TARTU ÜLIKOOL
1632
UNIVERSITAS TARTUENSIS

K. Gross

Güneko-loogilise läbivaatuse ja uuringu metoodika

TARTU RIIKLIK ÜLIKOOL
SÜNNITUSABI JA GÜNEKOLOOGIA KATEEDER

K. Grosa

Günekoloogilise läbivaatuse ja uuringu metoodika

TARTU 1971

S i s s e j u h a t u s .

"Günekoloogilise läbivaatuse ning uuringu metoodika" on ette nähtud TRÜ Arstiteaduskonna raviosakonna V ja stomatoloogiaosakonna IV kursuse üliõpilastele õppematerjaliks. Siin on toodud lühidalt vajalikud teadmised günekoloogia praktikumi sooritamiseks.

Käesoleva õppematerjali koostamisel on rõhku pandud erialasele terminoloogiale. Vastavalt sellele on rea patoloogiliste seisundite ja protseduuride nimetused antud eesti, vene ning ladina keeles.

Ühtlasi on püütud paralleelselt uuringu käigu kirjeldusega anda näidustused ning vajadus uuringuks.

I. HAIGE KÜSITLUS.

Günekoloogilise haige uuring algab anamnestiliste andmete kogumisega. Õige küsitlus on väga oluline diagnoosimisel.

Anamneesi koostamisel tuleb kinni pidada väljakujunenud tavast, millele vastavalt suunata vestlust haigega. On oluline, et arst oskaks läheneda haigele ning saavutaks patsiendi usalduse. Ta peab rahulikult, tähelepanelikult kuulama haiget, aeg-ajalt suunama küsimustega, aga nii, et need ei mõjustaks haige vastuseid. Günekoloogilise haige küsitlusel on vajalik ääretu delikaatsus, kuna terve rida andmeid on sellised, millest haigel on raske kõnelda nende intiimsuse tõttu.

Üldandmed. Eelkõige välja selgitada üldist iseloomu kandvad andmed, nagu seda on nimi, vanus, elukoht, elukutse, töökoht, perekonnaseis.

Haige kaebused. Vestluse algul fikseerida lühidalt haige kaebused, mis on sundinud teda pöörduma arsti poole. Nii kujuneb arstil teatav ettekujutus haigestumisest, haige üldseisundist ning sellest lähtudes on kergem suunata edaspidist küsitlust.

Küsitlemisel pöörata tähelepanu alljärgnevatele günekoloogilisi haigestumisi iseloomustavatele sümptoomidele:

a) valu, mis tavaliselt lokaliseerub allkõhus, nimme piirkonnas. Viimane võib kiirguda õlga, alajäsemeisse. Ta võib olla vaevava, terava, tugeva, hoolise, sööstulise, pideva iseloomuga;

b) tupevooluse muutused. Voolus võib olla rohkenenud, sealjuures "söövitava" iseloomuga, põhjustades välissuguelundeil kihelust, ebameeldiva lõhnaga. Vooluse värvus võib muutuda rohekaks, kollakaks, meenutades mäda, samuti võib sisaldada verd;

c) menstruatsioonihäired, mis ilmnevad erituva menstruaalvere hulga muutustes nii rohkenemise kui vähenemise suunas; kestuse muutustes nii lühenemise kui pikenemise suunas, kuuriiete vaheaja muutustes, ebakorrapärasustes. Menstruatsioon võib olla valulik;

d) muutused seksuaalelus, mis avalduvad orgasmi puudumises, suguelu valulikkuses, sugulises külmuses jne.;

e) häired naaberorganite talitluses. Põie talitluse muutused, nagu seda on uriinipidamatus, takistused urineerimisel, valulikkus urineerimisel. Defekatsioonihäired;

g) üldise iseloomuga kaebused, nagu kõhnumine, kaalus juurdevõtmine, töövõime langus, peavalu, temperatuuri tõus jne.

Elukondlikud andmed. Olles lühidalt välja selgitanud kaebused, millega on haige arsti poole pöördunud, asume elu anamneesi puutuvate andmete kogumisele. Nii on vajalik teada patsiendi arengu- ning kasvutingimusi lapseeas, puberteedieas, tütarlapseeas. Eriti tuleb silmas pidada toitlustustingimusi, korteriolusid ja aega, millal hakkas tegelema füüsilise tööga. Kahtlematult samavõrra tähtsad on elukondlikud tingimused täiskasvanuna. Tuleb jõuda selgusele töö iseloomus mitte ainult antud momendil, vaid ka varem. Günekoloogilisel haigestumisel peab patsient arstile rääkima, kas ta töötab istudes, seistes, tõstab raskusi, kas tööruumid on soojad, jahedad, külmad, rõsked, kas esineb kahjustavaid faktoreid, nagu tolm, vibratsioon, kõrge temperatuur tööruumides jm., kas esineb kahjustavate ainetega kokkupuutumist. On vajalik välja selgitada, millisel määral patsient tegeleb või on tegelnud kehakultuuri ning spordiga. Ei ole üleliigne teada ka tootmisvõimlemisest osavõttu.

Menstruaalfunktsioon. Tuleb ära märkida menarche, see tähendab esimeste kuuriiete saabumise aeg (tähistame tähega M). On vajalik välja selgitada, kas kuuriided hakkasid kohe korralikult ilmuma või olid algul korrapäratud. Edasi märgime kuuriiete kestuse päevades. Kuuriiete sageduse suhtes tuleb haiget täpselt küsitleda. Sageli arvestavad patsiendid menstruatsiooni vaheajaks ainult neid päevi, mil nad ei menstrueeri. Seega on haigelt õigem küsida kuuriiete sagedust, mitte aga viimaste vaheaja pikkust. Ühtlasi on vajalik teada, kas menstruatsioon kulgeb valudega või valudeta. Valude puhul selgitada nende iseloom. Kas erituva vere hulk on rohke, keskmine või vähene. Rohkuse üle otsustame ööpäevas kasutatud sidemete hulga järgi.

Eespool toodud küsimustele saadud vastused, menstruatsiooni tüübi märgime haiguslukku järgneva näite kohaselt:

M 14. a. $\frac{3-4}{28-29}$ päeva, valudeta, keskmised.

Täpsustada viimaste kuuriiete aeg ning kulg. Kas menstruatsioon algas oodatud ajal. Küsitluse ajal peab jõudma selgusele, kas on toimunud mingisuguseid muutusi kuuriiete kulus ning millist iseloomu need kannavad (erituva vere hulga, kestuse muutused, korrapäratused ilmumise ajas, kuuriiete peetus). Oluline on selgitada kas kuuriiete vaheajal on esinenud vereeritust tupe kaudu.

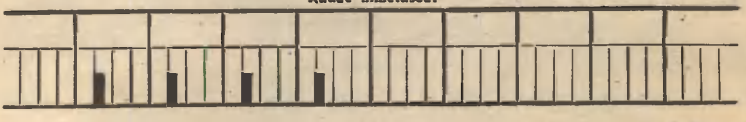
Kõigi haigete kohta, kel esinevad menses (sõnal "menses" on ainult mitmus) täita menogramm (joon. 1):

MENOGRAMM

Lisaleht haigusloo nr. _____ juurde. Leht nr. _____

Haige perekonna-, ees- ja isanimi: _____

Kuude nimetused:



Joon. 1. Normaalselt kulgeva menstruatsiooni (tüüp $\frac{3-4}{26-28}$ päeva, vereeritus keskmine) menogramm.

Siia märgime graafiliselt viimastel kuudel esinenud kuuriiete aja, nende kestuse ning erituva vere rohkuse. Menogrammil on iga kuu jaotatud tulpade abil neljaks nädalaks. Märkides kuuriideid tuleb silmas pidada, et tulba laius on 7 - 8 päeva. Tulba kõrguse suunas tähistame erituva vere rohkuse. Alumise neljandiku täidame väheste, poole keskmiste, kolm neljandikku rohkete kuuriiete ja kogu tulba emakaverejooksu korral.

Juhul kui naisel on menstruatsioon lakanud seoses eaga, tuleb selgitada menopausi algus ning kulg üleminekuaastatel: kuuriiete ebakorrapärasused, kuumad hood, higistamine, kõrgenenud erutatavus. Kas on esinenud menopausis emakaverejookse, vereeritust tupest.

Seksuaalelu. Siia kuuluvad suguelu algus, abiellumise aeg, kas abielu on esimene või mitmes. Samuti on vajalik teada kõrvalekalded normist (valulik suguühe, orgasmi muutused, suguline külmus jne.). On vaja selgitada, kas patsient väldib rasedust, millise meetodiga. Intiimelu puudutavatele küsimustele on haigel kahtlemata ebamugav vastata. Kui arst tajub, et tal puudub haigega vajalik kontakt, kuid nende küsimuste selgitamine aitaks läheneda haigestumise olemusele, on õige need jätta järgmiste vestluste ajaks. Mõne päeva jooksul kujuneb haigega usalduslikum vahekord ning siis selgitame meile vajalikud andmed.

Rasedused. Kronoloogilises järjestuses märgime, mis aastatel olid rasedused. Sünnitusega lõppenud raseduste puhul tuleb täiendavalt lisada, kas sünnitus oli ajaline või enneaegne, sünnitusele kaasunud komplikatsioonid, lapse sünnikaal, pikkus, kas laps on elus, kuidas ta areneb nii vaimselt kui füüsiliselt. Juhul kui laps on surnud, märkida, millises vanuses, ning surma põhjus. Abortide korral tuleb lisada mitmendas raseduskuus see toimus, kas oli iseeneslik või tehislik, legaalne või kriminaalne, tehtud omal soovil või meditsiinilistel näidustustel. Viimasel puhul on vaja märkida, milline haigus oli raseduse katkestamise

põhjuseks. Iseeneslikult katkenud raseduse korral küsitleda haiget, tema arvamust katkemise põhjuse suhtes. On vajalik teada, kas raseduse katkemisele või katkestamisele kaasusid tüsistused ning millised (verejooks, põletikud, reabrasioon, temperatuuri tõus).

Perekonna anamnees. Tuua selgust vanemate, õdede, vendade, abikaasa, laste tervislikus seisundis. Milliseid haigusi on esinenud perekonnas, pärilik koormus. Kas esineb perekonnaliikmeil, omastel kasvajaid, tuberkuloosi, vaimuhaigusi, suguhaigusi, väärarenguid.

Varem põetud üldised haigestumised. Siia kuuluvad kõik haigestumised, välja arvatud günekoloogilised, alates lapseeast. Mis haigus, selle kulg, ravi, millises elueas? Milliseid operatsioone on olnud, millistel ajenditel, kas kulgesid tüsistustega või ilma? Selgitada kas haigel on vererõhku mõõdetud, kas väärtused olid normis.

Varem põetud günekoloogilised haigestumised. Täita võimalikult täpselt ning põhjalikult. Selgitada millal ning milliseid günekoloogilisi haigusi on põdenud. Kas ravi oli konservatiivne või operatiivne, ambulatoorne või statsionaarne. Ravi tulemused. Kontrollida, kas haigel pole põetud günekoloogiliste haiguste kohta kirjalikke andmeid tõendite näol, kas on alles kasutatud ravimite retseptid. Millal külastas viimati günekoloogi.

Käesolev haigestumine. Küsitluse algul esitasime nn. sissejuhatavad küsimused esitatavate kaebuste kohta, kuid selles anamneesi lõigus tuleb haigestumist põhjalikult käsitleda: millal ja kuidas algas haigus, selle kulg, millega patsient seostab haigestumist, kunas pöördus esmakordselt antud haiguse pärast arsti poole. Missugune oli ravi (retseptid), selle tulemused. Millised on haige kaebused antud momendil.

Epidemioloogiline küsitlus. Selgitada, kas on kokkupuuteid haigetega, nakkushaigetega. Kas on olnud võimalust naka-

tumiseks. Kas patsient on seoses töö iseloomuga sanitaararsti pideva kontrolli all.

Anamnestilisi andmeid kogudes esitab tavaliselt ka haige arstile küsimusi haigestumise iseloomu ja tervistumise võimaluste kohta. Arst peab nendele küsimustele läbimõeldult vastama nii, et patsiendil ei kujuneks hirm vaid lootus, kindel veendumus tervenemiseks. Ka kõige raskematel juhtudel on arsti kohus sisendada tervistumise lootust.

2. OBJEKTIIVNE UURIMINE.

2.1. ÜLDINE LÄBIVAATUS.

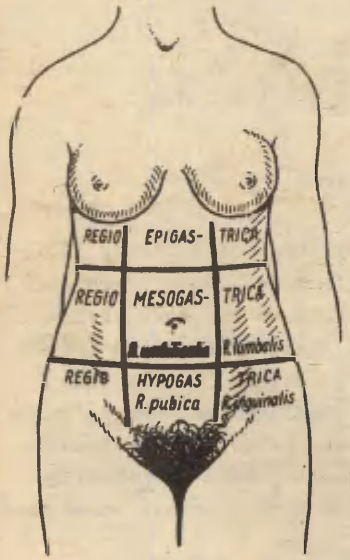
Põhijoontes ei erine günekoloogilise haige üldine läbivaatus tavalisest, kuid tervele reale momentidele tuleb osata küllaldast tähelepanu pöörata. Viimased on: kasv, kehaehitus, toitumus, luustik, liigesed, naha iseärasused (värvus, pigmentatsioon, jutid (striae), armid), limaskestade seisund, sekundaarsed sugutunnused (hääl, piimanäärmed, karvkatte iseärasused). Läbivaatust teostades mõelda ka võimalikule endokriinse süsteemi haigestumisele, kuna menstruaalfunktsiooni häirete ning mainitud haigestumiste vahel valitseb tihe seos.

Kontrollida suukoopa, neelu seisundit. Palpatsioonil määrata kilpnäärme suurenemine, viimase iseloom. Palpeerida, kas ei esine mahlasõlmede suurenemist.

Järgneb kopsude ja südame perkussioon ning auskultatsioon.

Abdoomeni vaatlusel ära märkida kõhu kuju muutused (ettevõlvunud, sissetõmbunud) nii lamaval kui ka seisval hai-

gel. Täpselt kirjeldada esinevaid arme. Jälgida kas kõht võtab osa hingamisliigutustest. Kõhu palpatsiooni ajal lamab haige seljal, puusa- ning põlveliigesest painutatud jalgadega, see on vajalik kõhulihaste pinge vähendamiseks. Palpeerimist alustada vähem valusast piirkonnast ning aeglaselt läheneda haiguskoldele. Sügavat palpatsiooni ei tohi teha forsseeritult, tuleb arvestada hingamisliigutusi, järjest sügavamalt palpeerida ekspiiriumis. Kui palpatsioon on haigele valus, siis selgitada, millises kõhu osas valu esineb, millises punktis on ta kõige tugevam (joon. 2).Günekoloogilistele haigestumistele on iseloomulik palpatoorne valulikkus hüpogastriumi piirkonnas. Läbivaatuse ajal on vajalik tähelepanu pöörata Mac Burney punkti valulikkusele, Štšotkin-Blumbergi sümptoomile, viimased on tähtsad ussjätkepõletiku ning parempoolse emakamanuste põletike diferentsiaaldiagnostikas. Kõhu palpeerimisel tuleb kindlaks teha kõhulihaste pinge, defanse musculaire olemasolu.



Joon. 2. Kõhu topograafia (Polano järele).

Leides palpeerimisel kõhukoopast tuumori on vajalik kirjeldada selle suurust, liikuvust, konsistentsi (elastne, tihe, pehme, ebaühtlane), pinna iseärasusi (sile, mügarlik, sõlmeline) ja asukohta topograafiliselt.

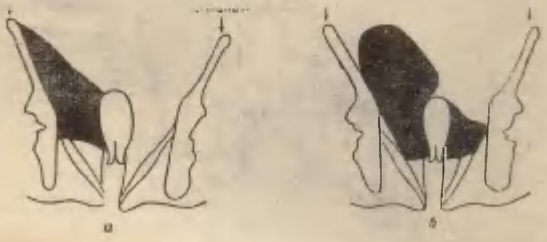
Diagnoosi täpsustamiseks võib osutuda vajalikuks auskul-

teerida abdoomenit (raseduse ja tuumori diferentseerimiseks, soolte peristaltika olemasolu või tema elavnemise sedastamiseks).

Perkussiooni abil on võimalik sedastada vaba vedelikku kõhukoopas, täpsustada tuumorite, infiltraatide piirjooni diferentseerida astsiiti ovariaalsest tsüstist (joon. 3).

Joon. 3. Abdoomeni perkussiooni tulemuste erinevused: a) selili lamaval haigel vedelik suletud õõnes, tümpaniitiline koputluskõla külgedel; b) vaba vedelik kõhukoopas. Selili lamaval haigel tümpaniitiline koputluskõla keskkõhu osas; c) küljli lamaval haigel koputluskõla muutused vaba vedeliku olemasolu korral kõhukoopas. Paremal küljel lamaval haigel sooled nihkuvad vasemale ning siin täheldatav tümpaniitiline koputluskõla.

Astsiidi diagnoosimisel teha kindlaks fluktuatsiooni olemasolu. Abdoomeni perkuteerimisel on võimalik diferentseerida parametriiti pelveoperitoniidist (joon. 4).



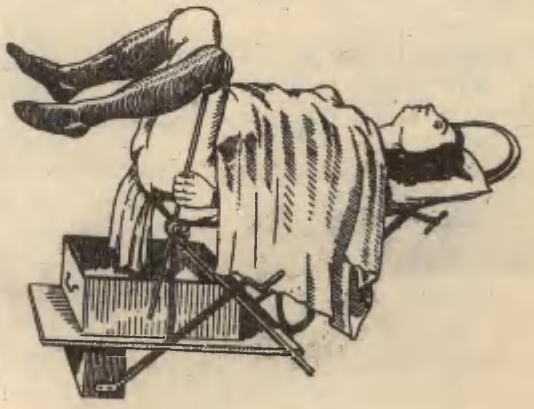
Joon. 4. Perkuteerimise tulemuste erinevused spina iliaca anterior superior piirkonnas: a) parametriidi korral, b) pelveoperitoniidi korral (mustaga tähistatud perkutoorse tumestuse ala).

Kõhu perkuteerimisel tuleb arvestada ka Kullenkampfi sümptoomi. Mainitud sümptoom on positiivne kui allkõhu perkuteerimine on haigele valus, samuti kerge hüpogastriumi palpatsioon. Katkenud emakavälise raseduse korral on Kullenkampfi sümptoom positiivne.

2.2. GÜNEKOLOOGILINE LÄBIVAATUS.

2.2.1. Ettevalmistused haige günekoloogiliseks läbivaatuseks.

Günekoloogiliseks läbivaatuseks on vajalikud teatud tingimused, ettevalmistused. Väliste ning seesmiste suguelundite läbivaatusel tuleb haigel lamada vastavas asendis: günekoloogilisel toolil tuhar-seljal asend, jalad puusa- ning põlveliigestest painutatult toetuvad jalatugedele (joon. 5). Vahetult enne günekoloogilist läbivaatust tühjendab haige põie. Soovitav on, et jämesool oleks tühi.



Joon. 5. Haige asend günekoloogilisel läbivaatusel.

Meditsiinilisel personalil pidada rangelt kinni antining aseptika nõudeist, kuna on võimalik patsiendi infitsee-

rimine läbivaatusel. Nii uuendab õde eelnevalt igale läbivaatusele haige tuharate all oleva vahariide. Mingil juhul ei tohi ühte vahariiet kasutada kahe haige jaoks, s. t. üks pool ühe ning teine pool teise haige jaoks. Selliselt toimides määrime toolil tuharate all oleva padja ning loomulikult ka vahariide alumise poole, mida hiljem kasutame pealmise poolena. Kasutatavad vahariided peavad olema korralikult desinfitseeritud 2 %-lises klooramiinilahuses ning hiljem kuivatatud. Vahariide kasutamine on haigele küllaltki ebamugav jaheduse tõttu. Mugavamad on flanellist või puuvillasest riidest rätikud, mis on eelnevalt pestud ning steriliseeritud või korralikult triigitud.

Günekoloogiliseks läbivaatuseks ja uuringuks on vajalikud alljärgnevad steriilsed instrumendid: tupepeeglid, teravad lusikad, sondid, plaatina-aas, korntangid. Ühtlasi peab olema steriilset vatti, lahus tupe puhastamiseks, hästi puhastatud alusklaasid, füsioloogiline lahus, mikroskoop.

Õige on, kui arst teeb günekoloogilise läbivaatuse steriilse kindaga. Kui see pole võimalik, toimub läbivaatus kinnastatud käega, mis on eelnevalt korralikult puhtaks pestud steriilse harja ning seebiga jooksva sooja vee all, loputatud desinfitseerivas lahuses. Kõige enam kasutatakse sublimaadilahust 1:1000. Läbivaatuse järel peseb arst uuesti käe harja (viimane ei tarvitse olla steriilne) ning seebiga jooksva vee all, loputab käe desinfitseerivas lahuses. Seega iga kahe haige läbivaatuse vahel peseb arst käsi vähemalt kaks korda.

Siinkohal on vajalik märkida, et iga günekoloog peab oma käed korras hoidma. Tuleb vältida käte määrdumist seal, kus see vähegi võimalik, kanda hoolt, et ei tekiks nahavigastusi. On loomulik, et küüned hoitakse lühikestena. Soovitav on kasutada naha elastsust säilitavaid määrdeid. Sõrmuste kandmine töö ajal ei ole lubatud.

Üksikutel juhtudel on vaja teostada günekoloogilist läbivaatust haige kodus. Sellistel juhtudel võib piirduda ainult bimanuaalse läbivaatusega: haige lamab voodis, aseta-

des rusikad tuharate alla, tõstab viimaseid. Jalad on painutatud puusa- ning põlveliigeatest. Kui osutub vajalikuks teostada läbivaatust tupepeeglitega ning patsiendi üldseisund lubab seda, asub haige voodis risti. Asend analoogiline asendile günekoloogilisel toolil. Erinevuseks on, et siin ei asu jalad jalatugedel, vaid haige painutab neid käte abil puusaliigesest. Läbivaatuse eel asetatakse puhas käterätt haige tuharate alla.

2.2.2. Läbivaatus.

Günekoloogilist läbivaatust tuleb teha nii, et see oleks haigele võimalikult vähe valus ning ebamugav.

2.2.2.1. Välissuguelundite uuring.

Günekoloogilist läbivaatust alustada välissuguelundite inspektsiooniga. Tähelepanu pöörata karvakasvu iseärasustele, naha haiguslikele muutustele (põletik, pigmentatsioon, haavandid, armid, kootumine, kondüloomid, verrukad), tuumorite, väärarengute, kliitori hüpertroofia olemasolule.

Järgnevalt avada nimetissõrme ning pöidlaga tupe sissekäik ning kontrollida põletike suhtes. Märkida, kas hüümen on intaktne või kontaktne. Hüümeni terviklikkuse ja seisundi hindamiseks soovitab M.G. Serdjukov haarata kummastki suurest häbememokast kinni pöidla ning nimetissõrmega, tõmmates neid ette ning alla. Sellisel moel tuleb hüümen hästi nähtavale. Kontaktse hüümeni korral pöörata tähelepanu tupe sissekäigu (introitus vaginae) avatuse astmele. Viimane võib olla suletud või avatud. Sünnitanud, eakamatel patsientidel kontrollida tupeseinte ja emaka väljalangust. Paluda haiget pressida ning jõuda selgusele, kas esineb eesmise tupeseina allavaje (cystocele), tagumise tupeseina allavaje (rectocele), tupeseinte allavaje (descensus vaginae), emaka väljalangus (prolapsus uteri). Järgnevalt palpeerida Bartholini näärmete piirkonda, kas ei esine viimaste suurenemist. Normaalselt pole mainitud näärmed palpeeritavad. Samaaegselt vaadelda, kas

Bart.

pole Bartholini näärmete viimajuha ava põletikuline.

2.2.2.2. Vaagnapõhja seisundi hindamine.

Hinnata lahkliha kõrgust, corpus perinei tugevust, kontrollida armistumisi. Määrata hiatus mm levatores ani laius. Tavaliselt saame tuppe viia 2 sõrme. Mainitud lihaste sünnituspuhuse kahjustuse korral võib tuppe vabalt viia 3 ja enam sõrme. Samaaegselt määrame lihaste komplemise teel kuivõrd on nad kahjustatud ning nende toonuse (joon. 6). Toonust saame täpsustada kui lihase komplemise ajal patsient tõmbab päraku sisse.

Joon. 6. M. levator ani palpatsioon.

2.2.2.3. Kombineeritud bimanuaalne palpatsioon.

Bimanuaalse läbivaatuse eesmärgiks on jõuda komplemise teel selgusele väikevaagna elundite seisundis. Sel puhul jääb üks käsi läbivaatajal nn. seesmiseks (palpeerides vaginaalselt, rektaalselt või rektovaginaalselt) ja teine väliseks, palpeerides samaaegselt kõhuseina kaudu. Kerkib üles küsimus: kumb käsi peab olema seesmine kumb välimine? Seesmiseks käeks võib olla nii parem kui vasem. Hea on, kui mõlemad käed on võrdselt töövõimelised. Osa akušööre-günekolooge

teostab günekoloogilisi läbivaatusi nii, et vasem käsi on seesmiseks; vaginaalselt vaatab sünnitajaid parema käega. Enam kasutatakse paremat kätt seesmisena, kuna see on algajale lihtsam ning hiljem kujuneb harjumuseks.

Vasemal käel seesmisena on teatavaid eeliseid. Nimelt selliselt on hõlpsam teostada välist palpatsiooni, ei määri kinnastamata kätt tupepeeglite sisseviimisel ning ambulantsis on parem dokumenteerida.

Bimanuaalsel palpatsioonil on tähtis läbivaataja õige asend. Kõige otstarbekam on teostada kombineeritud bimanuaalset läbivaatust, seistes otse günekoloogilise tooli ees, jalg, mis vastab sisseviidavale käele, tõstetud vastavale astmele, seesmine käsi küünarvarrest toetatud reiele (joon. 7).

Joon. 7. Kombineeritud bimanuaalne günekoloogiline läbivaatus.

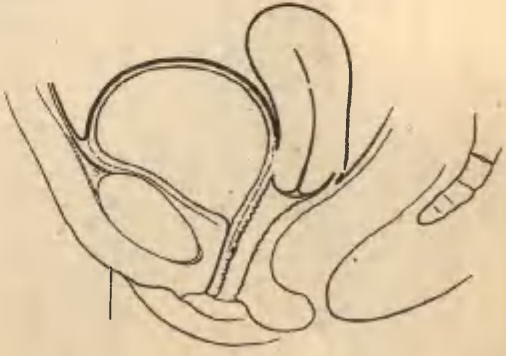
Bimanuaalne vaginaalne palpatsioon. Kinnastatud käe nimetis- ning keskmine sõrm (kui on ahenenud, kitsas tupp, ainult nimetissõrm) on viidud tuppe, pöial jääb lateraalselt kliitorisele ning ülejäänud sõrmed on painutatult peopesas. Viies sõrmed tuppe tuleb silmas pidada, et seda on vaja teha piki tupe tagumist seina, rõhudes enam perineumile. Surve ureetrale põhjustab haigel tugeva valuaistingu.

Eelkõige määravad tuppe viidud sõrmed kombeldes tupe seisundi, kas ei esine kõrvalekaldeid normist (tupeseinte elastsuse muutused, ahenemine, sulgus, vahesein, tuumor jne.). Tuleb kombelda väikevaagnat, et leida võimalikke muutusi. Järgnevalt leida emakakael, määrata selle kuju (koonilise, silindriline), suurus, olemasolevad rebendid, emakakaelakanali välissuudme avatuse aste seesmise suudme seisund, kui see osutub võimalikuks. Järgnevalt fikseerime välise käega emaka ning algab bimanuaalne järelelekatsumine, s. t. üheaegselt palpeerivad väikevaagna elundeid nii seesmine kui väline käsi. Sealjuures on oluline õige sõrmede hoiak. Palpeerida tuleb lamedalt sõrmeotste sisepindadega (joon. 8). Selliselt palpeerides tunnetame paremini ning ühtlasi see on haigele märgatavalt vähem valus.

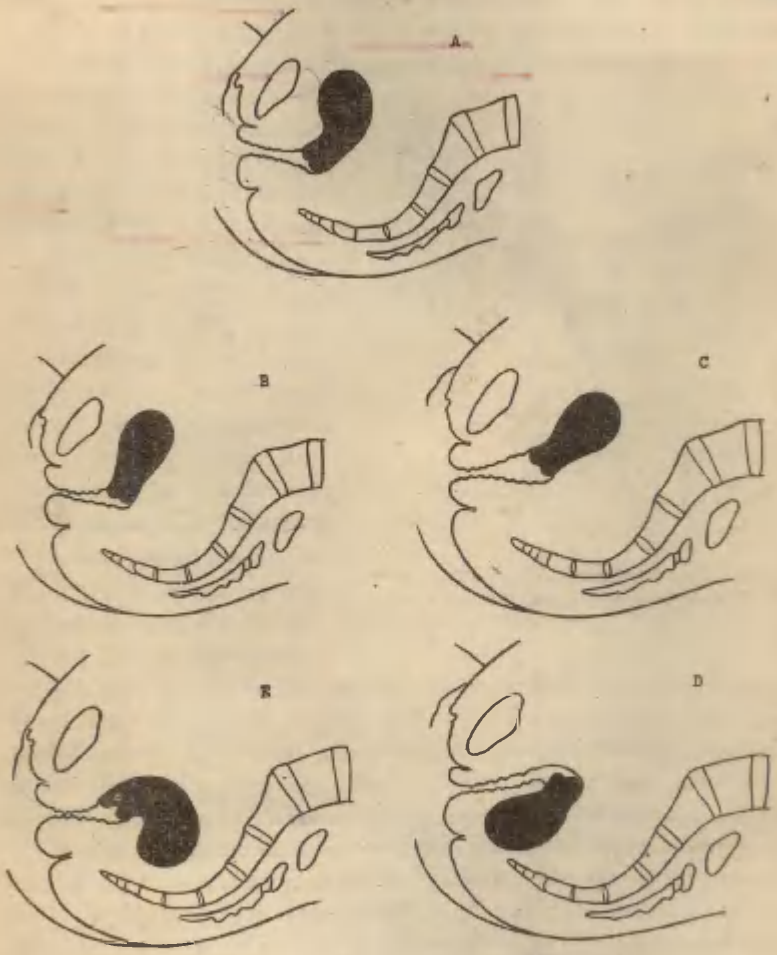
Bimanuaalsel läbivaatusel täpsustame emakakaela seisundi, määrame emaka suuruse, asendi, tema konsistentsi, pinna sileduse (joon. 9). Selleks, et anda emaka kohta hinnang, on vaja teada tema anatoomilisi ning topograafilis-anatoomilisi omadusi. Teatavasti asub emakas väikevaagna keskel. Emakas on mobiilne, tema asukoht võib muutuda täitunud soole, põie, tuumori, põletikuliste muutuste, vaagnapõhja toonuse languse jne. korral (joon. 10). Tavaliselt on emakas anteversio-flexio asendis. Viimase all tuleb mõista, et emaka korpuseosa on pööratud (versio) ja ühtlasi ka painutatud (flexio) ettepoole. Seega jääb emakakaela ning -korpuse vahele ettepoole lahtine nurk. Kuid emakal võib fleksioon puududa ning ta on keskses hoiakus, samuti võib emakas olla retroflexio-versio hoiakus (joon. 11). Mitte alati, nagu eespool oli öeldud, ei asu emakas väikevaagna keskel. Emakas võib olla nihkunud enam ette, taha või külgede suunas. Seda nimetatakse emaka positsiooni (positio) muutusteks. Nii võib emakas olla ante-, retro-, sinistro-, dekstro-positsioonis. Normaalselt on emakakaela väline suue linea interspinalise kõrgusel (joon. 12). Kui emakas on sellest allpool, on tegemist emaka allavajega (descensus uteri, опущение матки) või väl-

Joon. 8. Käte asend bimanuaalsel palpatsioonil (Stoeckeli järgi): a) õige, b) vale.

Joon. 9. Emaka bimanuaalne palpatsioon.



Joon. 10. Emaka asukoha muutus täitunud põie korral.



Joon. 11. Emaka erinevad hoiakud: a - anteflexio-versio uteri; b - anteversio uteri; c - emaka keskne hoiak; d - retroflexio-versio uteri; e - retroversio uteri.

jalangusega (prolapsus uteri, выпадение матки) olenevalt allavaje ulatuslikkusest. Kui emakas on kõrgemal tavalisest, nimetatakse seda emaka elevatsiooniks (elevatio uteri). Normaalselt on emaka pikkus 8 - 9 cm, kusjuures sellest emaka kaelaosale langeb ca 3 cm, korpuseosale 5 - 6 cm. Emakas võib olla suurenenud raseduse, tuumorite korral. Harva on täheldatav emakakaela pikenemine (elongatio colli uteri), viimast tuleb osata diferentseerida emaka allavajest. Emaka palpeerimisel on vaja täpsustada selle asukoht väikevaagnas, tema asetus, suurus, konsistents (tavaline, tihe, pehme), muutused kaelaosas (pikenemine, hüpertroofia jne.). Emaka suurenemise korral märgime selle vastavalt üksikutele rasedusnädalatele. Tuleb märkida kas emakas on suurenenud ühtlaselt või sõlmeliselt (joon. 13). Emakas võib olla tavalisest väiksem, võivad esineda väärarengud. Alati on vaja kindlaks teha, kas emakas on säilitanud oma mobiilsuse või ta on fikseeritud kindlasse asendisse. Viimane iseloomustab liiteid.

Joon. 12. Emakakaela asukoha määramine väikevaagnas.

Emaka palpatsioonile järgneb emakamanuste komplemine. Selleks nihutame käed emakalt emakamanustele, enne ühele poole, siis teisele (joon. 13). Patoloogiliste muutusteta munajuha pole palpeeritav. Seevastu võib munasarja välja palpeerida. Ovaarium on ca 3 cm pikkune ning 1,5 cm laiune, liikuv, palpeerimisel ka normaalsena valulik. Emakamanuste komplemisel on vaja kindlaks määrata põletikulised muutused (põletikulise infiltraadi ulatuslikkus, tema suhe emakaga, vaagna-

luudega, konsistents). Ovariaalsete tuumorite korral märkida suurus, pinna iseärasused, konsistents, liikuvus. Ovariaalseid tuumoreid iseloomustab suhteliselt suur liikuvus, kuna nad asuvad nn. jalal. Järgnevalt tuleb sedastada emakat ümbritseva sidekoe, parameetriumi seisund. Kas siin ei esine infiltraate. Lateraalse parameetriumi infiltraadile on iseloomulik, et ta ulatub vaagnaluudeni, erinevalt emakamanuste põletikulistest protsessidest. Alati tuleb palpeerida cavum Douglas't, et kindlaks teha, kas see on ette võlvunud, mis viitab cavum Douglase täitumisele (mäda, veri, astsiit, tuumor).

Joon. 13. Emakamanuste palpatsioon.

Cavum Douglase palpatsioon on tavaliselt seotud tugeva valulikkusega emakavälise raseduse korral. Palpeerimisel võib tunda teatavat mügarlikkust, mis võib esineda nii genitaaltuberkuloosi, endometrioosi kui ka kartsinoomi või sarkoomi metastaaside korral.

Haige vaginaalsel läbivaatusel on vaja pöörata tähelepanu ka Promtovi sümptoomile, mis on positiivne emakamanuste ägeda põletiku korral. Sel juhul emaka asendi muutmine, näiteks nihutamine üles, on seotud tugeva valuaistinguga. Cavum Douglas's palpatsioon on aga peaaegu valutu. Promtovi sümptoom on oluline apenditsiidi ning parempoolse adneksiidi diferentsiaaldiagnostikas. Nimelt apenditsiidi korral ei põhjusta emaka nihutamine erilisi kaebusi, küll on aga cavum Douglas'e palpatsioon seotud tugeva valulikkusega.

Bimannaalne palpatsioon. Juhtudel, kui hüümen on intaktne või esineb tupe ahenemine või sulgus, on vajalik bimanuaalne rektaalne järelekatsumine. Vajalik on see viis mõningatel juhtudel täiendavalt bimanuaalsele vaginaalsele läbivaatusele. Rektaalsel järelekatsumisel viiakse nimetissõrm pärasoolde ning samaaegselt palpeeritakse väikevaagna elundeid läbi kõhuseina (joon. 14). Rektaalset läbivaatust tehakse selleks ettenähtud kummikindaga või täiendavalt asetatakse nimetissõrmele kummisõrm. Eelnevalt läbivaatusele määritakse sisseviidav sõrm õli, vaseliini või seebiga. Soovitav on, et sõrme viimisel rektumisse haige pressiks, selliselt on see haigele vähem ebamugav. Rektaalse järelekatsumise eesmärk on sama mis vaginaalse. Silmas tuleb pidada, et sellise läbivaatusega ei saa otsustada tupe seisundi üle, küll aga võime täpsemalt sedastada patoloogilisi muutusi Douglase õõnes, parameetriumides (eriti tagumises parameetriumis).

Joon. 14. Bimanuaalne rektaalne palpatsioon.

Bimanuaalne rekto-vaginaalne läbivaatus. Üheaegselt viiakse tuppe nimetissõrm ning rektumisse keskmine sõrm, mis on täiendavalt kaetud kummisõrmega ning määritud vaseliiniga. Väline käsi palpeerib läbi kõhuseina (joon. 15). Günekoloogid kasutavad kirjeldatud meetodit käesoleva ajani suhteliselt vähe, vaatamata sellele, et selle abil on võimalik saada täpsema ettekujutuse väikevaagna elundeist. Eriti väärtuslik on

mainitud meetodi rakendamine patoloogilise protsessi paiknemisel pärasoole ja tupe vahelises sidekoes, tagumises parameetriumis, aga samuti tuumorite täpse asukoha ja lähtekoha määramisel.

Joon. 15. Bimanuaalne rekto-vaginaalne palpatsioon.

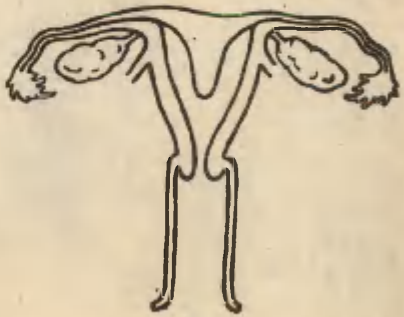
2.2.2.4. Läbivaatus tupepeeglitega.

Seesmisel järelekatsumisel pole võimalik saada täpset ettekujutust emakakaela, samuti tupe limaskesta seisundist. Abiks tuleb võtta tupepeeglid. Hindamatu on tupepeeglitega kontroll emakakaelapõletike, prekantseroossete seisundite, emakakaela kartsinoomi varajases diagnostikas. Arst ei tohi jätta ühtegi patsienti (erand virgo intacta) günekoloogilisel läbivaatusel kontrollimata tupepeeglitega. Viimastega on võimalik avada tupp ning seega tuua nähtavale emakakael ja tupe limaskest. Kasutatakse mitmesuguseid tupepeegleid. Käesoleval ajal tarvitatakse kõige enam kahelehelisi tupepeegleid, millel eesmine peegel on lame ning tagumine nõgus (Sims, Doyen). On aga ka tupepeegleid, mille mõlemad peeglid

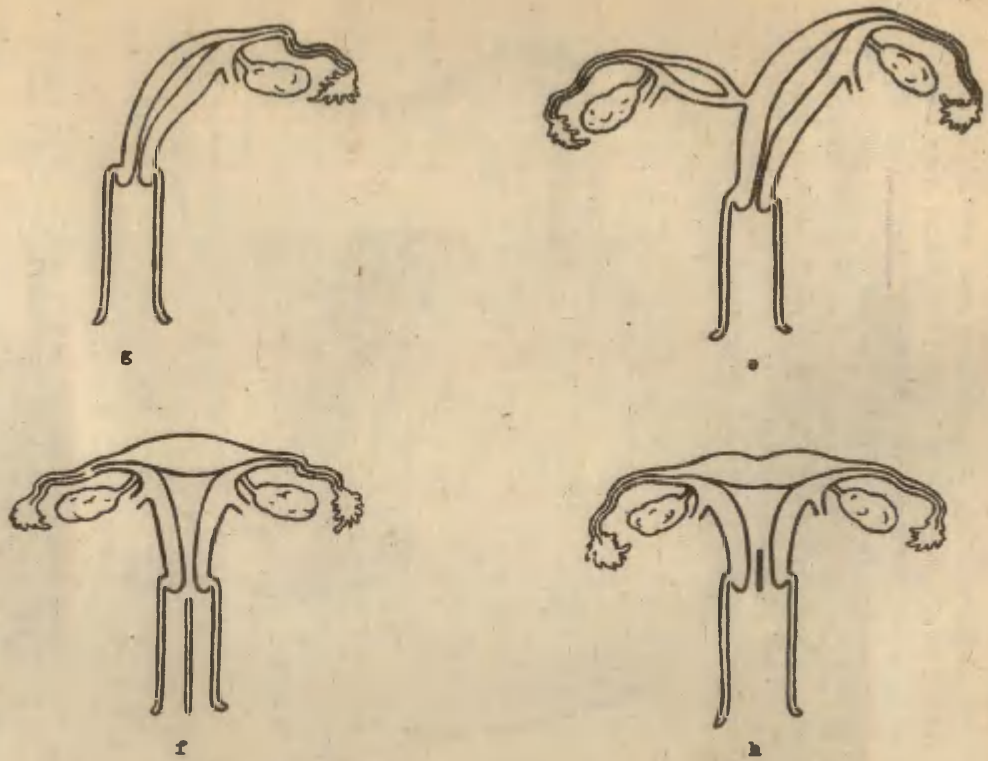
a

b

c

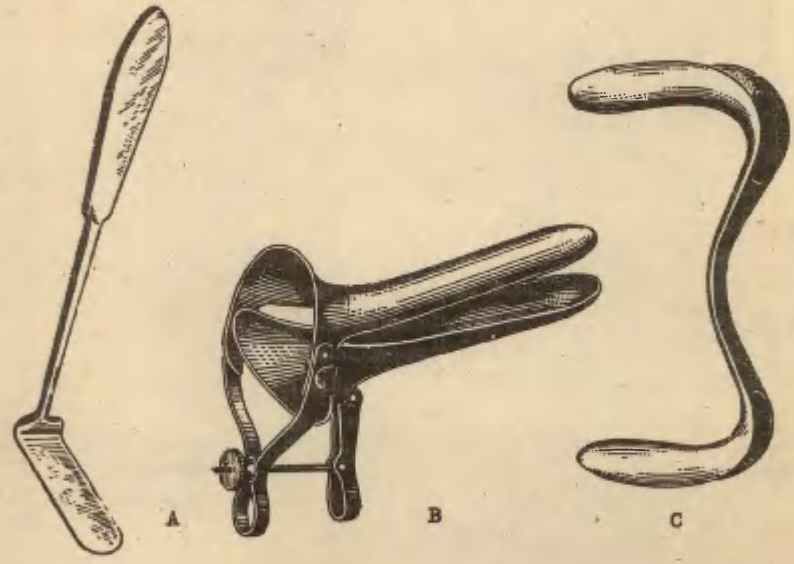


d



Joon. 16. Seesmiste suguelundite väärarengud: a - uterus et vagina duplex; b - uterus bicornis bicollis; c - uterus bicornis unicollis; d - uterus subseptus; e - uterus bicornis, cornu dex. rudimentarius; g - uterus unicornis; f - septum vaginae; h - uterus biforis.

on nõgusad, samuti on eraldatava käepidemega tupepeegleid (Ott). Eespool mainitud kaheleheliste peeglite kasutamisel manipulatsioonide korral, ka kõige lihtsamate, nagu tupe puhastamine, on vajalik abiline. Seevastu isehoidvate tupepeeglite (Trelát, Cusco, Collin) kasutamisel see pole vajalik. Silindrikujulisi tupepeegleid tänapäeval praktiliselt enam ei kasutata. Tupepeegleid peab arsti kasutuses olema vähemalt kolmes suuruses, et leida igale patsiendile sobiv. (Erinevad tupepeeglite mudelid on esitatud joonisel 17.)



Joon. 17. Mitmesugused tupepeeglid: a - eesmine lame tupepeegel, b - isehoidev tupepeegel, c - tagumine lusikataoline tupepeegel.

Kahelehelise tupepeegli kasutamisel avame häbememokad, et tuleks nähtavale tupe sissekäik ning ettevaatlikult põiki asendis viime tagumise peegli sisse (joon. 18). Peegli viime tuppe sujuvalt kuni tupe tagumise võlvini, siis pöö-

Enmisena ... tagumine ... ümard. ... viimine ...

rame peegli risti ja tõmbame allapoole. Fikseerime alumise peegli ning viime sisse samuti põikiasendis eesmise peegli. Teeme seda selliselt, et kahe peeglilehe vahele ei jääks kudesid. Vastasel korral on see haigele väga valus. Isehoidvad tupepeeglid tuleb samuti sisse viia põikiasendis ning edasi, viies tupe tagumise võlvi suunas, pöörata nad otse ning avada. Väljutada aeglaselt, mitte täielikult sulgedes, et pehmed koed ei jääks vahele.

Joon. 18. Tagumise tupepeegli sisseviimine.

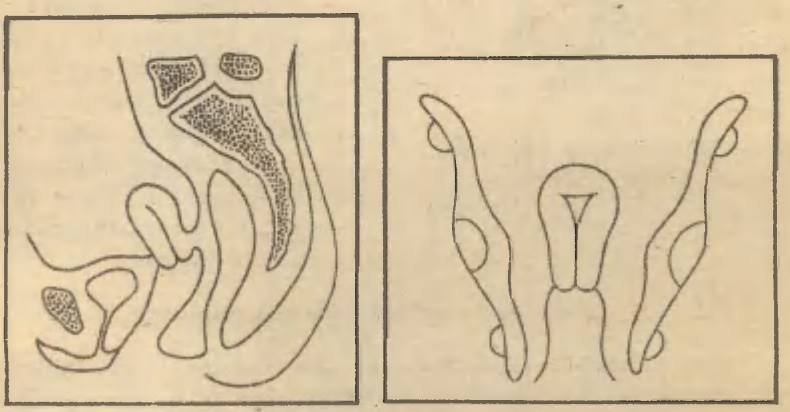
Tupe avamisel tuleb nähtavale emakakael. Juhul kui viimane on kaetud eritisega, tuleb ta puhastada vatiga. Soovitav puhastada söögisooda 10 %-lises lahuses immutatud vatiga. Kui on selgunud, kas emakakaelal esinevad patoloogilised muutused või mitte, eemaldatakse tupepeeglid. Kahelehelise peegli kasutamisel eemaldatakse enne eesmine ning siis tagumine leht. Tupepeeglid eemaldatakse aeglaselt, et oleks võimalik kontrollida ka tupe limaskesta.

2.2.2.5. Günekoloogilise leiu dokumenteerimine.

Günekoloogilisel läbivaatusel saadud andmed tuleb täpselt dokumenteerida. Loomulikult märgitakse kõik, mis on leitud, kuid teatavatele momentidele tuleb leiu kirjelduses alati tähelepanu pöörata ka siis, kui ei leita midagi patoloogilist. Eelkõige tuleb ära märkida iseärasused, mis on tähelda-

tavad välissuguelundite osas, tupe sissekäigus, hüümeni seisund. Sellele järgnevad kombineeritud bimanuaalse järelekatsumise andmed, kusjuures peab märkima, kas seesmine järelekatsumine oli per vaginam, per rectum, per rectovaginam. Kui on mitut järelekatsumise moodust kasutatud, siis ka vastavalt märkida. Bimanuaalse kombineeritud järelekatsumise andmed märkida vastavalt protseduuri järjekorrale. Seega märkida eelkõige tupe, emakakaela seisund, siis järgneb emaka asukoha, asendi, hoiaku, suuruse ja liikuvuse täpne kirjeldus. Järgnevalt emakamanuste bimanuaalse palpatsiooni tulemused, parameetriumi seisund ning cavum Douglasi iseärasused. Täpselt tuleb kirjeldada leidu tupe avamisel peeglitega. Sel puhul on vajalik kirjeldada muutusi tupe limaskestas, emakakaelas, kirjeldada tupesisaldist.

Mitte alati ei piisa üksnes sedastatud patoloogia kirjeldusest. Märgatavalt täpsema ettekujutuse saame muutustest samaaegselt joonistades leiu. Viimast hõlbustab suguelundeid skemaatiliselt kujutavate templite olemasolu, mille lööme haiguslukku ning kuhu märgime täheldatud kõrvalekalded (joon. 19).



Joon. 19. Kasutatavad templid günekoloogilise leiu märkimiseks.

Näide günekoloogilise leiu dokumenteerimisest:

Status gynaecologicus.

Välissuguelundid on arenenud normaalselt, põletikuliste tunnusteta. Tupe sissekäik põletikuta. Bartholini näärmed pole palpeeritavad. Hüümen kontaktne. Lahkliha madal, armistunud. Tupe sissekäik läbitav kolmele sõrmele. Vasakpoolne levator nõrgemalt väljakujunenud. Pressimisel täheldatav tupeseinte kerge allavaje.

Per vaginam: emakakael silindriline, emakakaelakanali väline suue suletud. Emakas keskjoonel tavalise suurusega, retroflexio-versio hoiakus, liikuv; adneksid palpatoorse leiuta. Parameetriumid patoloogilise leiuta. Cavum Douglas vaba, palpatsioonil valutu.

Per recto-vaginam: leid ühtib vaginaalse leiuga.

Tupepeeglitega kontrollimisel nähtav tupe punetav limaskest, emakakaela ülemisel huulel ca 1 x 1,5 cm suurune punetav, kergelt veritsev ala. Tupesisaldis rohke ja värvuselt rohekas, vahutav.

Siinkohal on vajalik ära märkida, et iga haige günekoloogiline uuring on samaaegselt ka tema onkoloogiline läbivaatus. Nii tuleb haige läbivaatusel kontrollida perifeerseid mahlasõlmi ning palpeerida piimanäärmeid, abdoomenit jne. Peame arvestama haige kaebusi ning vastavalt suunama uuringuid. Kindlasti on vajalik haiguslukku märkida iga üle 25 aasta vana haige kohta, kas teda on onkoloogiliselt uuritud ning milline on arsti otsus.

2.3. GÜNEKOLOOGILISED UURINGUD.

Eespool toodud küsitlusel ja läbivaatusel saadud andmed pole alati küllaldased diagnoosi määramiseks. Mõnikord osutub vajalikuks teha täiendavaid uurimisi.

Günekoloogiliste haigete uuringu ning ravi vältel statsionaaris on obligatoorne teostada alljärgnevad tavalised uuringud:

Veri: SR, leukotsütoos, hemoglobiin, erütrotsüütide arv, valgevere valem, veregrupp, Wassermani reaktsioon.

Uriin: täielik uuring, kusjuures ei tohi jätta määramata suhkrusisaldust uriinis.

Väljaheide: uurida ussnugiliste olemasolu.

Rindkere rõntgenoloogiline uuring (juhul kui pole viimase aasta vältel teostatud).

Uurida gonorröa ja trihhomonoosi olemasolu.

Määrata tupesisaldise puhtusekraad ning tupe tsütohormonaalne reaktsioon.

Üksikute täiendavate günekoloogiliste uuringute (uurida toksoplasmoosi, brutselloosi, listerioosi, määrata RH-faktor jne.) vajalikkus ning nende teostamine leiab käsitlust allpool.

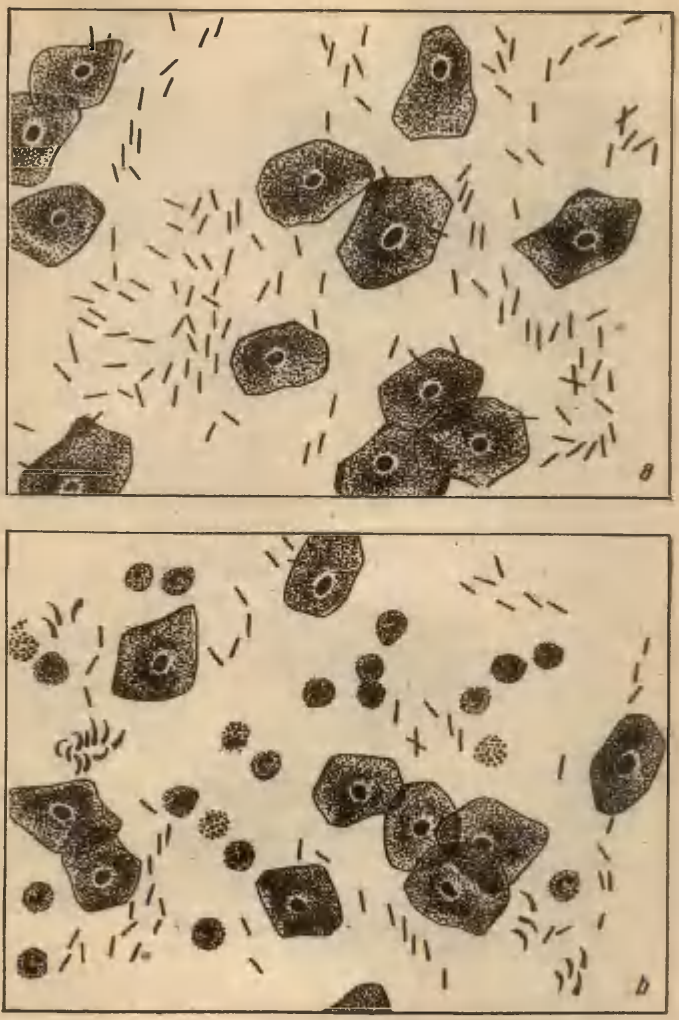
2.3.1. Tupesisaldise (fluor vaginalis, влагалищное содержимое) ehk valgevooluse (fluor albus, бели) uuring.

Tupesisaldise uuring on vajalik tupepõletike (colpitis seu vaginitis, воспаление влагалища) diagnoosi täpsustamiseks, tupe puhtusekraadi, tupe epiteeli tsütohormonaalse reaktsiooni määramiseks. Viimases võib täheldada kartsinoomi korral tuumorirakke.

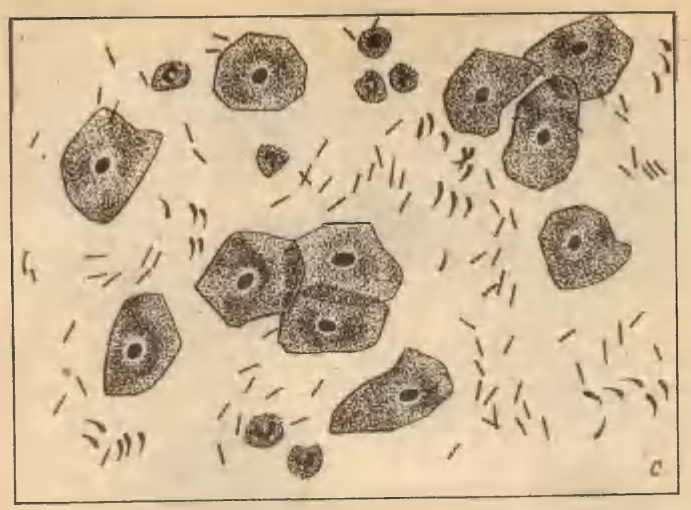
Normaalse tupesisaldise mikroskopeerimisel sedastame deskvameerunud epiteelirakke, Döderleini tupekepikesi (Bacillus acidophilus vaginalis). Reaktsioon on happeline (pH 4,0-5,0). On teada, et mainitud tupekepikesed kindlustavad happelise reaktsiooni. Nimelt tupeseina irdunud epiteelirakud sisaldavad glükogeeni, mis Döderleini tupekepikeste elutegevuse tagajärjel muudetakse piimhappeks. Happeline reaktsioon on suurepärane bioloogiline kaitse tupe nakkuste vastu.

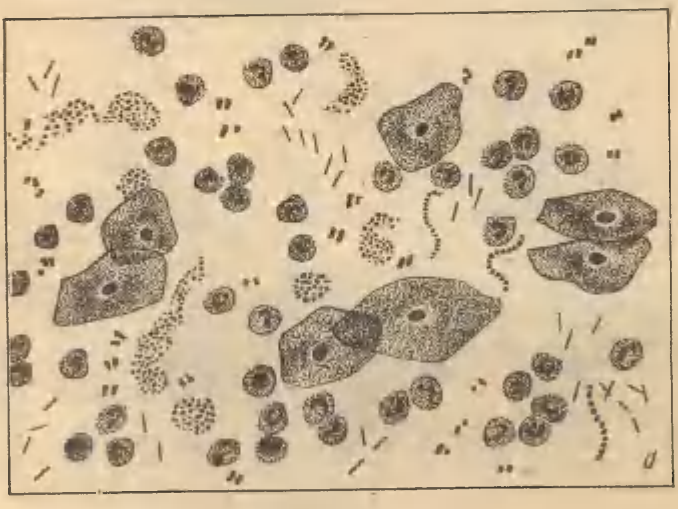
2.3.1.1. Tupe puhtusekraadi määramine.

Kolpiidi korral on tupesisaldises täheldatavad leukotsüüdid, põletikutekitajad. Vastavalt sellele, kas tupes esi-



Joon. 20. a – I puhtusekraad: tupesisaldises epiteelirakud ning piimhappekepikesed.
b – II puhtusekraad: tupesisaldises epiteelirakud, piimhappekepikesed, üksikud leukotsüüdid, comma variabile.





Joon. 20. c – III puhtusekraad: tupesisaldises epiteelirakud, rohkelt leukotsüüte, üksikud piimhappekepikesed, comma variabile, võib leida kokke.
d – IV puhtusekraad: tupesisaldises epiteelirakud, massiliselt leukotsüüte, piimhappekepikesi ei esine, comma variabile, kokke, võib esineda Trichomonas vaginalis.

neb põletikulisi muutusi või mitte, eristame 4 puhtusekraadi (joon. 20).

Tupe III ja IV puhtusekraad tähendab kolpiidi olemasolu.

Tupe puhtuskraadi määramiseks võetakse sisaldist tupe tagumisest võlvist, valmistatakse äigepreparaat. Enam kasutust on leidnud värvimine metüleensinise 1 %-lise lahusega.

2.3.1.2. Trihhomonaaskolpiidi (colpitis trichomonalis seu vaginitis trichomonalis, трихомонадное воспаление влагалища) diagnostika.

Makroskoopilised tupesisaldise muutused (rohekas vahutav rohkenenud fluor) ei ole küllaldased trihhomonaastupepõletiku diagnoosimiseks. On vajalikud täiendavad uuringud. Igapäevases praktilises töös kasutatakse tupevooluse natiivset uurimist. Tupe tagumisest võlvist võetud tilk eritist asetatakse alusklaasile, lisatakse juurde 1 - 2 tilka sooja füsioloogilist lahust. Lisatav füsioloogiline lahus peab olema soe (optimaalne temperatuur 37° C), kuna vastasel juhul kahjustatakse algloomade liikumisvõimet. Preparaadi katmist kateklaasiga ei peeta ilmtingimata vajalikuks. Trichomonas urogenitalis on kergesti tuntav. Ta on pisut suurem leukotsüüdist, ovaalse kujuga, varustatud viburitega (joon. 21) ning liigub vaateväljas suhteliselt kiiresti. Mainitud algloома olemasolu võib kindlaks teha äigepreparaadis, mis on värvitud metüleensinise 1 %-lise lahusega või Pick-Jacobsoni järgi.

Joon. 21. Trichomonas urogenitalis.

Käesoleva ajani tehakse kliinilises töös veel vähe tupesisaldise külve söötmetele Trichomonas urogenitalise diagnoosimiseks. On teada, et kõige täpsemad andmed saame bakterioloogilise meetodi kasutamisel.

Trichomonas urogenitalis võib olla kuseteede nakkuse põhjuseks. Põiest võib viimast diag-

noosida alljärgenvalt: umbes 10ml kateetriga võetud uriini tsentrifuugide kohe, sademest valmistada äigepreparaat, mida värvida analoogiliselt tupe äigepreparaadile, ning mikroskopeerida.

2.3.1.3. Seenkolpiidi (colpitis mycotica, грибковый кольпит) diagnostika.

Seenkolpiidi diagnoosi kinnitavad tupesisaldisest valmistatud äigepreparaadis seenniidikeste leidmine. Lihtsaimaks on värvimine metüleensinise 1 %-lise lahusega. Seenniidikeste diagnoos preparaadi mikroskopeerimisel tavaliselt raskusi ei valmista (joon. 22).

2.3.1.4. Tupesisaldise pH määramine.

Joen. 22. Seenkolpiiti iseloomustavad seenniidikesed.

Normaalselt on tupesisaldis happelise reaktsiooniga (pH 4,0–5,0). Esinevad mõõdukad happesuse perioodilised kõikumised, seoses ovaariumide talitlusega. Nihkumised leelisuse suunas viitavad mikrofloora muutustele, põletikele.

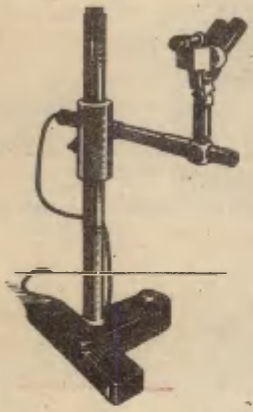
Tupevooluse, samuti emakakaela sekreedi pH tehakse kindlaks ioonide kontsentratsiooni määramisel kolorimeetriliselt või elektromeetriliselt. Määramist ainult lakmuspaberi abil ei saa pidada piisavaks.

2.3.2. Emakakaelapõletike, prekantserooside, pahaloomuliste tuumorite diagnostika.

2.3.2.1. Kolposkoopia.

Emakakaela seisundi hindamiseks ei piisa ainult vaatlusest tupepeeglitega. Täiendavalt on vajalik teha kolposkoopia (esmakordselt võttis kasutusele H. Hinselman 1925. aastal). Õige on eranditult kõiki günekoloogilisi haigeid vaadata ka kolposkoobi abil nii statsionaaris kui nõuandlas. Sa-

muti on vajalik kolposkoobi kasutamine laialdasemalt senisest profülaktilistel läbivaatustel. Viimane on üks olulisemaid vahendeid emakakaela vähieelse seisundi, aga samuti emakakaelavähi varajases avastamises.



Joon. 23. Kolposkoop.

Kolposkoobiks on optilise süsteemiga aparaat, mille abil saab 10–40 kordse suurenduse, olenevalt aparaadi ehitusest. Kolpomikroskoopide abil on võimalik saada suurendust koguni 200 ja enam korda. Kolposkoop on varustatud valgustussüsteemiga, asub statiivil ja on liikuv (joon.23). On kolposkoope, mille juures on ka fotoaparaat. Instrument on kergesti käsitsetav, kuid kahtlematult on vajalik teatav vilumus, et õigesti hinnata nähtavat.

Kolposkopeerimisel võib kindlaks teha emakakaela katva limaskesta muutusi, atüpismi, mis tavalisel vaatlusel tupepeeglitega pole nähtavad, nagu seda on sarvestumine, parakeratoos, näsade moodustumine, papillide muutused, aga samuti kapillarisatsiooni muutused. Võib diagnoosida leukoplaakia, erosioonide, pseudoerosioonide, ektroopiumi, kantseri olemasolu. Viimaseid on võimalik diferentseerida. Kolposkoopia abil on võimalik täpsustada kohta proovitüki võtmisel. Kuid ei tohi unustada, et ta ka kõige suuremate kogemuste korral ei asenda proovitüki võtmist diagnoosi kindlaksmääramisel. Käesoleva ajani on proovitüki võtmine ning viimase patoloogilis-histoloogiline uuring emakakaela haigestumiste diagnostikas asendamatu.

Kolposkoobi abil võime täpsustada vaatlusandmeid ka vulval esinevate muutuste korral, samuti muutuste korral tupes. Võib täpsustada Schilleri proovi tulemusi.

2.3.2.2. Joodiproov.

Autori järgi nimetatakse viimast Schilleri prooviks. Viimane seisneb alljärgnevas: tupp avatakse peeglitega, emakakaela tupsutatakse vatiga, mis eelnevalt on kastetud Lugoli 1 %-lisse lahusesse ning jälgitakse emakakaela katva limaskesta värvumist. Vastavalt rakkude glükogeenisisaldusele toimub limaskesta värvumine. Normaalselt värvub emakakaela limaskest pruuniks. Kui rakkude glükogeenisisaldus on vähenenud, siis kujunevad välja heledamad, kollakad alad. Tähelepanekute kohaselt on põletike korral piir heledamalt ning tumedamalt värvunud alade vahel järsk, kantseri korral hajuv. Emakakaelavähi kahtluse korral soovitatakse emakakael peitsida äädikhappe 3 %-lise lahusega ning selle järel kasutada joodiproovi.

2.3.2.3. Sondiproov.

Autori järgi nimetatakse sondiproovi ka Chrobacki prooviks. Emakasondiga (otsas nööbike) vajutatakse vähikahtlasele kohale emakakaelal. Positiivse proovi korral, see tähendab vähi puhul, osutub kude rabedaks, veritseb, sond nagu vajub sisse. Chrobacki proov on negatiivne emakakaela erosiooni, pseudoerosiooni korral. Sondiprooviga tuleb olla ettevaatlik, kuna võib põhjustada verejooksu.

2.3.2.4. Aspiratsioon-biopsia.

Emakakaelakanalist või tupest saadakse aspiratsiooni teel materjali, millest valmistatakse äigepreparaat ning viimane värvitakse. Otsitakse preparaadist tuumorile iseloomulikke atüüpilisi rakke.

2.3.2.5. Tsütodiagnostika.

Emakakaelalt kontaktmeetodi abil või tupesisaldisest valmistatakse äigepreparaat, viimane värvitakse ning preparaadist otsitakse tuumorite iseloomulikke atüüpilisi rakke.

2.3.2.6. Biopsia.

Täpseimaks meetodiks emakakaela patoloogiliste seisundite diagnostikas ning diferentsiaaldiagnostikas on käesoleva ajani biopsia. Kolposkopeerimisel diagnoosime patoloogilise muutuse olemasolu, mida vaatlusel tupepeeglitega ei osutunud kindlaks teha. Joodi- ning sondiproovi, tsütodiagnostika abil püüame jõuda selgusele, kas on tegemist põletikulise protsessiga või kasvajaga. Lõplikult diagnoosime proovitüki võtmisega ning viimase patoloogilis-histoloogilise uuringuga.

Ettevalmistused mainitud operatsiooniks on alljärgnevad: raseeritakse, teostatakse välissuguelundite tualett. Tupp loputatakse sublimaadi 1:3000 lahusega.

Operatsiooni käik: tupp avatakse tupepeeglitega, emakakael puhastatakse piiritusega, kuivatatakse steriilse tupsutiga; kuultangide abil fikseeritakse emakakael piirkonnas, kus pole täheldatavad patoloogilised muutused. Terve ning haige koe piirilt haaratakse spetsiaalse klemmiga ja skalpelliga eemaldatakse kiilukujuline tükk (joon. 24). Võib osutuda vajalikuks proovi võtmine paarist kohast. Kui haav veritseb, asetada peale kätgutligatuurid. Biopsiaks võib kasutada spetsiaalset instrumenti, mis meenutab konhotoomi. Operatsiooni järel jodeeritakse emakakael.

Joon. 24. Proovitüki võtmine emakakaelalt.

Saadud materjal saadetakse fikseeritult formaliini 10%-lises lahuses histoloogiliseks uuringuks.

2.3.2.7. Emakakaelakanali proeviabrasioon ehk proovikaabe (abraaio canalis cervicalis probatoria, пробное выскабливание цервикального канала).

Juhul kui on kahtlus, et patoloogiline protsess paikneb emakakaelakanalis, on vajalik abraseerida.

Ettevalmistused operatsiooniks on analoogilised proovitüki võtmisele.

Operatsiooni käik: tupp avatakse tupepeeglitega, emakakael ja tupp puhastatakse piiritusega. Emakakaela ülemine huul fikseeritakse kuultangiga ning väikese küretiga abraseeritakse emakakaelakanal kogu ulatuses, kusjuures küretiga ei tohi ületada emakakaelakanali seesmist suuet. Pärast operatsiooni jodeeritakse emakakael.

Saadud materjal saadetakse fikseerituna formaliini 10%-lises lahuses histoloogiliseks uuringuks.

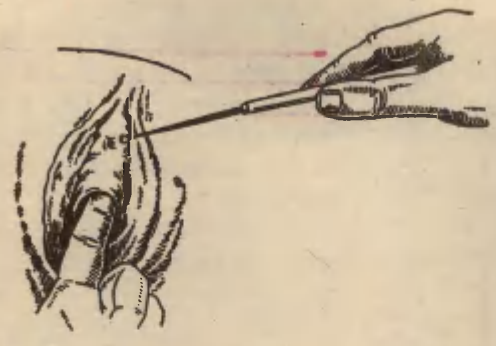
2.3.3. Bakterioloogilised ning bakterioskoopilised uuringud.

Mainitud uuringuid kasutatakse günekoloogias eelkõige gonorröa, genitaaltuberkuloosi, kuid samuti suguelundite sünnituse- ning abordijärgsete põletike korral.

GO 2.3.3.1. Gonorröa.

Igal günekoloogilisel haigel uuritakse ka gonorröa esinemist. Uurida tuleb enne põletikuvastast ravi alljärgnevalt: Bartholini näärme palpatsioon, massaaž väljaviimajuha suunas. Juhul kui väljub sekreeti, valmistada sellest äigepreparaat. Järgnevalt kontrollida vestibulaarsete näärmete seisundit. Kui tuleb eritust, siis valmistada äigepreparaat. Oluline on ureetra kontroll, masseerida viimast tuppe viidud nimetissõrmega seest väljapoole, et saada sekreeti nii ureetrast kui ka parauretraalsetest näärmetest (joon. 25). Järgnevalt avada tupp peeglitega, puhastada emakakael, soovitav kasutada selleks 10 %-list soodalahust ning kergelt abrasee-

rides lusikaga saada emakakaelakanalist uuringumaterjali; lusikat mitte sügavamale viia kui 1 - 1,5 cm. Mingil juhul ei tohi läbida emakakaela seesmist suuet, võib olla infekt-



Joon. 25. Uuringumaterjali võtmine ureetrast.

siooni astsendeerumise põhjuseks. Kui samaaegselt võtta mitmest kohast materjali, tuleb seda teha erinevate instrumentidega või instrumendi otstega. Tavaliselt kasutame mitmesuguseid lusikaid või korntangi ühte lehte.

On tavaks saanud mingi kindla süsteemi kohaselt uuritavat materjali kanda alusklaasile (joon. 25[A]), et hiljem võiks eristada, kust materjal pärineb.

Juhtudel, kui on kahtlus, et ka jämesool on gonorroilisest põletikust haaratud, on vajalik loputada rektumi (1 - 2 tundi peale istet) 50,0 - 100,0 ml füsioloogilise lahusega. Loputusveest otsida mädatükikesi, lima ning valmistada äigepreparaat; võib loputusvee tsentrifuugida ning sadet uurida gonokokkide suhtes.

Saadud äigepreparaadid värvida Grami järgi. Värvimine metüleensinisega on vaid orienteeriv, ei saa pidada piisavaks. Gonokokid on gram-negatiivsed diplokokid, mis asuvad tavaliselt leukotsüüdi sees. Preparaadi mikroskopeerimisel

immersiooni abil ei ole õige piirduda ainult gram-negatiivsete diplokokkide otsimisega rakust ja väljaspoolt rakku, vaid tuleb pöörata ka tähelepanu leukotsüütide arvule ning nende iseloomule. On teada, et rohke segmenteeritud tuumaga leukotsüütide esinemine viitab gonorröale. Samuti on vajalik pöörata tähelepanu nii gram-positiivsele kui ka gram-negatiivsele mikrofloorale üldse.

Joon. 25. Materjali kandmise viis aluskaasile (C - cervix, u - urethra).

Ühekordne äigepreparaadi uuring alaägeda ning kroonilise gonorröa korral pole tavaliselt küllaldane. Vajalik on uurida korduvalt, tuleb provotseerida mitmel viisil haigestumise ägenemist. Füsioloogilisteks provokatsioonideks on menstruatsioon ning sünnitus. Soovitatakse emakakaelakanalist materjali võtta menstruatsiooni teisel päeval ning sünnituse järel 5. - 6. päeval.

Gonorröa kahtluse korral haigestumise alaägeda kroonilise kulu puhul on vajalik laialdasemalt kasutada bakterioloogilisi uuringuid. Materjal uuringuks võetakse emakakaelakanalist plaatina-aasaga ning külvatakse söötmele. Gonokokkidele on iseloomulik, et nad kasvavad vaid söötmeil, mis sisaldavad inimese valku: vereseerum, astsiit jne. Ühtlasi on nad ääretult tundlikud temperatuuri kõikumistele. Optimaalne temperatuur on 37 - 38° C.

TBC

2.3.3.2. Tuberkuloos.

Kahtlematult esineb genitaaltuberkuloosi märgatavalt sagedamini, kui me seda kahjuks diagnoosime. Tuberkuloosse põletiku diagnoosimiseks vulval, tupes, emakakaelal piisab biop-

aiast. Astsiidi olemasolu korral on otstarbekas punkteerida ning punktaati uurida Kochi kepikeste suhtes.

* Paljud autorid soovitavad koguda emakakaelakanali kaudu erituvat sekreeti. Selleks asetatakse emakakaelale Kafka pessaar 12 tunniks. Võib uurida emaka sisaldisest, mis on saadud emakaõõne aspireerimisel, tuberkuloosi tekitajaid. * Emakaõõne prooviabrasioonil saadud materjali histoloogiline uuring, kuid samuti külvid, võivad anda positiivse vastuse emaka limaskesta tuberkuloosi korral.

* Soovitatav on kasutada menstruaalvere uurimist suguelundite tuberkuloosi diagnoosimisel. Menstruaalvere kogumiseks on konstrueeritud erilised hematofoorid, kuid võib samuti koguda peasaari asetamisega tuppe, emakakaelale. Pessaari ei tohi sisse jätta üle 12 tunni. Saadud verele lisatakse samas koguses füsioloogilist lahust ning saadetakse bakterioloogiliseks uuringuks. Ei ole õige piirduda ainult ühekordse menstruaalvere kogumise ja uurimisega, vaid soovitatakse menstruaalverd koguda 3 mensese vältel.

N3

Samuti on teada, et röntgenoloogilisel uuringul (hüsterosalpingograafia) võib sedastada genitaaltuberkuloosile iseloomulikke muutusi.

2.3.3.3. Endometriit.

Sünnitusjärgse, aga samuti abordile järgneva endometriidi korral tuleb võtta emakakaelakanalist materjali, soovitav aspiratsiooni teel, ning uurida viimast bakterioloogiliselt ning bakterioskoopiliselt. Nii on võimalik kindlaks teha põletikutekitajad, kuid samuti määrata viimaste tundlikkus erinevate antibiootikumide ja sulfoonamiidide suhtes.

2.3.4. Ovaariumide talitluse uuring.

Günekoloogiliste, aga samuti endokrinoloogiliste haigestumiste korral on vajalik selgust tuua munasarjade talitluses. Viimane on eriti vajalik kaasuva menstruaalfunkt-

siooni häire, samuti sigimatuse korral. Ovaariumide talitluse hindamiseks ei piisa monogrammi koostamisest, vaid on vaja teha terve rida täiendavaid uuringuid. Enam tehakse kliinilisi teste: tupe tsütohormonaalne diagnostika, basaaltemperatuuri andmete hindamine, pupilli sümptoomi jälgimine, sõnajalalehefenomeni määramine, prooviabrasioon. Täpsemateks diagnostilisteks meetoditeks kahtlematult on suguhormoonide eritumise määramine. Arvestades asjaolu, et steroidhormoonide määramise meetodid on aeganõudvad ning tehniliselt raskesti teostatavad, on neid käesoleva ajani igapäevases praktilises töös vähe kasutatud.

2.3.4.1. Tupesisaldiae tsütohormonaalne diagnostika.

On teada, et samaaegselt tsüklilistele muutustele ovaariumides ja emaka limaskestas kaasnevad ka tupe limaskestas perioodilised muutused, mis on küll vähemal määral välja kujunenud. Viimase kaudu on võimalik määrata eelkõige organismi küllastatust östrogeensete hormoonidega, kuid samuti menstruatsioonitsükli faasi, ovulatsiooni. Hindamatu on tupe tsütohormonaalse reaktsiooni määramine ning jälgimine nii hormoonravi eel kui ka selle vältel.

Tupe tsütohormonaalse reaktsiooni määramine on lihtne. Tupesisaldiae saamiseks avatakse tupp peeglitega ning eesmisest võlvist aspireeritakse spetsiaalse pipetiga, mis on varustatud kummiballooniga, või võetakse terava lusikaga. Raskem on uurimismaterjali saada intaktse hüümeniga patsientidel. Sellistel juhtudel tuleb ettevaatlikult, ilma et vigastataks hüümenit, viimase ava läbida, samuti pipetiga või lusikaga ning saada tupesisaldist. Meie oleme tütarlastel võtnud materjali tupest peene sondiga, mis on varustatud kruvitaolise otsikuga, mille ümber on vatt mähitult. Peab olema ettevaatlik, et vatt oleks õigesti mähitud, muidu võib jääda tuppe. Sond kastetakse enne tuppe viimist füsioloogilisse lahusesse. Eakatel, aga samuti puberteedieelistel patsientidel, võib olla fluor niivõrd vähene, et eespool toodud võtmisviisid ei ole küllaldased. Niisugustel juhtudel peetakse õigeks

loputada tuppe füsioloogilise lahusega, saadud loputusveei tsentrifuugida ning sademest määrata, millise tsütohormonaalse reaktsiooniga on tegemist.

Saadud tupesisaldist võib uurida natiivselt. Tilgake tupeeritist asetatakse alusklaasile, lisatakse juurde füsioloogilist lahust, kaetakse kateklaasiga ja kohe mikroskopeeritakse.

Igapäevases töös kasutatakse peamiselt monokroomseid värvimismeetodeid (metüleensinise 1 %-lise vesilahusega, fuksiini 0,3 %-lise lahusega või hämatoksüliin-eosiiniga), mis võimaldavad määrata tupe tsütohormonaalset reaktsiooni.

Täpsemate tulemuste saamiseks kasutatakse preparaadi polükroomset värvimist Papanicolaou, Schorri, Dokumovi või Entševi järgi. Preparaadi polükroomne värvimine ja mikroskopeerimine on aeganõudvad protsessid. Siim ei piirduta ainult rakkude morfoloogiliste omaduste määramisega, vaid eristatakse basofiilselt ning atsidofiilselt värvunud rakke, määratakse nende omavahelised suhted indeksite näol. Seetõttu osutub võimalikuks määrata östrogeensete hormoonide küllasust, tsükli faasi, ovulatsiooni toimumist. Vajalike andmete saamiseks tuleb tuppe tsütoloogiliselt korduvalt uurida tsükli vältel.

Juhtudel, kui pole võimalik kasutada polükroomset värvimist, tuleb soovitada preparaadi värvimist Maeki järgi. Viimane põhineb rakkude glükogeenisisalduse määramises. Teatavasti tupeepiteeli glükogeenisisaldus on kindlas sõltuvuses östrogeensete hormoonidega. Mida enam östregeenseid hormoone, seda kõrgem on glükogeenisisaldus.

MACK

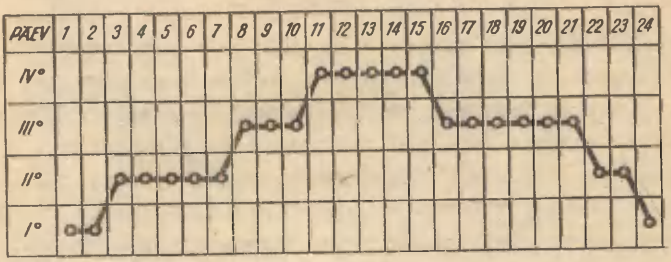
Värvimine: preparaat kuivatatakse õhu käes. Värvitakse Lugoli 5 %-lise lahuse aurudega 2 - 3 minutit (nõu põhja Lugoli värsket lahust, nõu peale preparaadid). Värvumine pole püsiv, kuid võib korrata. Preparaadis eristatakse jodofiilsed (tumepruunid) ja jodofoobsed (helepruunid või värvumata) rakud. Östrogeensete hormoonide nivoo on sõltuvuses jodofiilsete rakkude protsendist, mida nimetatakse Macki indeks.

!

Eristatakse 4 põhilist rühma vastavalt indeksile:

I. Jodofiilsed rakud praktiliselt puuduvad (-10 %).

II. Vähesed jodofiilsed rakud (11 - 30 %).
III. Jodofiilsed rakud moodustavad umbes poole (31 - 50 %).
IV. Jodofiilsed rakud ülekaalus, üle 50 %.



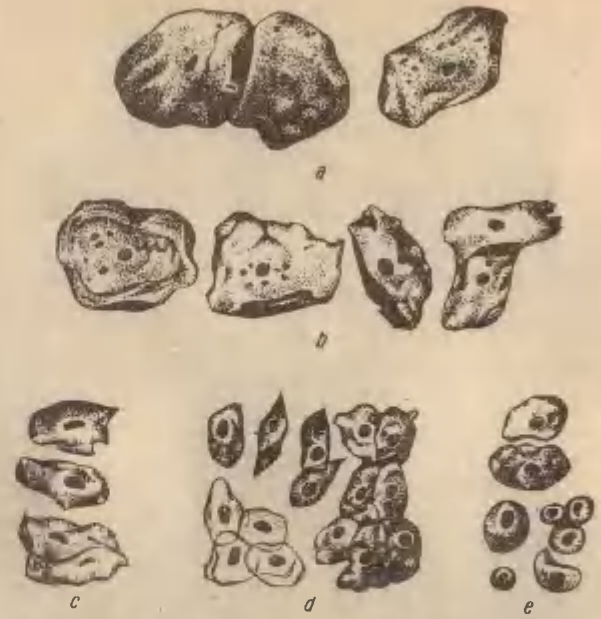
Joon. 26. Macki indeksi kõikuvus normaalse menstruatsioonitsükli vältel.

Dünaamiline jodofiilsete rakkude hulga määramine annab ettekujutuse ovaariumide talitlusest (joon. 26).

Tupe limaskesta normaalne arhitektoonika on toodud joon. 27, 28. Nii on võimalik eristada pindmisi sarvestunud rakke, intraepiteliaalseid, intermediaarseid e. vaherakke, parabasaalseid ning basaalseid e. atroofilisi rakke.

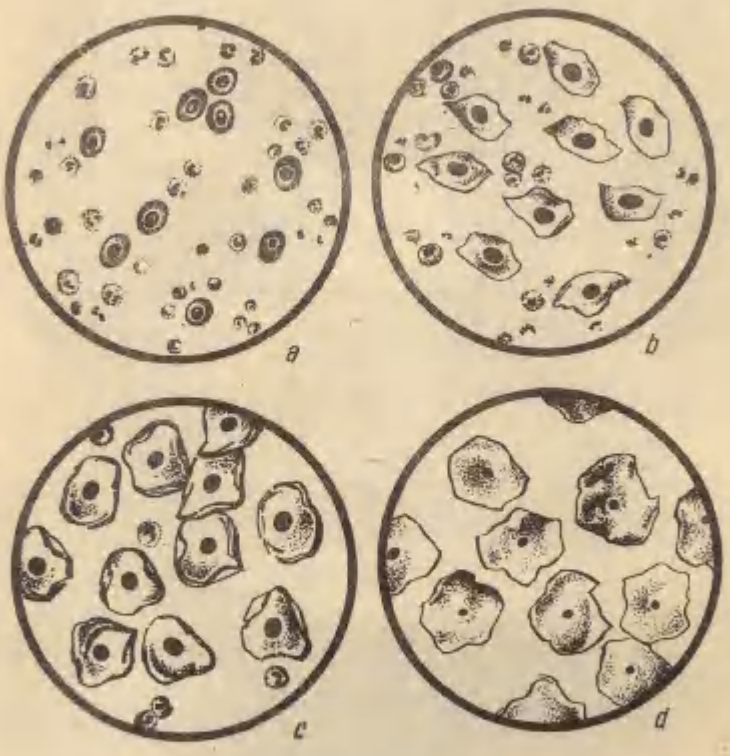
Sarvestunud ehk pindmised rakud on kõige suuremad. Nad on polügonaalsed piknootilise tuumaga ning neid peetakse iseloomulikeks proliferatsioonifaasile. Vaherakke kohtame menstruaaltsükli igas faasis, kusjuures nad prevaleerivad sekretsioonifaasis. Nad on mõõtmetelt mõnevõrra väiksemad sarvestunud rakkudest, on kujult ümarad või piklikud ning nende tuum on suhteliselt suurem sarvestunud ehk pindmiste rakkude tuumast. Basaalsed ehk atroofilised rakud on tunduvalt väiksemad eelmistest, neil on suhteliselt suur tuum ning vähe protoplasmat. Nad on veidi suuremad mononukleaarsest leukotsüüdist. Neid võib täheldada menstruatsiooni ajal, samuti vahetult pärast sünnitust. Karakteerne on nende esinemine tupesisaldises menopausi ajal, ovaariumide alatalitluse korral.

Joon. 27. Tupeepiteeli ehitus Papanicolaou järgi. 1 - pindmine sarvestunud kiht; 2 - intraepiteliaalne kiht; 3 - vahekiht; 4 - parabaaaalne kiht; 5 - baaaalne kiht.



Joon. 28. Tupeepiteeli üksikute kihtide rakud Papanicolaou järgi. a - pindmise kihi rakud; b - vahekihi pindmised rakud; c - vahekihi sügavamad rakud; d - parabaaaalsed rakud; e - basaalsed rakud.

Olenevalt organismi küllastatusest östrogeensete hormoonidega prevaleeruvad tupesisaldises ühed või teised epiteelirakud. Vastavalt sellele, millised epiteelirakud on tupesisaldises ülekaalus, eristame me põhiliselt nelja tupe tsütohormonaalset reaktsiooni (joon. 29).



Joon. 29. Tupesisaldise tsütohormonaalsed reaktsioonid vastavalt organismi küllastatusele östrogeensete hormoonidega.
a - I reaktsioon, b - II reaktsioon,
c - III reaktsioon, d - IV reaktsioon.

I reaktsioon: preparaadis on ainult stroofilised epiteelirakud ning leukotsüüdid. Selline leid on iseloomulik tugevale östrogeensete hormoonide vaegusele.

II reaktsioon: preparaadis on ülekaalus basaalsed e. atroofilised rakud, vähesel hulgal vaherakke, aga samuti leukotsüüte. Sellist pilti täheldame östrogeensete hormoonide vaeguse korral.

III reaktsioon: preparaadis on mitmesuguse suurusega vaherakud. Neil võib täheldada pööratud, murtud servi, nad võivad esineda kogumikena. Mõningatel on piirjooned ebaselged. Rakkude rühmituste keskel võivad olla harva ka üksikud parabaalsed rakud. Selline leid esineb normaalse östrogeenide küllastatuse korral menstruatsioonitsükli luteiinfaasis. Mõnikord võib olla mõõduka östrogeensete hormoonide vaeguse sümptoomiks.

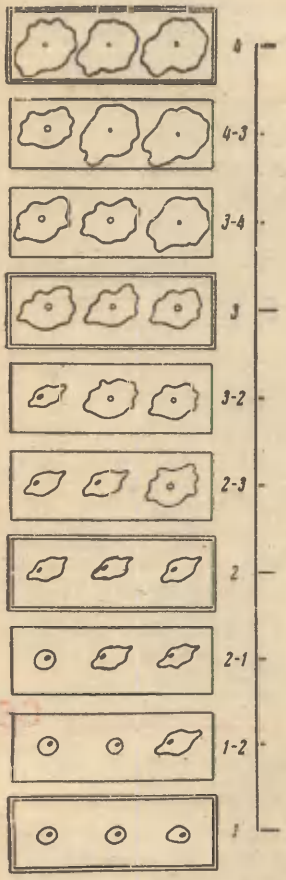
IV reaktsioon: preparaadis on pindmised suured polügonaalsed sarvestunud rakud väikese püknootilise hästi värvuva tuumaga ning nõrgalt värvuva plasmaga rakud. Leukotsüüte normaalselt preparaadis ei esine. Antud juhul on organismis östrogeenseid hormoone küllaldaselt või isegi ülemäära. Tavaliselt täheldame tupe IV tsütohormonaalset reaktsiooni menstruatsioonitsükli keskel, see tähendab ovulatsiooni ajal.

Mitte alati ei esine kindlalt piiritletud üks ülalpool nimetatud reaktsioonidest, vaid võib esineda vahepealseid, üleminekureaktsioone, nagu III-IV, I-II jne. (joon. 30).

2.3.4.2. Tsüklilised muutused emakakaelakanalis. cervix

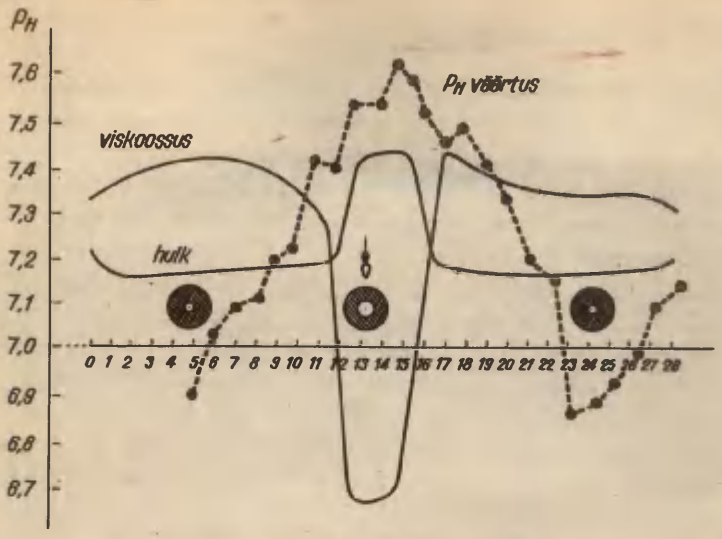
Menstruaaltsükli vältel toimub terve rida iseloomulikke muutusi emakakaelakanalis, mis viitavad ovulatoorse tsükli olemasolule, kuid samuti on nende kaudu võimalik otsustada östrogeensete hormoonide külluse üle organismis. On teada, et emakakaelakanali sekreedi hulk, selle pH. samuti kloriidisisaldus tõuseb, samaaegselt aga viskoossus langeb eeldatava ovulatsiooni ajal just nendel juhtudel, kui tsükkel on ovulatoorne. Iseloomulikud muutused toimuvad emakakaelakanali läbimõõdus tsükli vältel. Tähelepanekute koha-

selt hakkab emakakaelakanali väline suue tsükli 8. - 9. päeval (28-päevase tsükli korral) laienema, viimane kestab 2 - 3 päeva, saavutab läbimõõdu 1/4 - 1/3 cm, täitub limaga. Selliselt meenutab tupepeeglitega vaatlusel emakakaelakanali väline suue pupilli, millest ka nimetus p u p i l l i s ü m p t o o m . Selline avatus püsib 2 - 3 päeva, siis paari päeva jooksul taastuvad endised mõõtmed. Positiivset pupilli sümptoomi seostatakse östrogeensete hormoonide erituvuse tõusuga organismi sel perioodil. Seega võib mainitud sümptoomi kaudu otsustada organismi küllastatuse üle östrogeensete hormoonidega. Eespool loetletud tsüklilised muutused emakakaelakanalis on soodustavaks momendiks spermatosoidide edasiliikumisel ülemistesse suguelundite osadesse, seega toimub ettevalmistus viljastumiseks (joon. 31).



Joon. 30. Tupesisaldise tsütohormonaalsete reaktsioonide üleminekuvormid olenevalt organismi küllastusest östrogeensete hormoonidega.

Menstruaaltsükli 5. - 7. päevast alates ning kuni 20. - 22. päevani (28-päevase tsükli korral) on täheldatav emakakaelakanali sekreedi kuivamisel iseloomulike kristallide kujunemine. Viimased meenutavad sõnajalalehte, mistõttu nimetatakse s õ n a j a l a l e h e f e n o m e n i k s . Mainitud fenomen on positiivne östrogeensete hormoonide külluse ja ülikülluse korral organismis.



Joon. 31. Emakakaelas toimuvad tsüklilised muutused.

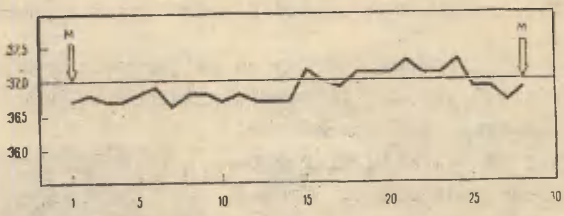
Sõnajalalehe fenomeni uuring on alljärgnev: emakakaelakanali sisaldisest viiakse tilgake alusklaasile, hõõrutakaa laiali, lastakse õhu käes kuivada mone minuti vältel ning mikroskopeeritakse. Preparaat säilib pikemat aega.

Joon. 32. Positiivne sõnajalalehe fenomen.

* Clifti proov: määratakse emakakaelakanali sisaldise venivusaste. Korntangi lehed avatakse aeglaselt ja võetakse emakakaela sisaldist. Jälgitakse, millal limaniidike rebeneb. Menstruaaltsükli esimeses faasis venivusaste suureneb, saavutades ovulatsiooni ajal maksimumi (11-15 cm), tsükli teises faasis ta langeb.

2.3.4.3. Basaaltemperatuur.

Üks lihtsamaid mooduseid, mis võimaldab kahefaasilist tsüklit, seega ovulatsiooni diagnoosida, on rektaaltemperatuuri mõõtmine. Kahefaasilise tsükli kindlakstegemine on oluline mitmesuguste menstruaalfunktsiooni häirete, aga samuti steriilsuse korral. Esmakordselt kirjeldas van de Velde 1904. a. basaal- ehk rektaaltemperatuuri kahefaasilisust menstruaaltsükli vältel. Nimelt on basaaltemperatuur menstruaaltsükli esimesel poolel, s. o. proliferatsioonifaasia madalam ning tsükli teisel poolel ehk sekretsioonifaasia kõrgem. Temperatuuri vahe esimeses ja teises faasis peab olema 0,4 - 0,6° C piires. Seega tavaliselt proliferatsiooni faasis on täheldatav temperatuur alla 37,0° C ning sekretsiooni faasis üle 37,0° C (joon. 33). Basaaltem-



Joon. 33. Basaaltemperatuur kahefaasilise ehk ovulatoorse tsükli korral (pikiteljel tsükli päevad, ristiteljel t°, M - menses).

peratuuri tõusu tsükli teisel poolel seostatakse progesterooni produktsiooni tõusuga organismis, mis on seoses kollaskeha kujunemisega. Kas ovulatsioon toimub vahetult enne temperatuuri tõusu või temperatuuri tõusul, pole käesoleva ajani teada.

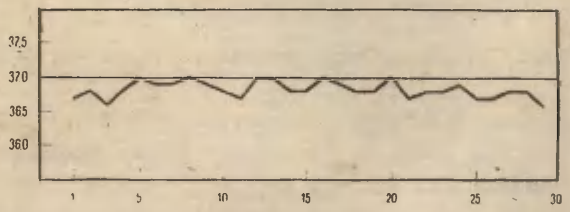
Temperatuuri mõõtmine toimub järgnevalt: igal hommikul vahetult pärast ärkamist, seega enne ülestõusmist, mõõdab patsient kehatemperatuuri rektaalselt 5 - 7 minuti vältel. Soovitav on, et mõõdetakse enam-vähem samal kellaajal. Saa-

dud andmed märgib haige täpselt üles. Otstarbekohane on andmed märkida tabeli kujul (vt. allpool toodud tabelit), mis on ülevaatlik ning mille järgi võib vajaduse korral teha graafilise kõvera. Mõõtmiste arv sõltub kõrvalekalde iseloo-

Kuupäev	Temperatuur	Menses

must. Näiteks mitmesuguste menstruaaltsükli häirete korral on vaja basaaltemperatuuri mõõta vähemalt 2 - 3 kuu vältel, raseduse kahtluse korral 15 - 17 päeva jooksul.

Ovaariumide talitluse häire korral ilmnevad basaaltemperatuuris iseloomulikud kõrvalekalded. Nii puudub anovulatoorse ovariaaltsükli korral temperatuuri tõus tsükli teisel poolel (joon. 34).



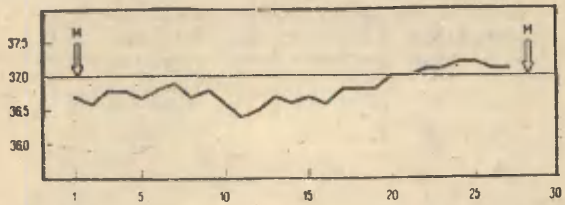
Joon. 34. Basaaltemperatuuri andmed ühefaasilise ehk anovulatoorse tsükli korral.

Mõningatel juhtudel tulevad ilmsiks tsükli II faasi kestuse muutused. Nimelt lüheneb või pikeneb kõrgenenud temperatuuriga periood (joon. 35). Teatavasti kestab sekretsioonifaas tavaliselt 14 päeva piires.

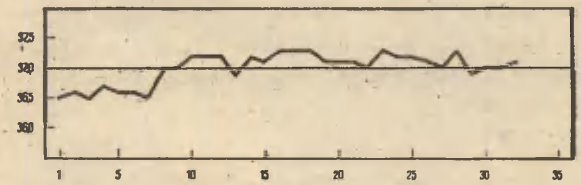
Kui basaaltemperatuur tõuseb teises faasis üle 37,0° C, kuuriided ei ilmu oodatud ajal ja temperatuur püsib mainitud tasemel või koguni tõuseb, tuleb eelkõige mõelda rasedusele (joon. 36). Seega basaaltemperatuuri andmed aitavad

TRÜ Raamatukogu

diagnoosida rasedust tema varases järgus. Eriti olulised on basaaltemperatuuri andmed siis, kui esimestel raseduskuudel ilmuvad veel vähesed lühiajalised kuuriided.



Joon. 35. Basaaltemperatuuri kõver atüüpiline, II faas lühenenud.



Joon. 36. Basaaltemperatuur raseduse korral.

On juhte, kus basaaltemperatuur on pidevalt üle 37,0°C, ilma et rasedus esineks. Viimane võib olla tingitud mitmesugustest haigustest, millega kaasnevad subfebriilne temperatuur, kuid ei tohi unustada ka persisteeriva kollaskeha võimalust.

2.3.4.4. Emakaõõne prooviabrasioon.

Täpse vastuse kahefaasilise tsükli olemasolust annab emakaõõne prooviabrasioon menstruaaltsükli teisel poolel, s. t. eeldatavas sekretsioonifaasis. Juhtudel, kui on tegemist ühefaasilise, s. t. anovulatoorse tsükliga ei toimu üleminekut proliferatsiooni faasist sekretsiooni faasi ning emakakaabise patoloogilis-histoloogilisel uuringul leitakse,

et emaka limaskest on proliferatsiooni faasis. Seevastu ovulatsiooni toimumisel sedastatakse emaka limaskesta sekretsiooni faasis.

2.3.4.5. Vargas-Rivoire nahatest. 1/c östradiooli 0,1 ml

Patsiendile manustatakse menstruatsiooni lõppedes käsivarde intrakutaanselt 0,1 ml östradiooli (50 000 t.ü. milliliitris), tekib kublake 5 - 6 mm läbimõõduga. Ovulatsiooni ajal, s. t. tsükli 12. - 14. päeval tekib kubla ümber punane, umbes 10 mm läbimõõduga oreool ja tõuseb nahapinnast kõrgemale. Naha punetusele kaasub kerge sügelemine. Reaktsioon kaob 1 - 3 päeva möödudes. Järgmise ovulatsiooni ajal võib proov samuti osutuda positiivseks, kuid nõrgemalt.

Proov põhineb allergilisel reaktsioonil ning on positiivne östrogeensete hormoonide suure sisalduse korral. Teatavasti normaalselt on kõige kõrgem mainitud hormoonide sisaldus ovulatsiooni ajal. Hüpoöstrogenismi korral on proov negatiivne. Hüperöstrogenismi korral võib tugevalt positiivne olla ovulatsiooni ajal või tugevalt positiivne kogu tsükli vältel või tugevalt positiivne ovulatsiooni ajal ja enne menstruatsiooni. Uuring on küllaltki täpne ja vajaks senisest laialdasemat kasutamist.

2.3.5. Uuringud lastetu abielu põhjuste selgitamiseks.

Lastetu abielu korral osutub vajalikuks nii naise kui mehe mitmekülgne uuring. Rasestumatuse põhjuseks naisel võib olla munajuhade sulgus, kuid samuti munasarjade muutunud talitlus, anovulatoorne tsükkel jne.

2.3.5.1. Munajuhade läbitavuse diagnostika.

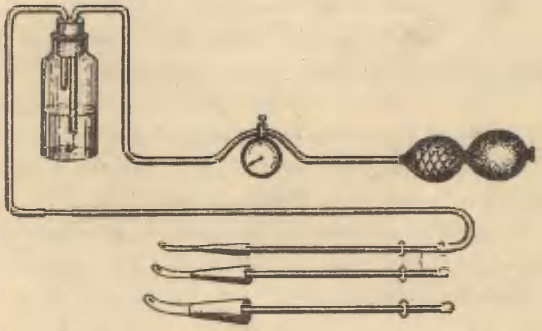
2.3.5.1.1. Munajuhade läbipuhumine ehk pertubatsioon (pertubatio, продувание фаллопиевых труб).

Pertubatsioon võimaldab diagnoosida munajuhade sulgust, kuid teha võib ainult juhtudel, kui genitaalides ei esine

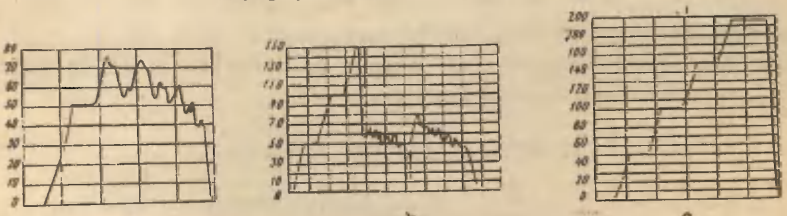
ägedaid ega alaägedaid põletikke, tuumoreid, vereeritust tupe kaudu, samuti patsient ei põe mingisugust üldhaigust. Tupe puhtusekraad peab olema I - II, ei tohi esineda emakakaela ega emakakaelakanali põletikke. Settereaktsioon ning keha temperatuur peavad olema normis, samuti leukotsüütide arv.

Uuring teostatakse menstruaaltsükli 9. - 14. päeval, vajaduse korral ambulatoorselt, kusjuures pärast uuringut peab haige lamama vähemalt 2 tundi.

Aparaat munajuhade läbipuhumiseks võib olla lihtne (joon. 37). Kaasajal kasutatakse ka kümograafiga varustatud aparaate (joon. 38).



Joon. 37. Pertubatsiooniaparaat Mandelstami järgi (a - emakaõõnde viidav kanüül tihendajaga; b - manomeeter).



a b c

Joon. 38. Pertubatsiooni kümogrammid Mandelstami järgi. a) munajuhad läbitavad, b) munajuhade spasm (nool tähistab korduvat õhu sisseviimist, c) munajuhade sulgus.

Sisse võib viia tavalist toa õhku pumpamise teel või suure süstla abil. Uuringu ajal tuleb kinni pidada kõigist aseptika nõuetest. Peale tavalist välissuguelundite tualetti ning tupeloputust avatakse tupp peeglitega, tupp, emakakael puhastatakse sublimaadilahusega ning sellele järgnevalt jodeeritakse. Abiline hoiab peegleid. Emakakaela eesmine huul fikseeritakse kuultangidega, emakaõõs sondeeritakse ja sinna viiakse kanüül spetsiaalse tihendajaga. Viimane jääb emakakaelakanali ning tema välissuudme piirkonda ning takistab õhu tagasivoolu. Õhu sisseviimisel emakaõõnde tuleb pidevalt kontrollida rõhku. Viimast tõsta ettevaatlikult algul kuni 50 mm Hg, siis 100 - 150 mm Hg. Ohtlik on tõsta rõhku üle 180 mm Hg, kuna see võib põhjustada munajuha ruptuuri.

Munajuhade läbitavuse korral satub õhk kõhuõõnde, vastupanu praktiliselt puudub ning sellest tingituna langeb rõhk manomeetril suhteliselt kiiresti, ca 30 - 60 sekundi jooksul. Samaaegselt õhu sisseviimisega tuleb auskulteerida alakõhtu stetoskoobi või fonendoskoobiga nii vasakul kui paremal pool. Munajuha läbitavuse korral on kuulda iseloomulik vuhisev kahin. Munajuhade läbitavuse korral uuringu ajal või hiljem tekib valu õlas või õlgades. Positiivset freenikuse sümptoomi tuleb pidada põhiliseks munajuhade läbitavuse näitajaks. Täpsemalt on võimalik otsustada munajuhade patoloogia iseloomu üle, registreerides pertubatsiooni ajal kümograafil vastupanu, mida osutavad munajuhad sisseviidavale õhule. Nii on võimalik kümogrammidel eristada munajuhade läbitavust, nende spastilist kokkutõmmet, sulgust (joon. 38).

Munajuhade läbitavust võib kindlaks teha ka pertubatsiooni järel röntgenis. Nimelt, kui munajuhad või üks munajuhadest on õhule läbitav, on täheldatav subdiafragmaalne õhumull, mis tuleb nähtavale, kui kõhuõõnde on sattunud vähemalt 30 ml õhku. Viimane püsib positiivsena kuni 48 tundi.

Ei tohi unustada, et munajuhade reflektoorne spasm võib simuleerida sulgust. Viimase vältimiseks soovitatakse uuritavale eelnevalt süstida naha alla sol. atropini sulfurici

0,1 % - 1,0 ml või 5 päeva vältel enne uurimist süstida Sol. pregesteroni 0,5 % - 1,0 ml lihasesse. Nii atropiin kui kellaskeha hormoon alandavad munajuhade toonust.

Pertubatsioonile ei omistata üksnes diagnostilist tähtsust, vaid üksikutel juhtudel on tal ka raviv toime. Nimelt kuni 10 %-l patsientidest on järgnenud pärast uuringut rasestumine, mida seostatakse kergete liidete lahtiminekuga seoses õhu sisseviimisega rõhu all.

Munajuhade läbipuhumisele võivad kaasuda komplikatsioonid. Nii on täheldatud põletikke genitaalides kuni peritoniidi tekkeni aseptika ning antiseptika nõuetest mitte kinnipidamisest, kuid ka juhul, kui ei ole arvestatud eespool loetletud vastunäidustusi. Ülemäärast rõhku kasutades võib järgneda munajuha raptuur. Pertabatsioon võib olla õhkemboolia põhjuseks. On teada kasuistlikke juhte, mis on lõppenud letaalselt õhkembeolia tekke tagajärjel.

16-20 p

2.3.5.1.2. Hüsterosalpingegraafia (hysterosalpingographia, гистеросальпингография) ehk metrosalpingogrsafia (metresalpingographia, метросальпингография).

Mainitud uuringu abil on võimalik juba märgatavalt täpsemalt diagnoosida munajuhade seisundit. Me ei saa ainult vastust küsimusele, kas munajuhad on sulgunud või mitte, vaid diagnoesime sulguse piirkonna, munajuhade kuju muutused jne. Samaaegselt on võimalik filmil sedastada muutusi emakaõõnes, nagu seda on submukoossed müoomisõlmed, polüübid, kaavumi kuju ning suuruse muutused, emaka väärarengud jne. Hüsterosalpingograafia on oluline emaka fibromüoomide ning ovariaalsete tuumorite diferentsiaaldiagnostikas.

Hüsterosalpingegraafia teostajaiks on günekoloog koos röntgenoloogiga. Protseduur on teostatav ainult röntgenikabinetis. Analoogiliselt pertubatsioonile võib seda teostada ambulatoorselt, kusjuures ka siin kehtib nõue, et patsient pärast pretseduuri jääb arsti kontrolli alla lamama vähemalt kaheks tunniks.

Hüsterosalpingograafia põhimõte ühtib pertubatsiooniga, erinevuseks on mitte õhu vaid kontrastaine sisseviimine suhteliselt madala rõhu all. Uuringuks on vajalikud tupepeeglid, korntangid, emakasond, spetsiaalne süstal kanüüli ja tihendajaga (joon. 39), kontrastaine.

Joon. 39. Hüsterosalpingograafia teostamine.

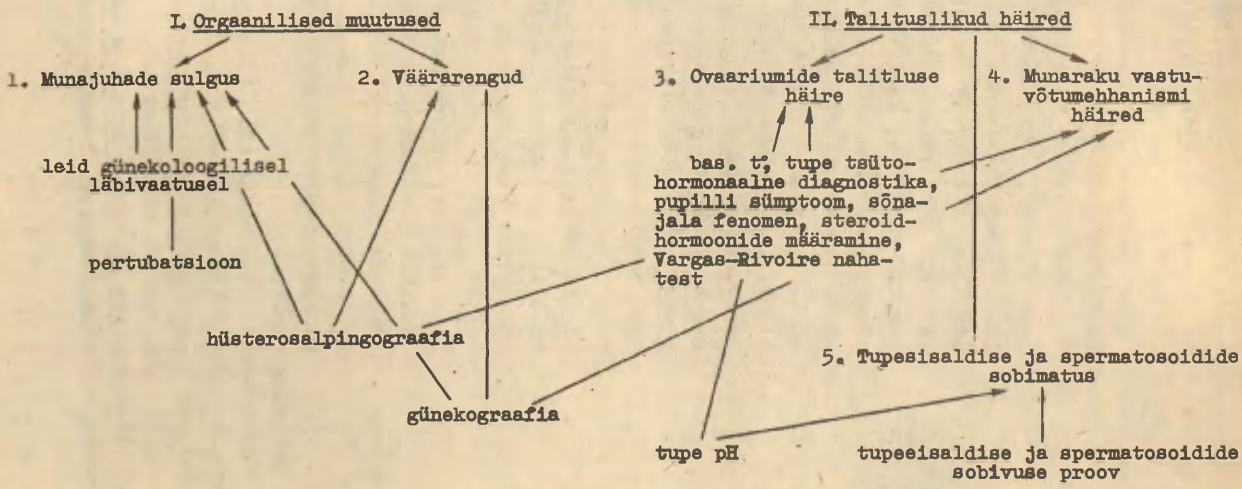
Operatsiooni käik: tupp avada tupepeeglitega, tupp, emakakael puhastada sublimaadilahusega. Emakakaela ülemine huul fikseerida kuultangidega. Emakaõõs sondeerida, määrates kindlaks kaavumi sügavuse, kulgemise suuna. Järgnevalt viime emakaõõnde süstlaotsiku, mis on varustatud tihendajaga emakakaelakanali välise suudme sulgemiseks, et kontrastaine ei valguks tagasi. Kontrastaine sattumist emakaõõnde, sealt edasi munajuhadesse jälgida röntgeniekraanil. Kui vajalikul hulgal kontrastainet on viidud emakaõõnde, teha film. Järgmised filmid teha mõne minuti jooksul. Järgmisel päeval on vajalik teha kontrollülesvõte. Ainult juhul, kui saab täheldada vaba kontrastainet kõhukoopas, on ühe või mõlema munajuha valendikud avatud.

Komplikatsioonina uuringule võib järgneda infektsioon, kui ei ole silmas peetud vastunäidustusi hüsterosalpingograafia teostamiseks või ei ole kinni peetud aseptika nõuetest.

Samuti võivad hüsterosalpingograafia ajal rebeneda nõrgad munajuha valendikku sulgevad liited.

Kontrastainena kasutatakse kõige enam vees mittelahustuvaid (jodolipool) ning harvem vees lahustuvaid (sergosiin). Kontrastainet viiakse sisse väikestes kogustes ca 3,0-5,0 ml, millest tingituna ei tohiks kahjustuda emaka- ning munajuha

Naise lastetuse põhjuse selgitamise skeem



limaskest. Samuti ei tule röntgenkiirituse kahjustav toime praktiliselt arvesse, kuna see uuringu ajal ei ületa 1,4 rö.

Vastunäidustused ja patsiendi ettevalmistused uuringuks ühtivad ettevalmistustega pertubatsiooniks. Rangelt on vajalik kinni pidada anti- ning aseptika nõuetest. Metrosalpingograafia on lubatud genitaaltuumorite korral.

Uuringu teostamise sobivaimaks ajaks on menstruaaltsükli II faas (näit. 28-päevase tsükli korral 16. - 20. päev), mil munajuhade toonus on suhteliselt madalam. Samuti on siin näidustatud eelnevalt kollaskeha hormooni või atropiini kasutamine.

2.3.5.2. Mehe steriilsuse diagnostika.

Mehe steriilsust diagnoosib uroloog, veneroloog või androloog. Otsuse langetamisel on vaja hinnata ejakulaadis esinevate spermarakkude arvu, nende liikumisvõimet ning samuti morfoloogilisi omadusi. Ühtlasi on tähtis ferment hüaluronidaasisisaldus.

Normi korral, nimetatakse ka normoaspermia, ejakulaadi kogus on 3,5 - 5 ml, spermatosoide 60 000 000 - 120 000 000 ühes milliliitris. Neist liikuvaid vorme 80 % ja tavalise ehitusega 80 - 85 %. Patoloogia korral eristame 4 gruppi:

1) Oligospermia. Spermatosoide 30 000 000 - 60 000 000 ühes milliliitris, neist liikuvaid 65 - 80 %, normaalse ehitusega 70 - 80 %.

2) Hüpospermia. Spermatosoide 1 000 000 - 30 000 000 ühes milliliitris, neist ca 30 % nõrgalt liikuvad ning ainult 5 - 10 % normaalse struktuuriga.

3) Asoospermia. Spermatosoidid puuduvad, küll aga esinevad spermiogeneesi rakud (spermatogooniad, spermatofüüdid).

4) Aspermie. Puuduvad spermatosoidid.

Mõningatel juhtudel hindab günekoloog orienteerivalt ejakulaadi seisundit. Nimelt on võimalik katkestatud suguühtel koguda ejakulaati väikesesse laia kaelaga pudelisse ning see tuua naistenõuandlasse uuringule. Silmas tuleb pi-

dada, et ei toimuks ejakulaadi temperatuuri langust, optimaalne on kehatemperatuur. Ei saa õigeks pidada ejakulaadi kogumist kondoomi, kuna coitus condomatus'e korral võivad spermatosoidid kahjustuda.

Soovitavaks tuleb pidada tupe-, emakakaelavooluse ja spermatosoidide sobivuse proovi Šuvarski-Huhneri järgi. Sel puhul võetakse 1 - 2 tunni möödumisel suguühtest uuringumaterjali tupe tagumisest võlvist ja emakakaelakanalist. Uuringumaterjal asetatakse eraldi alusklaasile, vajadusel lisatakse 1 - 2 tilka sooja füsioloogilist lahust, kaetakse katteklaasiga, mikroskopeeritakse. Uuring on positiivne, kui vaateväljas on vähemalt viis energiliselt liikuvat spermatosoidi; nõrgalt positiivne, kui alla viie ja negatiivne, kui vaateväljas spermatosoidid üldse puuduvad või on liikumatud. Proov võtta eeldatava ovulatsiooni ajal, sest tavaliselt sel perioodil saame positiivse tulemuse. Kui ühekordne uuring on negatiivne, siis korrata.

2.3.6. Instrumentaalsed uuringud.

2.3.6.1. Emaka sondeerimine.

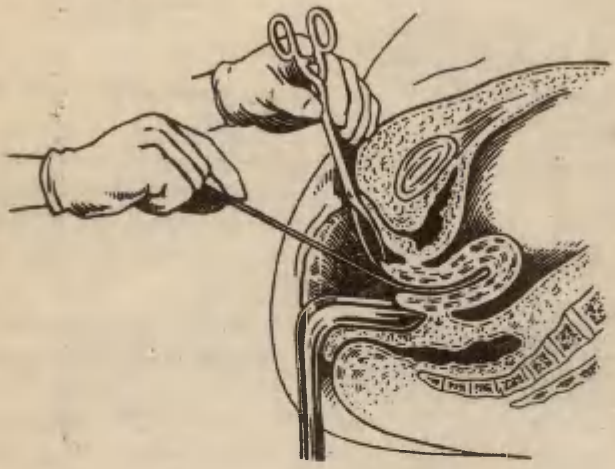
Sondeerimine on vajalik juhtudel, kui on ebaselge emakakaelakanali või emakaõõne seisund. Sondeerimisel sedastame emakakaelakanali, samuti kaavumi sügavuse, millises asendis on emakas, samuti mitmesuguste normist kõrvalekallete olemasolu (emakakaelakanali striktuur, kaavumi suurus, kuju muutus, submukoosne müoomisõlm, emaka väärareng jne.) (joon.40). Oluline on sondeerimine müoomi ja ovariaalse tuumori diferentsiaaldiagnostikas.

Sondeerimine on uuring, mida võib teostada ainult kindlatel näidustustel, rangelt kinni pidades aseptika nõuetest. Ambulatoorselt sondeeritakse vaid erandjuhtudel.

Haige ettevalmistus uuringuks: haige tühjendab põie. Välissuguelundite tualett (välissuguelundid raseeritakse, pestakse jooksva, sooja desinfitseeriva lahuse joa all seebiga). Pesemiseks sobivaim on kasutada sublimaadi 1 : 3000 lahust. Sama lahusega loputatakse tuppe. Tuharate alla ase-

tatakse steriilne rätik, jalga tõmmatakse steriilsed sukad.

Uuringuks on vajalikud steriilsed tupepeeglid, korntangid, kuultangid, emakasond, vatti, desinfitseerivat lahust (sublimaadi 1 : 3000 lahust), joodi.



Joon. 40. Emaka sondeerimine.

Arst kannab uuringu ajal steriilseid kindaid.

Sondeerimine: tupp avatakse peeglitega. Emakakael ja tupeseinad puhastatakse sublimaadilahusega, kuivatatakse, jodeeritakse. Emakakaela ülemine huul fikseeritakse kuultangidega, ettevaatlikult viiakse sisse emakasond, viimast hoitakse peos nagu küretti (joon. 41). Emakasond lõpeb nupuga, et mitte vigastada emaka seinu, ühtlasi on sondil sentimeetermõõdustik.

Sondi sisseviimine kuni emakapõhjani toimub tavaliselt vabalt, kui ei esine patoloogilisi muutusi. Normaalse emaka korral läheb sond sisse 7 - 8 cm, millest emakakaela pikkus on ca 3 cm ning emaka kaavumi ca 4 - 5 cm. Emakaõõne suurenemist täheldatakse emakamüoomide korral. Juhul, kui tavaline sond ei ole emakakaelakanali välisele või seesmisele suudmele läbitav, võtta peenem sond. Tuleb teada: mida peenem

sond, seda kergemini on võimalik perforeerida!

Sondeerimise lõpetamise järel eemaldatakse kuultangid, emakakael jodeeritakse.

Joon. 41.

2.3.6.2. Emakaõõne prooviabrasioon (abrasio cavi uteri probatoria, пробное выскабливание полости матки).

Leiab kasutamist nii diagnostilisel eesmärgil kui ka verejooksu sulgemisel, seega ravi eesmärgil. Näidustuseks on mitmesuguse etioloogiaga emakaverejooksud, kuid samuti anovulatoorse tsükli sedastamine.

Vastunäidustuseks on ägedad ning alaägedad suguelundite põletikud. Erandi moodustavad tugevad emakaverejooksud, kus mitte ainult diagnostilisel, vaid verejooksu sulgemise eesmärgil on vajalik abraseerida emakaõõs. Erandjuhtudel võib abraseerida ambulatoorselt.

Ettevalmistused operatsiooniks: haige tühjendab põie. Teostatakse välissuguelundite tualett. Tuharate alla asetatakse steriilne rätik, jalga tõmmatakse steriilsed sukad.

Operatsiooniks on vajalikud: steriilsed tupepeeglid, korntangid, kuultangid, emakasond, emakakaela laiendajad ehk Hegari laiendajad, küretid, desinfitseeriv lahus, jood, valutustamiseks novokaiinilahus.

Enne prooviabrasiooni peab arst tegema vaginaalse bimanuaalse läbivaatuse, seega ta peab olema täpselt orienteeritud emaka suurusest ning asendist. Arst kannab emakaõõne prooviabrasiooni ajal steriilseid kindaid.

Operatsiooni käik: tupp avada peeglitega, puhastada

desinfitseeriva lahusega, fikseerida emakakaela eesmine huul kuultangidega. Eesmine tupepeegel väljutada. Alumist peeglit hoiab õde.

Tavaliselt tehakse emaka prooviabrasioon lokaalse novokaiinituimastuse abil. Enam kasutatakse meetodit, kus bilateraalselt tupe külgmisesse võlvi viiakse 30 - 40 ml 0,25-0,5 %-list novokaiinilahust. Tuimastus saabub kiiresti.

Emakaõõne sondeerimisel määrata emaka suurus ning asend. Järgnevalt dilateerida emakakaelakanal. Hegari laiendajatega. Alustada sellise laiendajaga, mis on emakakaelale läbitav. Mõnikord verejooksu ajal on emakakaelakanal kergelt avatud, sel korral võib alustada laiendajast nr. 3 või isegi nr. 4. Laiendajat hoida käes nagu sulepead, viia emakakaelakanali seesmisest suudmest läbi, mitte kaugemale. Laiendaja viia sisse parema käega, vasema käega kuultangide abil emakas fikseerida. Et emakakaelakanal oleks läbitav keskmise suurusega küretile, jätkub laiendajast nr. 10 - 11, väikse küreti jaoks laiendajast nr. 7 (iga laiendaja järgmise numbri läbimõõt suureneb 1,0 mm võrra).

Emakakaelakanali laiendamisele järgneb abraseerimine ehk küretaaž nii, et küreti aasa nõgusus on pööratud emaka seina poole. Orienteerumiseks, kuhu poole on suunatud aasa kumerus on käepidemel lohk, kus abraseerimise ajal arst hoiab nimetissõrme (joon. 41). Küretт viia sisse ettevaatlikult, julgemalt väljutada. Tavaliselt algame emakaõõne abrasiooni emaka parempoolsest nurgast, liigume kellaosuti liikumise suunas vasemale, kusjuures iga uus küreti tõmme katusekivi taoliselt katab eelmise. Vajadusel kontrollime emaka nurki väikese küretiga.

Juhtudel, kus on vajalik kindlaks teha emaka limaskesta faas, näiteks anovulatoorse tsükli kahtluse korral, aitab ainult ühest küreti tõmbest emaka põhjast kuni emakakaelakanali seesmise suudmeni.

Kahtluse korral kartsinoomi paiknemisele nii emakakaelakanalis kui emakaõõnes teeme nn. f r a k t s i o n e e r i t u d p r o o v i a b r a s i o o n i . Sel puhul abraseerime emakakaelakanali väikese küretiga, kaabise kogu-

NB!

me, ning selle järel kogume emakaõõne abrasiooni kaabise eraldi nõusse.

Tuleb silmas pidada, et abrasioonil saadud materjalist eraldame kõik limaskestaosised, loputame füsioloogilises lahuses, selle järel asetame anatoomiliste pintsettidega väikesse pudelisse või katsutisse ning fikseerime etüülalkoholi 70 %-lises lahuses või formaliini 4 - 10 %-lises lahuses.

Prooviabrasioonil peab arst silmas pidama võimalikke komplikatsioone: emakakaela rebendi teke dilateerimisel, emaka perforeerimine, infektsiooni sisseviimine.

2.3.6.3. Cavum Douglase punktsioon e. tagumise tupevõlvi punktsioon (Punctio cavi Douglasi, пункция заднего свода влагалища).

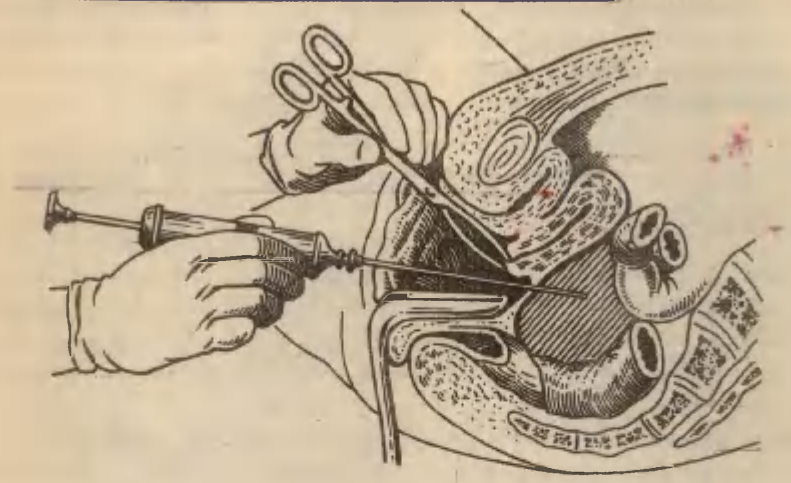
Kasutatakse eelkõige emakavälise raseduse diagnoosi täpsustamiseks, kuid samuti cavum Douglase abstsessi korral mäda evakueerimiseks. Mõningatel juhtudel manustatakse tupe tagumise võlvi kaudu ravimeid, näiteks streptomütsiini genitaaltuberkuloosi korral.

Cavum Douglase punktsioon on operatsioon, mida saab teha diagnostilisel eesmärgil a i n u l t s t a t s i o n a a r i s , kus vajaduse korral on kohe võimalik teostada laparotoomia.

Haige ettevalmistus: välissuguelundite tualett. Juhul kui eritub emakast verd, tuppe ei loputata.

Operatsiooni käik: Tupp avada peeglitega, emakakael, tupeseinad puhastada sublimaadilahusega, jodeerida. Emakakaela t a g u m i n e huul fikseerida kuultangidega. Punkteerida tupe limaskesta ülemineku piirist emakakaela katvaks limaskestaks ca 1,0 - 1,5 cm distaalsemalt, keskjoonel. Juhul, kui on tagumine võlv tugevalt ette võlvunud, siis punkteerida enam väljaulatuvast kohast. Eelnevalt punktsioonile viia sisse valutustamise eesmärgil peenema nõelaga 20,0 ml 0,25 - 0,5 %-list novokaiinilahust. Järgneb punktsioon (joon. 42). Aspireerida süstlaga. Jälgida, kas eritub vedelikku ka tühja nõelaga. Punktsioonil võime saada verd, mis

võib olla arteriaalne veresoone vigastusest tingitult; vana veri hüüvetega tõendab emakavälise raseduse olemasolu.



Joon. 42. Tupe tagumise võlvi punktsioon.

Hüüvete olemasolu kindlakstegemiseks väljutatakse tavaliselt süstlasse aspireeritud veri marlitampoonile, kus need tulevad hästi nähtavale.

Punktsioonil võib saada mäda (pelveoperitoniit, perforeerunud püosalpinks, perforeerunud põletikuline apendiks); võib saada seroosset vedelikku (põletikulised muutused emakamanustes, astsiit). Juhul kui saadakse mäda, tuleb seda bakterioloogiliselt uurida, et selgitada mädatekitajate olemasolu ning nende resistentsust antibiootikumide ja sulfoonamiidide suhtes. Saades mäda või seroosset vedelikku, manustatakse sama nõela kaudu tavaliselt antibiootikume cavum Douglasesse.

Punktsiooninõela eemaldamisel tuleb tupe tagumine võlv jodeerida. Kontrollida vereerituse suhtes.

2.3.7. Endoskoopia. Günekograafia.

Endoskoopilistest uuringutest kasutatakse enam günekoloogias kuldoskoopiat ja laparoskoopiat. Mainitud uuringuid teostatakse ainult statsionaaris rangelt kinni pidades antining aseptika nõuetest.

Kuldoskoopia all mõistame seesmiste suguorganite visuaalset kontrolli endoskoobi abil, mis on viidud cavum Douglase kaudu kõhukoopasse.

Näidustused mainitud uuringumeetodi kasutamiseks on juhud, kui tavaliste uuringute rakendamine pole toonud selgust diagnoosimiseks. Nii näiteks kasutatakse kuldoskoopiat emakavälise raseduse kahtluse aga samuti suguelundite tuberkuloosi, endometrioosi kahtluse korral juhtudel, kui on ebaselge tuumorite genees jne.

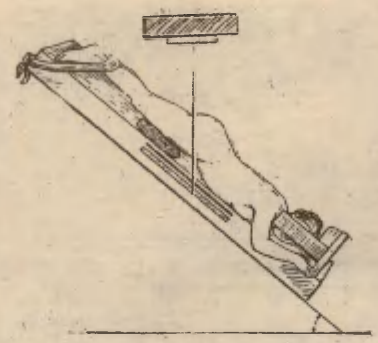
Vastunäidustuseks on ägedad põletikud, põletikulised tuumorid või infiltraadid väikevaagnas, liited, fikseeritud emaka paine taha. Samuti on vastunäidustuseks mitmesugused naise organismi haigestumised, nagu südame dekompensatsioon, kõrge vererõhk jne.

Laparoskoopia korral viiakse endoskoop (võib kasutada ka tavalist torakoskoopi) sisse ca 4 cm allpool naba keskjoonel. Eelnevalt on rajatud pneumoperitoneum. Selleks viiakse kõhuõõnde 1200 - 2000 ml hapnikku.

Samuti leiab laparoskoopia kasutust juhtudel, kui diagnoos on lahtine, vaatamata mitmetele uuringutele. Vastunäidustusteks on mitmesugused raskelt kulgevad üldhaigestumised, diafragmaalne hernia, kapseldunud abstsess kõhukoopas, liited jne.

Üheks uuringumeetodiks raskelt diagnoositavatel juhtudel on samuti günekograafia. Viimase all mõistame väikevaagna elundite röntgenoloogilist uuringut pneumoperitoneumi rajamise järel. Saadud filmi nimetatakse günekogrammiks. Röntgenoloogiliselt saab uurida kõhuli lamavat haiget, kelkel on jalad tõstetud üles (joon. 43).

Vastunäidustused günekograafiaks on südame- ja vereringe puudulikkus, ägedad põletikulised protsessid kõhukoopas, tugev meteorism, astsiit jne.



Joon. 43. Haige asend röntgenifilmi tegemisel günekograafia korral.

Soovitatakse kombineerida pneumoperitoneumi hüsterosalpingograafiaga. Kontrastaine sisseviimine pneumoperitoneumi rajamise järel võimaldab täpsemalt sedastada liidete olemasolu väikevaagnas, munajuhade patoloogilisi muutusi jne. Osutub võimalikuks täpsustada patoloogia paiknemist väikevaagnas.

S i s u k o r d .

Sissejuhatus.

1. Haige küsitlus 4

2. Objektiivne uurimine 9

2.1. Üldine läbivaatus 9

2.2. Günekoloogiline läbivaatus. 12

2.2.1. Ettevalmistused haige günekoloogiliseks läbivaatuseks 12

2.2.2. Läbivaatus 14

2.2.2.1. Välissuguelundite uuring. . . 14

2.2.2.2. Vaagnapõhja seisundi hindamine 15

2.2.2.3. Kombineeritud bimanuaalne palpatsioon 15

2.2.2.4. Läbivaatus tupepeeglitega . . 23

2.2.2.5. Günekoloogilise leiu dokumenteerimine 27

2.3. Günekoloogilised uuringud 29

2.3.1. Tupesisaldise ehk valgevooluse uuring. 30

2.3.1.1. Tupe puhtusekraadi määramine. 30

2.3.1.2. Trihhomonaas-kolpiidi diagnostika 33

2.3.1.3. Seenkolpiidi diagnostika . . 34

2.3.1.4. Tupesisaldise pH määramine. . 34

2.3.2. Emakakaelapõletike, prekantserooside, pahaloomuliste tuumorite diagnostika . 34

2.3.2.1. Kolposkoopia 34

2.3.2.2. Joodiproov 36

2.3.2.3. Sondiproov 36

2.3.2.4. Aspiratsioon-biopsia. 36

2.3.2.5. Tsütodiagnostika. 36

2.3.2.6. Biopsia 37

2.3.2.7. Emakakaelakanali prooviabrasioon ehk proovikaabe 38
2.3.3. Bakterioloogilised ning bakterioskoopilised uuringud 38
2.3.3.1. Gonorröa 38
2.3.3.2. Tuberkuloos 40
2.3.3.3. Endometriit 41
2.3.4. Ovaariumide talitluse uuring 41
2.3.4.1. Tupesisaldise tsütohormonaalne diagnostika 42
2.3.4.2. Tsüklilised muutused emakakaelakanalis. . 47
2.3.4.3. Basaaltemperatuur 50
2.3.4.4. Emakaõõne prooviabrasioon 52
2.3.4.5. Vargas-Rivoire' nahatest 53
2.3.5. Uuringud lastetu abielu selgitamiseks. 53
2.3.5.1. Munajuhade läbitavuse diagnostika 53
2.3.5.1.1. Munajuhade läbipuhumine ehk pertubatsioon. 53
2.3.4.1.2. Hüsterosalpingograafia ehk metrosalpingograafia 56
2.3.5.2. Mehe steriilsuse diagnostika. 59
2.3.6. Instrumentaalsed uuringud 60
2.3.6.1. Emaka sondeerimine 60
2.3.6.2. Emakaõõne prooviabrasioon 62
2.3.6.3. Cavum Douglase punktsioon e. tagumise tupevõlvi punktsioon 64
2.3.7. Endoskoopia. Günekograafia 66

Тартуский государственный университет
ЭССР, г.Тарту, ул.Пикк,18
К. Гросс

МЕТОДИКА
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОСМОТРА И ОБСЛЕДОВАНИЯ
На эстонском языке

Vastutav toimetaja V. Kask
Korrektor E. Võhandu

TRÜ rotaprint 1971. Trükipoognaid 4,0. Tingtrükipoognaid 3,72. Arvestuspoognaid 3,49. Trükiarv 1000. Paber 30x42. 1/4. Paljundamisele antud 30.XI 1971. MB 10837. Tell. nr. 1037.

Hind 25 kop.

-.05

Hind 25 kop.

V
-1018