seisab jääkoti vahetamises (mida tavaliselt määratakse haigetele pärast operatsiooni), jälgimises, et ühel või teisel põhjusel ei tekiks verejooksu (selle ilmnemisest tuleb viivitamatult teatada arstile), ja arsti muude korralduste täitmises. Peale selle on vajalik pesta välissuguosi seebi ja veega kaks korda päevas: hommikuti ja õhtuti. Kui operatsioonijärgne periood möödub tüsistusteta, siis lubatakse haigel tõusta kolme päeva pärast.

Plastilised operatsioonid.

Günekoloogilises praksises kasutatakse laialt tupe, lahkliha ja emakakaela plastilisi operatsioone. Nende operatsioonide eesmärgiks on traumaatiliste kahjustuste kõrvaldamine, mida põhjustas eelnenud sünnitus. Näiteks emakakaela-operatsiooni sooritatakse tservikaalkanali limanaha ektroopioni kõrvaldamiseks, mis tekkis limanaha väljapöördest emakakaela rebendi tagajärjel.

Limanaha väljapöörde opereerimisega kõrvaldatakse põhjus selle eroseerumiseks ja viimasest olenevad sümptoomid. Tupe ja lahkliha plastiliste operatsioonidega taotletakse tupeseinte allavajumise kõrvaldamist ja rebenenud lahkliha taastamist.

Plastiline tupeoperatsioon seisab selles, et esmalt kõrvaldatakse tupe eesmisest seinast suurem või väiksem limanahatükk ovaalse lõikena ja pärast seda õmmeldakse kokku limanaha ääred.

Lahkliha kokkuõmblemiseks on esitatud palju viise, kõige sagedamini aga sooritatakse seda operatsiooni Hegar'i järgi: tupe tagumisest seinast lõigatakse välja kolmnurkne limanahatükk, mille järel pannakse peale sügavad ja pinnalised õmblused vajanduval määral.

IX peatükk.

NAISE TERVISHOID.

Lapse-ea tervishoid.

Kõneldes naise suguelundite arenemisest me juba märkisime, et see ei lõpe lapse sündimise momendiga, vaid jätkub edasi kuni suguküpsuse saabumiseni.

Seepärast on sündimisest alates hoolitsus lapse eest suunatud ühelt poolt temale õigete arenemistingimuste loomisele ja teiselt poolt tema suguelundite kaitsmisele infektsiooni eest. Ebakorrapärasus lapse arenemises, ühed või teised kõrvalekaldumised suguelundite normaalses arenemises, viimaste varane infektsioon — kõik see võib jätta hävitavaid jälgi naise suguelundeisse. Kui rääkida naise tervishoiust, siis tuleb teostada tervishoiulist režiimi alates tütarlapse esimesest elupäevast.

Me ei käsitle siin vastsündinud tütarlapse hooldamist üldiselt, vaid puudutame ainult neid tervishoiulisi nõudeid, mida peab täitma seoses tema suguelunditega.

Vastsündinu suguelundid nõuavad regulaarset puhastamist. Välissuguosi pestakse leige veega, sest esimeste päevade kestel pärast sündimist on need tavaliselt katarrilises seisundis, mis on põhjustatud pinnaliste epiteelkihtide irdumisest (deskvamatiivne katarr) ja välissuguosade märgumisest, kuid ka vastsündinul alati leiduva veniva lima eritumisest.

Välissuguelundite puhastamisel peab vältima igasugust liigset hõõrumist, et mitte vigastada õrna nahka ja sellega soodustada mikroorganismide tungimist kudedesse. Eriti hoolikalt tuleb jälgida, et roojajääkide kõrvaldamisel päraku piirkonnast need ei satuks välissuguelunditele ja tuppe. Seetõttu on vajalik last pühkida pehme nartsuga eestpoolt tahapoole, aga mitte ümberpöördult, sest vastasel juhul põhjustavad pärasoolest pärinevad mikroobid välissuguelundite põletikku.

Vastsündinutel täheldatakse mõnikord suguosadest väljuvaid verekaid eritisi, millede allikaks on vastsündinul alati hüpereemilises seisundis olev emaka limanahk, meenutades täisealise naise emaka limanaha menstruatsioonieelset seisundit. Nimetatud verejooksud on seletatavad platsenta hormoonide mõjustusega, mis kanduvad emalt lootele. Mingisugust ravimist siin tarvis ei ole ja mõne päeva pärast need verekad eritised lakkavad.

Märksa sagedamini (80—90%-l vastsündinuist) täheldatakse piimanäärmete tursumist, milledele litsumisel eritub ternespiima meenutavat vedelikku. Mitte mingil juhul ei tohi vajutada paistetanud näärmeid ternespiima väljalitsumiseks, et mitte traumatiseerida näärme kude ja sisse viia infektsiooni. Harilikult lakkab sekretsioon ilma igasuguse ravita.

Väga hoolikalt peab vastsündinut kaitsma infektsiooni, peaasjalikult gonokokilise eest. Nakatumine toimub kõige sagedamini emadelt ja last hooldavatelt isikutelt, siis käsnade, pesu ja ühisvoodi kasutamise kaudu, kui laps magab koos täisealistega, või infektsioon kandub üle gonorröahaigetelt nende halvasti pestud käte kaudu. Vastsündinu suguelundite nakatumist juhtub väga harva sünnitusteede läbimisel sel viisil, nagu seda näeme silmade nakatumisel.

Õnneks piirdub infektsioon ainult välissuguelunditega ega levi ülalpool asetsevaile elundeile (emakas, munajuhad, kõhukelme). Kuigi infektsioon piirdub tupe-esikuga, võib see siiski põhjustada tõsiseid tagajärgi.

Haavandunud häbememokkade pinnad ja tupe seinad kasvavad mõnikord põletikulise protsessi toimel kokku, millest tuleneb tupe sissekäigu kitsenemine, mõnel juhul aga selle täielik kinnikasvamine. Esmalt ei avaldu see milleski, kuid suguküpsuse saabudes põhjustab terve rea funktsionaalseid häireid, menstruatsioonivere kogunemist tuppe, suguelu võimatust jne.

Kui ema põeb gonorröad, siis võib soovitada kohe pärast sünnitust profülaktiliselt valada lapsele häbememokkade vahele 5%-list protargoolilahust. On aga nakatus juba tekkinud, siis pestakse välissuguelundeid mitu korda päevas nõrga (1 : 1000) *kalium hypermanganicum*'i lahusega.

Kõigest öeldust järeldub: et vältida lapse nakatumist gonorröasse, selleks on vajalik jälgida, et l a s t h o o l d a v a t e i s i k u t e k ä e d o l e k s i d p i i n l i k u l t p u h t a d; laps peab omama e r a l d i p e s u ja o m a e t t e v o o d i t.

Meie maaoludes tuleb pöörata erilist tähelepanu lubamatule olukorrale, kus lapsed magavad koos täisealistega samas voodis, sest see ebahügieeniline komme on veel laialt levinud. Meditsiiniline personaal peab kõikjal selgitama neid ohtusid, mis võivad olla selle halva kombe tagajärjeks.

Lapse edasise kasvamise ja arenemise ajal on vajalik hoolitseda õige toitumise eest, eriti rõhutades rinnaga toitmise vajadust rahhiidi tekkimise vältimiseks. Rahhiit jätab parandamatuid jälgi kogu luustikule üldse, eriti aga naise vaagnale. Korrapärane rinnaga toitmine, vitamiinirikka lisatoidu andmine aedvilja näol alates kuuendast kuust, küllaldane viibimine värskes õhus, peamiselt päikese käes, kehalised harjutused, kerge, liigutusi mittetakistav riietus, sagedane pesuvahetus — kõik need asjaolud tagavad lapse õiget arenemist.

Areneb aga lapsel kõikide tervishoiunõuete täitmisest hoolimata rahhiit, siis tuleb rakendada vastavaid abinõusid selleks, et see haigus ei jätaks naisele kahjulikke jälgi.

Last ei tohi sundida vara käima, et mitte koormata vaagnaluid. Rahhiitilisi lapsi ei tohi vara istuma panna, käel kandmisel aga tuleb neid hoida kord paremal, kord vasakul käel vaagna ebaõige arenemise vältimiseks.

Tütarlapse edaspidisel arenemisel kooliea alates tuleb hoolitseda õige toitumise, keha hooldamise ja füüsilise arendamise eest. Viibimine värskes õhus, võimlemine rütmiliste liigutuste näol, liikuvad mängud, jalutuskäigud, mitteväsitavad ekskursioonid — kõik see soodustab lihaste tugevdamist, söögiisu tõusu, kopsude head ventileerumist ja korrapärast vereringlust. Tuleb meeles pidada, et kehakultuur toob alaealisele tütarlapsele ainult siis kasu, kui harjutused ja üks või teine spordiliik on kooskõlastatud kasvava organismi jõudlusega. Lihastelt suurt jõukulu nõudvad harjutused ei ole kasulikud.

Naise tervishoiu lähtekohast on lubamatu raske füüsiline töö. NSV Liidus keelab seadus raske füüsilise töö tegemise alaealistele ja sellega kaitseb naise tervist.

Alaealiste töö on rangelt kaitstud vabrikuis, tehastes ja muudes ettevõtetes. Põllumajanduse kollektiviseerimise ja laialt arenenud lastesõimede ning sünnitusasutiste võrgu tõttu oli võimalik kõrvaldada külas esinenud alaealiste töökaitse nõuete rikkumisi. Nagu teada, rakendati mitte just ammu individuaalmajapidamise tingimustes maal laialt ning järjekindlalt 12—14-aastasi tüdrukuid koos täisealistega põllutöödele, mis nõudsid lihastelt suurt jõudu ja pingutust. Peale selle võis igapäevases elus sageli kohata 6—7-aastast tüdrukut, kes hoidis oma aastasi vendi ja õdesid, kandes neid kätel, mis põhjustas tema vaagna koormamist ja selle ebaõiget arenemist, eriti veel rahhiidile kalduvuse korral. Kõhusisese surve liigne suurenemine põhjustas pärastpoole tervet rida haigestusi ja vältimatult ka emaka nihkumist ning väärasendit. Seetõttu kannatas mitte ainult tütarlaste üldine füüsiline arenemine, vaid ka nende suguelundite arenemine ja talitlus.

Alaealise ja täisealise naise tervishoid.

Üldtervishoiuline režiim.

Naise tervishoiu-režiim peab seisma kõigepealt töö ja küllaldase puhkuse õiges vahelduses. See on eriti tähtis meie tingimustes, kus ei ole peaaegu ühtegi tööharu, millest ei võtaks osa ka naine. Meie ees kerkivad uued ülesanded, mis nõuavad, et õpiksime tundma mitmesuguste elukutsete mõju naise organismile ja kõrvaldaksime põhjused, mis mitmesugustes tööharudes võivad mõjustada ebasoodsalt naise suguelundite funktsiooni.

Sellest selgubki, mispärast käesoleval ajal küsimus soodsate töö- ja elukondlike tingimuste loomiseks, mis garanteerib naisele õiguse osa võtta tootvast ühiskondlikust ja poliitilisest elust, omab väga suurt tähtsust ja on meie Liidus tagatud riiklike abinõudega naise töökaitse alal. Mitte juhuslikult ei kerkinud esile naise füüsiline arendamine, millele praegu pühendatakse nii suurt tähelepanu. Hüüdlause „välja lämmatavaist tubadest värske õhu ja päikese kätte!" teostus kiiresti elus ja nüüd me näeme naist aktiivse osavõtjana kõigist spordiharudest.

Tuleb valida selliseid spordiliike, mis vastaksid naise füüsilisele jõule ega põhjustaks liiga suurt pingutust või üleväsimust.

Ekskursioonid, vabad kehalised harjutused koos õhukümblustega, liikuvad mängud, mitteväsitav sõit jalgrattal, tennis, basketball, suusatamine, uisutamine, saanisõit, mõõdukas aerutamine — need on spordiharud, mis parajal harrastamisel soodustavad naise arenemist. Spordiga tegelevad naised saavad hea karastuse, neis areneb vastupidavus, julgus ja püsivus; nad on alati elavad, lõbusad ja elurõõmsad. Kuid tuleb meeles pidada, et iga liialdus sportimisel mõjustab naist vastassuunas, tekitades temas üleväsimust, loidust, nõrka vastupanu ja kiiret väsimist.

Just siinkohal on vaja käsitleda naha hooldamist. Et naha õigel funktsioonil on väga suur tähtsus, järeldub sellest, et ta mitte ainult ei kaitse meie keha väliste vigastuste eest, vaid teostab organismi soojuseregulatsiooni, samuti ka gaasivahetust vere ja õhu vahel tänu tiheda kapillaaride võrgu olemasolule; peale selle on nahk veel kompimiselundiks.

Oma funktsioonide normaalseks teostamiseks peab nahk olema tugev, tihe, pehme ja õrn. Peale selle peab ta olema elastne, kohandatud lihaste liikumisele. Tähtsat osa etendab rasu- ja higinäärmete õige funktsioneerimine, sest näärmeist eritatav rasv annab nahale elastsust ning läiget ja kaitseb teda veel väliskeskkonna kahjulike mõjustuste vastu. Higinäärmed reguleerivad soojusevahetuse protsesse.

Nahk suudab ainult siis teostada kõiki ülalloetletud funktsioone, kui teda vastavalt hooldada, mis kõigepealt seisab igasuguse saastumise kõrvaldamises. Nahapinnale kogunenud nahaeritised rasu- ja higinäärmeist segunevad ümbritseva keskkonna tolmuga, sageli ummistavad näärmete viimajuhad ja seetõttu nõuavad sagedat ning küllaldast puhastamist. Et nahaeritised on rasvased, siis on nende eemaldamiseks kõige parem kasutada kuuma vett, milleks on vajalik võtta täiskümblusi.

K u u m vesi soodustab naha veresoonte laienemist ja vere juurdevoolu süvadest osadest. Pärast kuuma kümblust on soovitatav j a h e vihmand laienenud naha-veresoonte ahendamiseks. Kuuma kümblust või kogu keha pesemist sooja vee ja seebiga tuleb teha mitte vähem kui 6—8 korda kuus, vaheaegadel aga hõõruda kogu keha külma veega, mis hästi mõjustab organismi. Külm vesi soodustab vere ringlemise ja hingamise elavnemist, mõjustab tugevdavalt närvisüsteemi ja karastab kogu organismi.

Külmi ülehõõrumisi on vaja teha hommikuti kohe pärast ärkamist, veel parem aga pärast võimlemist, sest siis on nahk ohtralt varustatud tema kapillaarides oleva verega. Veri soodustab kasulikku ainevahetust organismis, kui ta naha veresoontest külma lühiajalise mõjustuse tõttu välja tõrjutakse. Suvel asendavad külmad ülehõõrumised edukalt suplemist jões või meres koos päikesekümblusega. Kohe pärast söömist ei tohi teha külmi ülehõõrumisi või

supelda, vaid alles 2—3 tundi pärast viimast söögiaega. Ei ole hea pesta end sooja veega, sest see ei põhjusta vajalikku nahaärritust ja soodustab loidust ning väsimust.

Kudede ülesehituseks, nende kao katteks ja organismi mitmesuguste funktsioonide säilitamiseks vajalik toit peab koosnema hästi omastatavaist toitaineist, mille koostisse kuuluvad kindlas vahekorras järgmised elemendid: vesi, soolad, valgud, süsivesikud ja rasvad.

Peale loetletud algainete peab organism saama veel vitamiine, mis ei võta otseselt osa organismi kudede ja mahlade moodustamisest, kuid etendavad eriliste bioloogiliste ärritite osa. Nende puudumine toidus tekitab mitmesuguseid ainevahetushäireid, põhjustades spetsiifilisi haigestusi (rahhiit, skorbuut, beribeeri jt.). Inimese ja looma organism ammutab vitamiine taimedest.

Järelikult normaalne toit peab koosnema kõigist ülalmainitud aineist teatud vahekorras segatuna. Tuleb vältida igasuguseid vürtse ja teravaid, ärritavaid aineid, sest need põhjustavad mao-soolte trakti ärritust ja vaagnaelundite hüpereemiat. Eriti eitavalt peab suhtuma iga liiki alkoholsetesse jookidesse. Vääratused toitumises tekitavad soolestiku, peamiselt jämesoole funktsioonirikkeid.

Kõige sagedamini tuleb võidelda kõhukinnisusega. Ebaregulaarne toitumine (mitte samadel kellaaegadel), istuv eluviis ja kehaliste liigutuste vähesus soodustavad kõhukinnisuse arenemist. Tihtilugu algab kõhukinnisus lapse-eas, eriti aga koolieas, kui tüdrukud veedavad mitmeid tunde koolis ja sageli ei tühjenda õigeaegselt soolestikku (kiirustavad koolieminekul, häbenevad klassist lahkuda).

Kõhukinnisus soodustab paishüpereemia arenemist vaagnaelundite veenides, mis võib mõjustada menstruaalset funktsiooni (korrapäratu kuupuhastus, düsmenorröa) ja põhjustada emaka väärasendit, sest roojamassidega täitunud pärasool surub emakakaela ettepoole, kuna emaka-

keha kangiseaduse alusel kaldub tahapoole. Täitunud ja mitteõigeaegselt tühjendatud kusepõis põhjustab samuti emaka nihkumist tahapoole.

Kui emaka selline kaldumine kordub sageli pikema aja kestel, siis venoosse vere äravool laisidemete kaudu raskeneb emakas kulgevate veenide niverdumise ja kokkulitsumise tõttu. Seepärast tekib emaka lihasseinas samuti paishüpereemia ja emaka sein kaotab oma elastsuse. Kõhusisese rõhu igasugune tõus samuti ainult soodustab emaka asendi säilitamist retrofleksioonis. Esmalt tekivad teatud anatoomilised muutused emakakoes, mis varem või hiljem avaldub teatavate valulike sümptoomide ilmnemises: valud ristluu- ja nimmepiirkonnas, menstruatsioonihäired jms.

Peale selle soodustab kõhukinnisus haigestumist apenditsiiti ja proktiiti, mis omakorda lähedase naabruse tõttu võib soodustada infektsiooni levimist emakamanustele ja vaagna kõhukelmele. Kõhukinnisus võib lõpuks põhjustada üldise kehvveresuse arenemist kuni aneemia raskete astmeteni alatise intoksikatsiooni tõttu soolestikust ja ainevahetuse langusest.

Võitluses kõhukinnisusega kuulub esikoht toitlusrežiimile (söömine kindlal, rangelt määratud kellaajal ja regulaarne soolestiku tühjendamine). Soolestiku regulaarset talitlust soodustavad tunduvalt kehalised harjutused, mängud, sport, jalutuskäigud, aed- ja juurvilja (eriti toore porgandi) ning musta leiva tarvitamine toiduks, valku sisaldavate toiduainete vähendamine, mineraalveed (boržom, essentuki nr. 20).

Mis puutub riietusse, siis see peab olema kerge ja ei tohi takistada liigutusi ega suruda keha üksikuile osadele. Parimaks rõivaks on lahe kleit. Naise igapäevasest elust tuleb kõrvaldada korsetid ja kitsad vööd, mis põhjustavad kõhu seesmiste elundite kokkusurumist, kõhusisese

rõhu suurenemist, kõhulihaste atroofiat (kestval kandmisel) ja soolestiku loidust, mille tagajärjeks on samuti kõhukinnisus. Kahjulikud on ka pingul ümarikud sukapaelad, mis soodustavad venoosset paisu alumistes jäsemetes.

On soovitatav kanda kinnisi pükse, et kaitsta suguelundeid tolmu ja külmal aastaajal jahenemise eest. Rinnahoidjate kandmine on samuti soovitatav, sest rindade kõrgem asend soodustab neis paremat vereringlust. Pesu tuleb vahetada sagedasti (iga 3—4 päeva järel), eriti suvel. Jalatsid peavad olema avarad, laia ninaga ja madala kontsaga. Suvel on otstarbekam kanda presendist jalatseid või nahast sandaale. Välissuguelundite hooldamine peab seisma nende igapäevases pesemises sooja vee ning seebiga ja pärakupiirkonna pesemises. Tupeloputused, mida mõned naised teevad „hügieenilise" eesmärgiga, ei ole soovitatavad, sest need soodustavad infektsiooni sisseviimist tuppe, peale selle aga vähendavad tupe loomulikku kaitsevõimet. Tuleb alati meeles pidada, et loputused on raviabinõu, mida määrab eriteadlane ühtede või teiste näidustuste põhjal.

Menstruaalse perioodi tervishoid.

Mõnikord tekib naisel menstruatsiooni ajal füüsilisest, eriti aga vaimsest tööst kiire väsimus, täheldatakse meeleolu kiiret vaheldust, algatusvõime langust, halba enesetunnet jms.

Peale selle on teada, et menstruatsiooni ajal on suguelundid eriti vastuvõtlikud infektsiooni suhtes; vaibunud infektsioossed protsessid menstruatsiooni ajal sageli ägenevad. Mõnikord täheldatakse ka üldisi häireid, näiteks nahalööbeid (*acne*), soolestiku tegevuse häireid jne. Kõigest öeldust järeldub, et naise organism on menstruatsiooni ajal eriti tundlik ja et naine peab end kuupuhastuse perioodil eriti säästma.

Füüsiliselt nõrgalt arenenud naistel võib suguelundite funktsiooni ebasoodsalt mõjustada kuupuhastuse-aegne süstemaatiline töö (töötamine jalgtreipinkidel, jalaga õmblusmasinail), mis põhjustab vere kuhjumist vaagnaelundeisse.

Meditsiiniline personaal peab võtma arvesse kaebusi roidumuse ja halva enesetunde üle menstruatsiooni ajal. Tervishoiureeglite lubamatuks rikkumiseks on jalgratta- ja ratsasõit kuupuhastuse ajal, samuti tantsimine, osavõtt väsitavaist mängudest jne.

Samuti tuleb keelata kuupuhastuse ajal tegelemine kehaliste harjutustega ja külmade kümblustega, mis suurel määral mõjustavad vereringlust. Mitteväsitavaid jalutuskäike võib aga soovitada vereringluse ja ainevahetuse parendamiseks, eriti kõhukinnisuse all kannatavaile isikuile. Komme veeta esimesed menstruatsioonipäevad voodis on ilmselt liigne ja koguni kahjulik, mõistagi, kui selleks ei ole mingisuguseid erilisi näidustusi. Kuupuhastuse ajal ei tohi katkeda keha üldine hooldamine, välja arvatud kuumad kümblused, mida võib jälle teha siis, kui kuupuhastus on täielikult lakanud.

Suguelundite hooldamine seisab nende pesemises kaks-kolm korda päevas sooja vee ja seebiga, et kõrvaldada karvade ja naha külge jäänud verd, vältides viimase lagunemist. Igasugused loputused on tingimata keelatud.

Suguelundite kaitseks ja menstruaalse vere kõrvaldamiseks on kõige parem tarvitada marlipadjakesi või marlisse keeratud ligniini või vatti. Selliseid padjakesi kantakse T-taoliste sidemetena; padjakesi peab mitu korda päevas vahetama ja pärast tarvitamist tuleb need ära põletada. Kui ei ole võimalik tarvitada marlipadjakesi, siis võib neid asendada flanellist padjakestega, mis pärast põhjalikku pesemist ja keetmist on jällegi tarvitamiskõlblikud.

Ihupesu tuleb menstruatsiooni ajal sagedamini vahetada. On tungivalt soovitatav kanda kinnisi pükse.

Viimane küsimus, millele tuleb tõsist tähelepanu pöörata, on suguühte kahjulikkus menstruatsiooni ajal.

Menstruatsiooni ajal võivad suguühted põhjustada infektsiooni sisseviimist suguosadesse. Nakkusetekitajad leiavad sealt soodsat toitematerjali (veri) ja edaspidi võivad kanduda emakaõõne haavandunud pinnale, soodustades põletikuliste protsesside arenemist. Ülaltoodud põhjustel ei ole kuupuhastuse ajal samuti soovitatav suguühtel tekkiv vaagnaelundite hüpereemia.

Suguelu tervishoid.

Normaalse suguelu füsioloogia on seotud sisesekretsiooninäärmete funktsiooniga ja sõltub tervest reast organismi konstitutsionaalseist iseärasustest ja neuro-psüühilise aparaadi funktsioonist (tingrefleksid), kuid ka ühtedest või teistest sotsiaalsetest ja elukondlikest faktoritest.

Suguküpseks saanud naisel on normaalne, loomulik suguline iharus (*libido*) teise sugupoole suhtes.

Üldiselt leiab see suguline iharus lahenduse abielus, mille eesmärgiks normaalseis oludes mõistagi ei ole niivõrd suguelu kui selline, vaid perekonna organiseerimine. Püsiv abielu on suguelu parimaks reguleerijaks ja abielupooltele kindlaimaks tagatiseks raskete suguhaiguste vältimisel. Vastupidi — suguühted väljaspool abielu (juhuslikud) varjavad aga endas suure hädaohu võimalust nii naisele kui ka mehele: saada nakatatud suguhaigustest. Kuid ka abielu tingimustes võib suguelu põhjustada konflikte abikaasade vahel. Halvad elukondlikud tingimused, mis mõjustavad ebasoodsalt närvisüsteemi, võivad eriti soodustada sugukihu langust ja suguaparaadi funktsionaalsete häirete tekkimist.

Tihti pöördutakse arsti ja keskharidusega meditsiinilise personaali poole küsimusega suguühte normaalse sageduse kohta. Täpselt on sellele küsimusele võimatu vastata, sest see on seotud rea tingimustega (suguline vajadus, suguvõime, organismi üldine seisund jm.). Igal juhul ei tohi normaalselt pärast suguühteid tekkida kestvat väsimust ja roidumustunnet; vastasel juhul tuleb neid piirata.

Suurt tähelepanu väärib esimese suguühte küsimus abielus.

Pärast esimest suguühet (defloratsiooni) koos neitsinaha vigastusega võivad tekkida tupe-esiku limanaha ja kusiti ava läheduses rebendid. Samades kohtades tekivad mõnikord väikesed verevalumid limanaha traumatiseerimisest. Kui selliseil rebendeil ja marrastustel ei võimaldata armistuda, siis nad võivad põhjustada haavandumisi ja põletikulisi protsesse. Viimaste põhjustajaiks on sisseviidud mädatekitajad kokid ja sooltekepike. Arvestades kirjeldatud asjaolusid peab soovitama, et esimene suguühe toimetataks ettevaatlikult ja et pärast seda naine hoiduks suguühtest mõnede päevade kestel.

Suguelundite hooldamine seisab nende ettevaatlikus pesemises sooja veega ilma hõõrumiseta ja tugeva kuivatamiseta. Igasugused loputused pärast sugulist läbikäimist on ebatervishoiulised, sest need kahandavad tupe kaitsejõudu.

Klimakteerilise perioodi tervishoid.

Pärast 40.—45. eluaastat algab naisel suguaparaadi kui ka üldiselt kogu organismi järkjärguline närtsimine. Selles perioodis täheldatakse naisel mitmeid subjektiivseid ja objektiivseid nähte, nagu ainevahetushäireid, närvi- ja vereringeaparaadi kõrgenenud erutumust, muutusi psüühikas, lihaste lodevust ning lõtvust ja paljusid muid nähte, mis olenevad sugunäärmete funktsiooni lakkamisest ja mida nimetatakse väljalangemisnähtudeks.

Klimakteerilises perioodis soovivad paljud naised kehalist rahu, mis omakorda koos muude põhjustega tekitab rasvumist. Sel ajajärgul harrastavad mõned naised istuvat eluviisi, mis soodustab ainevahetuse langust, kroonilise kõhukinnisuse arenemist ja organismi üldist nõrgenemist. Kõiki ülalmainitud nähte võib edukalt ennetada vastava kerge dieedi määramisega (peamiselt taimtoidud) ja mõõdukate kehaliste harjutustega (jalutuskäigud, kerge töö, võimlemine, keha massaaž).

Vastav dieet ja liikumine on veel vajalikud seetõttu, et neis aastais kannatavad naised higistamise ja äkiliste verevoolude all pähe. Sellistel juhtudel on mõnikord kasulikud külmad ülehõõrumised, vihmandid, istevannid ja kerged lahtistid, mis juhivad verd soolestikku. Närvisüsteemi erutumuse ja ärritatavuse vähendamiseks peab naisele võimaldatama rahu.

Toitlustusrežiim etendab samuti tähtsat osa. Toit ei tohi olla rohke, lihatoidu tarvitamist tuleb piirata; alkohol ja vürtsid tuleb tingimata kõrvaldada kui närvisüsteemi teravalt erutavad ained. Kui soolestiku tegevust ei ole võimalik reguleerida vastava dieedi määramisega, siis tuleb teha klistiiri ja katsetada mineraalvete tarvitamisega ning ainult äärmisel juhul määratakse kergeid lahtisteid

Klimakteerium tekitab ka suguelundeis mõningaid ebameeldivaid nähte: tupe kuivust ja kihelemist, eritiste rohkenemist ja põletustunnet välissuguosadel. Mõnikord tekivad kolpiidid, mis nõuavad paiklikku ravi mitteärritavate loputuste näol kummeli- või füsioloogilise lahusega. Väljalangemisnähtude leevendamiseks kasutatakse mõnikord edukalt organoterapeutilisi preparaate (ovariini, ovarikriini, luteovaari), et asendada sugunäärmete väljalangenud funktsiooni.

Kunagi ei tohi unustada, et klimakteerilises perioodis peitub p a h a l o o m u l i s t e k a s v a j a t e arenemise suur oht nii suguelundeis kui ka piimanäärmeis.

Igasugused tavalistest kuupuhastustest kõrvalekalduvad verejooksud selles perioodis nõuavad kõige tõsisemat tähelepanu ja põhjalikku uurimist eriteadlase poolt nende põhjuste määratlemiseks, eriti kui ilmnevad verekad eritised pärast kestvaid vaheaegu või sugulist läbikäimist. Samuti peavad naist sundima arsti poole pöörduma ka valgevooluse suurenemine, eriti kui see on verd sisaldava lihaleeme taoline, üldine kõhnumine, kehakaalu kaotus ja tihkenemised piimanäärmeis. Naisi peab veenma, et nad klimakteerilises perioodis näitaksid end arstile iga 3—4 kuu järel, et mitte tähele panemata jätta mõnesuguseid neile seni märkamatuid algava vähktõve sümptoome.

AINEREGISTER.

A

Abort, kriminaalne 154, 223
— munajuha 229
Adrenaliin 271
Amenorröa 96
— nälgus- 97
Anamnees 5
Anesteesia, paiklik 320
— sakraalne 320
— seljaaju 319
Anus vestibularis 70
Antiviirused 261
Antitoksiinid 264
Asend, haige 23
— küljeli- 24
— põlve-rinna- 25
— põlve-küünarnuki- 24
— tuhara-selja- 23
— Trendelenburg'i 25
Asfüksia 317
Aspermia 166
Astsiit 30, 33, 182
Azoospermia 165
Atresia ani 70
Auskultatsioon 35
Autohemoteraapia 263

B

Bakteriolüsiinid 264
Bartoliniit 122
Bier'i nõel 319
Biopsia 206
Bordet-Gengou reaktsioon 129
Brown'i süstel 252

C

Colpitis 143
Credé meetod 136

D

Defekatsioonihäired 83
Dermoidid 184
Diatermia 276
Dreenid 344
Döderlein'i kepike 112
Düsmenorröa 107

E

Eeter 314
Ektroopion 39, 215, 248
Ekstsisioon, proovi 55, 206
Elektroodid, nende ettevalmistamine 275, 276, 278, 279
Elektroteraapia 271
Emaka allavajumine 79
— arenemisvead 59
— asendi anomaaliad 58, 71
— — muutused 73
— asetus 40, 72
— fibromüoomid 188
— järelevaatuse metoodika 37

Emakakeha vähk 196, 203
Emakakeha vähk 196, 203
Emaka kallakused 75
— kasvajad 188
— kõrvaldamine 338
— küübestumine 86
— painded 77
— perforatsioon 223
— pitsumine väljalangemisel 85
— proovi kaapimine 54
— septiline põletik 144
— sondeerimine 52
— tamponeerimine 249
— tuberkuloos 157, 158
— verejooksud 95, 104, 115, 190
— -vähi diagnostika 201, 203
— -vähk 196
— väljakaapimine 346
— väljalangemine 79
— väändumine 85
— väärarendid 64
— väärasendid 73
— väärasendite profülaktika 93
— — ravi 88
— — sümptoomid 82
— -õõne määrimine 251
Emakas, kahekordne 67
— kahesarveline-kaheõõneline 67
— kaheõõneline 68
— sadulataoline 68
— ühesarveline 65
Emboolia 150
Emfüseem, nahaalune 33
Endometriit, gonorröaline 130
Endotservitsiit 127
Eritiste külvamine 57
— uurimine 56
Erosioonid 39, 127, 247
Erosioonide söövitamine 247

F

Fåhraeus'e reaktsioon 57
Fibromüoomid 188
Fibromüoomide mõju rasedusele 195
— pahaloomuline muudend 194
— ravi 195
— verejooksud 190
Fibroom, munasarja 183

G

Gonokokk 115
Gonorröa 115
— laste 135
— — profülaktika 135, 137
— nakatumisviisid 118
— täisealiste, profülaktika 138
— varjatud 119
— vastsündinute 136
— äge 120
— ülenev 120, 128
Günekoloogia mõiste 3

H

Haige asend järelevaatusel 23
— ettevalmistus järelevaatuseks 26
— — tupeoperatsiooniks 310
Haigete põetamine 237
— toitlustamine operatsioonijärgsel perioodil 325
Haigestused, septilised 148
Hegar'i laiendajad 52
Heidik, lihane 230
Hematokolpos 62, 98
Hematomeetra 62, 98
Hematosalpinks 63, 98
Hermafroditism, tõeline 71
— eba- 71

Hingamine, kunstlik 318
Hormonoteraapia 268
Hormoonid 268
Hüdrosalpinks 131, 175
Hüdroteraapia 285
Hüpooligomenorröa 96
Hüsterofoor 91

I

Imenduvad vahendid 239
Infantilism 60
Infektsioon, eksogeenne 141
— endogeenne 141
Instrumentaarium, günekoloogiline 299
Ionoteraapia 272

J

Jalahoidja 20
Janet' meetod 125
Järelekatsumine, kahekäeline 37, 205
— emakamanuste 42
— kombineeritud 42
— rektaalne 43, 205
— rektaal-vaginaalne 43
— seesmine 37
— tupe-kõhuseina kaudu 40, 41
Järelevaatus instrumentide abil 45
— objektiivne 18
— peeglite abil 45, 205
— sund- 139
— väline 23, 29
Jää tarvitamine 239

K

Kaapimine, proovi 54
Kaebused, haige 8
Kasvaja, emakatagune veri- 230
Kasvajad 170
— embrüonaalkude- 184
— epiteelkude- 180
— granuloosirakulised 183
— healoomulised 177
— pahaloomulised 177
— sidekude- 183
Kasvajate väändumine 233
Kateeter 27, 28
Kateetrimine 27
Keele tahalangemine 316
Klimakteeriline periood 359
Klimakteerilise perioodi verejooksud 293, 361
Klistiir, ravi- 254
Klooretüül 313
Kloroform 313
Kolposkoop 50, 207
Kolpotoomia 343, 344
Komplus 31
Kondüloomid, teravad 125
Konjunktiviit, gonorröaline 136
Konksud 301
Koputlus 34
Korntangid 50, 300
Kuulatlus, kõhu 35
Kuulpihid 50, 302
Kusemishäired 83, 176, 202, 328
Kusepeetus 328
Kusepidamatus 11, 84, 202
Kusepõie funktsioonihäired 11
— song 81
Kusitist äigepreparaadi võtmine 56
Kvartslamp 281
Kõhu komplemine 31
— koputlus 34
— kuju 29
— kuulatlus 35

Kõhulõikus, kõhuseinakaudne 332
— tupekaudne 342
Kõhu mõõtmine 36
— puhitus 330
— vaatlus 29
Käte ettevalmistus järelevaatuseks 26
Külma rakendamine 239
Kümblused, elektrivalgus- 281
— päikese- 280
Kümblusravi 286

L

Laboratoorsed uurimismeetodid 55, 206
Lahkliha rebendid 80
Laigud, gonorröa 121, 122
Lamatised 332
Laste gonorröa profülaktika 135, 137
Loputused 241
— antiseptilised 243
— kuumad 243
— leelisesed 243
— parkivad 243

M

Maatuss 163
Macula gonorrhoica 122
Maler'i tunnus 149
Mammiin 269
Manuste gonorröaline põletik 130
— septiline — 144
— tuberkuloos 157
Massaaž, südame 319
Meetod gonorröa provokatsiooniks 129
Menorraagia 82, 101
Menstruaalse perioodi tervishoid 356
Menstruatsioonihäired 58, 95
Menstruatsiooni iseloom 14
Menstruatsiooni täielik puudumine 96
Meteorism 31, 330
Metroendometriit, gonorröaline 130
Metrorraagia 104
Mikulitš'i tampoon 341
Minin'i reflektor 281
Mudakümblusravi 289
Munajuhade arenguhäired 59
— läbipuhumine 168
— läbitavus 168
— rebendid 228
— röntgenograafia 169
Munasarja arenguvead 59
— kasvajad 177, 180, 182, 183, 184
— menstruaalne funktsioon 95, 176
— metastaatiline vähktõbi 182
— mädanik 186
— sarkoom 183
— tsüstid 30, 174
— tsüstoomid 180
— tuberkuloos 158
— vähk 182, 187
— väikesetsüstiline vääramine 132, 174
Museux' pihid 51, 302
Mõlemasugusus 71
Määrimine, emakasisene 251
Mürgistus kokaiiniga 321

N

Naaskelsaba-ussid 163
Narkoosimask 315
Narkoos, üldine 313
Neitsinaha kinnikasvamine 61
Nekrospermia 166
Niisutamised, püsivad 246
Nõelapihid 335, 336

O

Oksendamine 317, 323
Oligospermia 165
Operatsioonid, kõhuõõne 332
— manuste 338
— plastilised 347
— tupe 342
Operatsioonijärgne periood 321
Operatsioonilaud 298
Operatsiooniruumi seadistamine 296
Operatsioonivälja ettevalmistus 310
Opsoniinid 265
Organoteraapia 268
Otsak loputamiseks 242
Ovariin 269
Ovula Nabothi 39, 174

P

Palpatsioon 31
Parametriit 145, 147
Parasiidid 161
Parees, jäsemete 319
Peeglid, isehoidvad 301
— kõhu- 301
— lusikataolised 47, 300
— poolmetega 46
— silindrilised 45
Perforatsioon, emaka 252
Peritoniit 132
— tuberkuloosne 159
— üldine 132
Perkussioon 34, 35
Pessaarid 88
— Hodge'i 88
— Mayer'i 91
Piknus'e aparaat 245
Pintsetid 30, 305
Pituglandool 270
Pituitriin 270
Platsentiin 271
Playfair'i kepike 51
Proovi ekstsisioon 55, 206
— väljakaapimine 54, 207
Proovitorge 54, 231, 345
Proteinoteraapia 266
Punktsioon, proovi- 345
Püomeetra 62, 145
Püosalpinks 131, 145

R

Raadiumravi 295
Rajooni onkoloogide kohused 216
Rasedus 16
— emakaväline 224
— kõhuõõnes 224
— munajuhas 224
— munasarjas 224
— rudimentaarsarves 224
Ravi, operatiivne 296
— tampoonidega 249
Rectocele 82
Režiim, haigete 237
— voodi- 238
— üldtervishoiuline 352
Retseptid 251, 255, 256, 257, 258, 259
— loputusteks 244
— tampoonideks 251
Röntgenteraapia 292

S

Sadovenko mask 316
Salpingograafia 55
Sanitaarselgitustöö 214
Sarv, rudimentaarne 66
Satikad 162
Schiller'i katse 207
Schtratz'i aparaat 246
Seerum, gonokokkide 265

Seerum, mittespetsiifiline 266
— streptokokkide 265
Sepsis 148
Septilised haigestused 140
Septilise infektsiooni ravimine 151
Septiliste haigestuste profülaktika 153
Seroteraapia 264
Sigimatus 165
Sisustis järelevaatuseks 19
Skalpellid 303
Soojendava kompressi kasutamine 240
Soojenduskottide kasutamine 241
Sollukslamp 281
Sond, emaka- 53
Soolestiku ettevalmistus operatsiooniks 310
— funktsioonid 13
— tegevuse jälgimine operatsioonijärgsel perioodil 330
Sterilisaator 306
Suguelu 15, 338
Suguelundite arenemisanomaaliad 58
— hooldamine 359
— põletikulised haigestused 114
— traumaatilised vigastused 222
— tuberkuloos 155
— vähktõve diagnostika 203
— — profülaktika 214
— — prognoos 212
— — ravimine 212
Suguküpsus 14
Sulgurid, arteriaalsed 306
Sundjärelevaatus 139
Suuõõne hooldamine operatsioonijärgsel perioodil 324
Söövitamised, emakasisesed 251
Südametegevuse jälgimine operatsioonijärgsel perioodil 325
Sünnitusabi korraldamine 153
Sünnitusmajad, kolhooside 154
Süstimised, emakasisesed 251
— joodi 252
Šokk 326
— hemolüütiline 265

Z

Zondek-Aschheim'i reaktsioon 227, 271

T

Tamponaator, emaka 249
Tamponeerimine, emaka 249
Temperatuuri jälgimine operatsioonijärgsel perioodil 327
Teratoblastoomid 184
Teratoomid 184
Tervishoid, klimakteerilise perioodi 359
— menstruaalse perioodi 356
— naise 348
— suguelu 338
Toolid 19
Toru, dreeni 344
Trichomonas vaginalis 161
Tromboflebiit 149
Tsüstadenoomid, näsalised 180
— näärmelised 180
— pseudomutsinoossed 180
Tsüsti seina rebenemine 187
— sääre keerdumine 233
Tsüstid, emakakaela 173
— Graaf'i folliikuli 174
— kollaskeha 175

Tsüstid, munasarjade 174
— retentsiooni- 172
— tupe 173
Tsüstiit 329
Tsüstoskoopia 55
Tuberkuloos, kõhuõõne 159
— suguelundite 155
Tuimastamine 312
— paiklik 319
Tupe allavajumine 81
— arenemisvead 59
Tupefloora 113
Tupe kinnikasvamine 61
— kitsenemine 64
— puhtusaste 113
— põletik 143
— väljalangemine 82
— väärarendid 64
Tõstel 48, 50

U

Unetus 324
Uretriit 123
Uurised 218
— kuse-sugu- 218
— rooja- 218
Uuriste profülaktika 220

V

Vaktsiin, gonokokkide 260
Vaktsiinid 260
Vaktsinodiagnostika 262
Valgevoolus 10, 83, 112, 201, 204, 361
Valgusravi 279
Valud 9, 83, 114, 192, 202, 322, 323
Valuvaigistavad vahendid 257
Vanus, haige 7
Verdsulgevad vahendid 255
Verejooksud 115, 190, 204, 361
— seesmised 63, 228, 326
Vere siirdniristus 267
— — operatsioonijärgsel perioodil 267
— — šoki puhul 267
— uurimine günekoloogilistel haigetel 57
Vestibuliit 121
Vihmandid, tupe 244
Vikareeruv kuupuhastus 15
Vitamiinid 354
Vulviit 143
Vähk, emaka 196
— emakakaela 198, 201
— emakakaelakanali 199
— emakakeha 200, 203
— häbeme 208
— munasarja 182, 187
— tupe 210
Väliste suguelundite järelevaatus 36
Vältimatu abi 222, 234
Värvimine Gram'i järgi 116

Õ

Õmblused 307, 336

Ü

Ülehõõrumised, külmad 353
Üleneva gonorröa ravimine 133

SISUKORD.

		Lk.
Sissejuhatus.	Günekoloogia mõiste	3
I peatükk.	Günekoloogiliste haigete läbivaatuse metoodika	5
II peatükk.	Suguelundite arenemisanomaaliad. Emaka asendi anomaaliad. Menstruatsioonihäired	58
III peatükk.	Naise suguelundite põletikulised haigestused .	110
IV peatükk.	Sigimatus	165
V peatükk.	Naise suguelundite kasvajad	172
VI peatükk.	Uurised	218
VII peatükk.	Vältimatu abi günekoloogias	222
VIII peatükk.	Günekoloogiliste haigete hooldamise metoodika ja naise suguelundite haigestuste üldteraapia .	237
IX peatükk.	Naise tervishoid	348
Aineregister	. . . . .	363

Vastutav toimetaja dr. med. E. Säga.

Keeleline toimetaja M. Kindlam.

Ladumisele antud 28. IX 1948. Trükkimisele antud 24. XI 1948. Trükiarv 1500. Paber 56×79, 1/16. Trükipoognaid 23 1/4 + lisa 1/8 pg. Trükitähti trükipoognas 33.440. Arvutuspoognaid 19,1. MB-09503. Trükikoda „Tartu Kommunist", Tartu, Ülikooli 21/23. Tellimise nr. 2138.

На эстонском языке.

А. И. Серебров. Учебник гинекологии.

A-17396

TÜ RAAMATUKOGU
1 0300 00426596 5