TARTU RIIKLIK ÜLIKOOL

P. L. Seltsovski

KIRURGILISTE HAIGUSTE ÕPIK

II

TARTU 1961

V-42398

TARTU RIIKLIK ÜLIKOOL

P. L. Seltsovski

KIRURGILISTE HAIGUSTE ÕPIK

II

TARTU 1961

Originaali tiitel:

П.Л. Сельцовский

УЧЕБНИК ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

(Для студентов медицинских стоматологических институтов)

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

Государственное издательство медицинской литературы
Медгиз - 1957 - Москва

Tõlkinud A. Rulli

Arh.
Tartu Riikliku Ülikooli Raamatukogu
142

IX p e a t ü k k .

PERITONIIT.

Üldõpetus peritoniidist.

Etioloogia ja patogenees.

Peritoniit ehk kõhukelmepõletik on raske ja ohtlik tüsistus, mille puhul on tegu organismi üldise haigestumisega. Enamikul juhtudest on peritoniit mõne kõhuõõnes areneva haigusliku protsessi tulemus. Mõnel juhul ei õnnestu leida peritoniidi lähtekohta. Neid peritoniite nimetatakse krüptogeenseteks.

Peaaegu alati on peritoniit infektsioosse päritoluga.

Infektsiooni sissepääsuteed on järgmised:

1) mao- ja soolevalendikust nende perforeerumisel trauma tulemusena või ka läbi vigastamata sooleseina, nagu see toimub kohutüüfuse puhul;

2) sapi- ja kuseteedest, kusjuures samaaegselt satub kõhuõõnde ka sappi (sapipõiest) või uriini (kusepõievigastused);

3) vahetult teiste organite põletikulistest protsessidest (apenditsiidi destruktiivsed vormid, äge adneksiit, sapipõieflegmoonid ja gangreenid jne.);

4) hematogeensel teel, eriti lapseeas (pneumokokkide peritoniit poeglastel peale angiini, diplokokkide peritoniit tütarlastel).

Kõige sagedasemaks peritoniidi lähtekohaks on seedetrakt, mis on alati väga rikas bakteriaalse floora poolest.

Sisusepidine kõhukelme, mis katab mao ja soolestiku tervet, muutusteta seina, pole seedetraktis elutsevatele mikroobidele läbitav. Patoloogilistel protsessidel, millega kaasub mao- ja sooleseinte elutegevuse langus, (organi limaskesta või kogu selle seina haigused), muutub serooskest mikroorganismidele läbitavaks.

Peritoniiti põhjustavatest haigustest on esikohal apenditsiit (kuni 30 %). Teisel kohal on mulgustunud mao või kaksteistsõrmikuhaavand. Edasi tulevad soolerebendid, sapipõieperforatsioonid, kohutüüfuse haavandite mulgustumised jne. Suur osatähtsus peritoniidi põhjustajatena on günekoloogilistel haigustel. Peritoniidi lähtekohaks võib samuti olla ka mädane tromboflebiit mesenteriaal veresoontes.

Peritoniiti põhjustav mikrofloora võib olla väga mitmekesine.

Meie kliiniku andmeil andis eksudaadi külv järgmisi tulemusi:

kolibaktereid	28% ,
segainfektsiooni	31% ,
gram-positiivseid kepikesi või saprofüüte	34% ,
ilma mikrofloorata	7% .

Tuleb märkida, et ainult kolibakteritest põhjustatud peritoniiti esineb vähem kui 1/3 juhtudest. Raskeid septilisi peritoniite kutsuvad tavaliselt esile streptokokid ja harvem anaeroobid. Streptokokkide peritoniidile on iseloomulik vähene eksudaadi hulk, kusjuures parietaalne kui ka vistseraalne kõhukelme on pisut läikivad, tursunud ja kaetud nagu erosioonidega. Streptokokkide peritoniidi puhul levib infektsioon mõnikord subseroosseid lümfiteid kaudu ja see viib kiiresti septitseemiale.

Varem valitsenud arvamus, et peritoniidihaigetel võib alati leida veres mikrofloorat, ei ole leidnud kinnitust hilisematel uurimistel.

Võttes kokku kõike öeldut,on arusaadav, et haige rasket üldseisundit põhjustab esmajärjekorras infektsioonist esilekutsutud tugev pärssimisseisund tsentraalnärvisüsteemis.

Klassifikatsioon.

Peritoniidi põhjuste, samuti ka kliinilise pildi mitmekesisuse tõttu on vajalik alajaotuste tegemine. Klassifikatsiooni teostati tavaliselt: a) patoloogilis-anatoomiliste, b) etioloogiliste, c) bakteriaalsete, d) protsessi leviku ulatuse, e) peritoniidi kliinilise kulu iseärasuste järgi.

Kõhukelme reaktsiooni iseloomu järgi eraldatakse liituvat, seroos-fibrinoosset ja mädast peritoniiti. See klassifikatsioon pole kliinitsisti seisukohalt küllaldane, seepärast on püütud jaotada peritoniite mikrofloora seisukohast lähtudes.

Leviku järgi jaotatakse peritoniiti: piirdunud - lokaliseerunud ja piirdumata - difuusne, leviv, progresseeruv, roomav ehk vaba peritoniit.

Kõige õnnestunumalt määratleb seda peritoniidi vormi I.I. Grekov: "Levivaks peritoniidiks nimetan neid mädanikke (või põletikke) kõhuõõnes, kus v a s t a v a k l i i n i l i s e p i l d i puhul (meie sõrendus P.S.) väljub operatsiooni haavast mädane seroos eksudaat. Haava ümbruses puuduvad liited, või kui nad esinevad, siis peale nende kerget, ilma jõudu tarvitamata vabastamist voolab haavast uuesti välja mäda. Liidete taga avaneb uus, mädast eksudaati sisaldav kõhuõõne osa".

I.I. Grekov soovitab järgmist klassifikatsiooni.

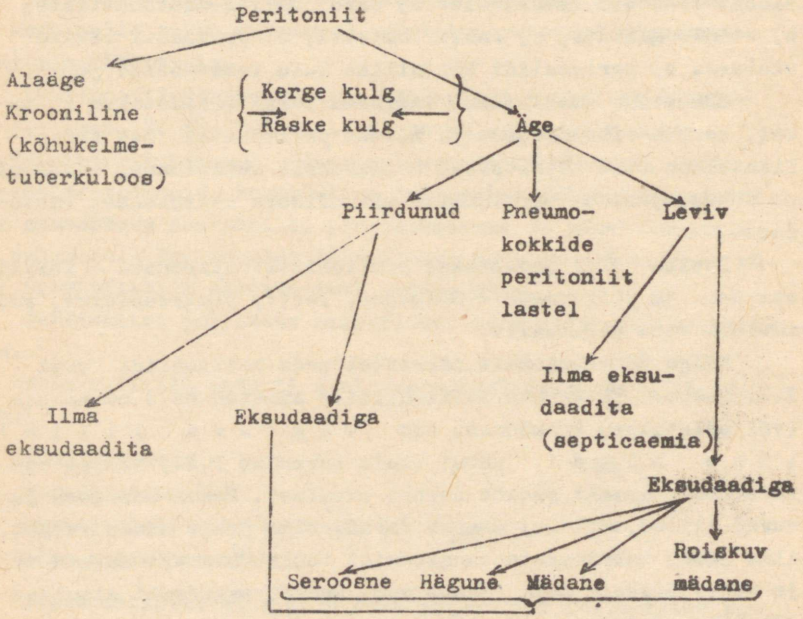
A. Kuiv peritoniit või peritoneaalne roiskveresus (näiteks operatsioonijärgsed peritoniidid). See vorm on ilma eksudaadita, mõnikord esinevad ainult fibrinoossed katud.

B. Mädane või fibrinoos-mädane peritoniit, mida I.I. Grekov jagab kolme arengustaadiumisse:

1. V a r a n e s t a a d i u m : seroos-mädane või puhtmädane eksudaat, sageli väga rikkalik. Levik mõõdukas. Kliiniline pilt selles peritoniidi staadiumis ei ole eriti raske.

2. H i l i n e s t a a d i u m : mäda on paksem, sageli tüüpilise haisuga, temas on rohkesti fibriinilisandeid, esineb soolte omavahelisi kokkukleepumisi. Sooled on turses ja

puhitunud. Kliiniline pilt on raske.



Joon. 1.
Peritoniitide klassifikatsioon.

3. Lõpu- terminaalne staadium: tinahall, sisselangenud nägu, pulss on veel palpeeritav. Kõht peaaegu valutu, selles staadiumis täheldatakse mädakogumeid.

Kõikidest loetletud klassifikatsioonidest vastab kõige enam kliinilisele peritoniidi kulule I.I. Grekovi klassifikatsioon.

Peale ägedate peritoniitide on suur rühm peritoniite, mis kulgevad krooniliselt. Siia kuuluvad eelkõige tuberkuloossed peritoniidid.

Arvestades seda, et peaaegu kõik peritoniidid on sekundaarsed ja primaarsed on ainult sellised peritoniidi vormid

nagu lastel diplokokkide ja pneumokokkide peritoniit, soovitab P.L. Seltsovski järgmist klassifikatsiooni.

Äge peritoniit.

Ägeda peritoniidi kliinilised sümptoomid koosnevad üldistest ja lokaalsetest nähtudest. Kehatemperatuur on peritoniidi puhul tavaliselt kõrgenenud, kuid raskes peritoniidi staadiumis võib temperatuur olla ka normaalne, mis veelgi enam kriipsutab alla seisundi raskust.

Pulss on tavaliselt sage, kusjuures sagedus on seda suurem, mida halvem on prognoos.

Dünaamilised pulsi uurimised koos teiste näitajatega annavad võimaluse hinnata organismi seisundit ja kasutatud ravivõtete efektiivsust. Haige on kaetud külma kleepuva higiga. Areneb soolte parees sellele kaasuva paisuga veresoontes, algab eksudatsioon soolde ja vabasse kõhuõõnde. Vedelikukaotuse tulemusena muutuvad näojooned esiletungivamaks, silmad langevad auku. Keel muutub kuivaks, küünealused ja nähtavad limaskestad muutuvad tsüanootiliseks. Areneb maoparees, laienenud makku koguneb suurel hulgal vedelikku, mis veelgi raskendab eespool kirjeldatud rasket üldseisundit. Samaaegselt kannatab kogu organismi ainevahetus, areneb intoksikatsioon, mürgistub kogu organism. Südametegevus halveneb, pulss muutub pehmeks ja kiireks. Organismi reaktiivsus langeb, haiged on apaatsed ja reageerivad suurtele kannatustele tunduvalt nõrgemini kui haiguse algul.

Vere uurimisel täheldatakse haiguse algul tavaliselt tugevalt väljakujunenud leukotsütoosi, mis langeb vastavalt haigusseisundi raskusele ja valgeverepildi vasemale nihkele. Valgeverepilt iseloomustab peritoniidi kulgu paremini kui leukotsüütide üldarvu muutus. Mida raskem on haige üldseisund, seda suurem on valgeverepildi nihe vasemale. Uriini ilmub valk, silindrid, indikaan. Nahk, eriti kui on tegemist streptokokkide infektsiooniga, on kollaka varjundiga. Kollasus võib olla ka algava hemolüüsi tulemus, mida põhjustab välja-

kujunenud toksiinveresus.

Paiksetest sümptoomidest, samuti kui kõikide teiste kõhuõõnehaiguste puhul, on olulise tähtsusega valu. Valu intensiivsus üksikutes kõhukelmepõletiku staadiumides on erinev. Algul, eriti perforatsioonide puhul, võib valu olla väga tugev ja järsu algusega. Valude järsk algus ja nende intensiivsus osutuvad üheks olulisemaks mulgustumise sümptoomiks. Haiguse edasises kulus vähenevad valud, jäädes haiguse raskes staadiumis juba enam taaplaanile. See seletub organismi vähenenud reaktiivsusega ja äokiseisundi süvenemisega, mis on põhjustatud tsentraalnärvisüsteemi pärsitusest. Valude intensiivsuse vähenemine esineb ka kõige ägedama streptokokkide peritoniidi puhul areneva intoksikatsiooni tulemusena.

Haige uurimisel tuleb osutada tähelepanu kõhuseinte seisundile. Mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandi perforatsiooni puhul on kõhuseinad äärmiselt pingul, pisut sisse tõmbunud ("kõht nagu laud"). Teiste peritoniitide puhul esineb tavaliselt lihtsalt kõhuseinte pinge (defense musculaire). Need sümptoomid ei sõltu haige tahtest ega tema teadlikkusest. Mida tugevamalt nad on välja kujunenud, seda raskem on haige seisund.

Kõhu uurimist ja palpeerimist tuleb teostada äärmise ettevaatusega, püüdes välja selgitada, kus kohal valud on kõige tugevamad. Sageli aitab see diagnoosi täpsustada ja peritoniidi lähtekohta leida.

Peritoniidi sümptoomkompleksis on oluline oksendamine ja iiveldus, mis esinevad tema kõikide vormide puhul. Samuti kui valu, on ka need reflektoorse päritoluga. Okse iseloom võib olla erinev. Tavaliselt oksendatakse mao sisu. Mao sisu oksendamine seletub muutustega, mida magu teeb läbi peritoniidi puhul sõltuvalt ajast, mis on möödunud haiguse algusest. Haiguse algul täheldatakse lima eritust, resorbtsioon väheneb, väheneb ka maomahlas esineva soolhappe sekretsioon. Ilmub oksendamine, mis vastavalt peritoniidi arengule ja ulatusele sageneb, muutudes lõpuks talumatuks.

Peritoniidi edasisel arengul süvenevad kõik ülalkirjel-

datud nähud: maosein muutub lõdvaks, areneb mao ja soolte parees. Magu laieneb ja tema alumine piir võib ulatuda kuni väikese vaagnani. Laienenud makku koguneb maomahla ja ka duodeenumi sisu. Oksemassid värvuvad kollaseks ja nende kogus võib olla mõnikord 1 - 2 liitrit. Oluliseks sümptoomiks osutub samuti ka meteorism.

Kiiresti saabuv soolte paralüüs viib soolte ülitäitumisele eksudaadiga. Eksudatsiooniprotsessis etendavad väga olulist osa neurogeensed faktorid, mida tõendavad I.V. Danilevski uurimused. Lõigates läbi mesenteriaalseid närve, täheldas I.V. Danilovski vedeliku eksudatsiooni sooleluumenisse.

D i a g n o o s . Areneva peritoniidi diagnoosimine ei valmista tavaliselt raskusi. Algavat peritoniiti võib vaadelda kui haigust, mis põhjustab osalist või üldist lihaste pinget kõhuseintel. Selliste haiguste hulka kuuluvad veel: tsentraalne pneumoonia ja pleuriidid, kui protsess levib diafragmaalsele pleurale. Erilist tähelepanu tuleb diferentsiaaldiagnostikas pöörata temperatuurikõvera iseloomule. Järsk kiire tugev temperatuuri tõus, mis on seoses külmavärinatega, annab põhjust kahtlustada pneumoonia olemasolu.

Verevalum kõhukelmetagusesse ruumi võib põhjustada samu sümptoome, mis esinevad peritoniidi puhul. Diferentsiaaldiagnostiliseks sümptoomiks on soolte korisemise puudumine või selle olemasolu. Selle puudumist täheldatakse sagedamini peritoniidi puhul.

Peristaltika võib lakata ka trauma tulemusena, mida tuleb pidada silmas eriti tulirelvavigastustel, samuti aga ka kõikide teiste kõhuõõneorganite traumade puhul. Diferentsiaaldiagnostilisi raskusi peritoniidi ja soolesulguse vahel võib esineda ainult hilisstaadiumis, kus peritoniit väga sageli põhjustab ägedat soolesulgust.

Omapärast pilti täheldatakse tüüfuse peritoniidi puhul, sest kõhutüüfusehaavandi perforatsioon toimub 3-ndal haigusnädalal, kui organism on juba nõrgenenud ja kõik sümptoomid (valu, kõhuseinte pinge) ei kujune välja teravalt. Valu on keskendunud kõhu alumisesse ossa. Hästi väljakujunenud Blum-

berg-Stsotkini sümptoom võib esineda kogu kõhu ulatuses, ta võib olla ka positiivne ainult kõhu alumises osas. Sellise lähtega peritoniitidel esineb oksendamist harva. Peritoniiti võivad põhjustada ka palja silmaga nähtamatud tüüfusehaavandid ja mõnikord ei leita perforatsiooniava hoolikale otsimisele vaatamata. Haavandi perforatsioonikoha otsimist tuleb alustada kõige sagedasemast haavandi esinemiskohast, niudesoolest, 30-50 cm Bauchini klapist. Kõhutüüfuse puhul häiritakse nähtavasti sooleseinte läbitavus, eriti selle serooskihis, mis viibki kõhukelme nakatumisele. Tavaliselt mulgustub üks kõhutüüfusehaavand, kuid võib esineda ka kahe, kolme ja enama haavandi samaaegset mulgustumist.

Peritoniit võib areneda ka mõne soole osa seina flegmooni tulemusena. Sel juhul on haiguse kulg äge: valud nabapiirkonnas, iiveldus, mõnikord ka verine väljaheide. Kindlaid, täpselt piirdunud valupunkte, mis aitaksid diagnoosi täpsustada, selle haiguse puhul kahjuks ei leidu. Haigeid opereeritakse tavaliselt ägeda apenditsiidi diagnoosiga, veel sagedamini aga juba levinud peritoniidiga ja sooleflegmoon osutub operatsioonil ootamatuks leiuks.

R a v i peab peritoniitide puhul olema operatiivne, ükskõik, millisel põhjusel see ka pole tekkinud, välja arvatud pneumokokkide peritoniit lastel. Viimase puhul saadakse tunduvalt paremaid tulemusi konservatiivse raviga, mis seisneb antibiootikumide manustamises suurtes annustes.

Oluline tähtsus on haige õigel ettevalmistusel operatsiooniks, mis on eriti oluline, kui haige saabub raskes seisundis, peritoniidi arengu kõrgpunktis. Kui on diagnoositud peritoniiti ja otsustatud haiget opereerida, tuleb isegi täiesti rahuldava pulsi puhul alustada vereülekannetega või manustada mõnd verd asendavat vahendit. Viimastest on parimad need, mis sisaldavad mõnd narkootikumi (E.A. Asratjan, P.L. Seltsovski). Ülekandeid tuleb jätkata ka operatsiooni ajal ja peale operatsiooni. Haige raske seisundi puhul on verd asendavate vedelikkude asemel parem kasutada vereülekannet. Ülekantava vere kogus võib tõusta ööpäevas 1-1,5 l, kuid koos verd asen-

davate vahenditega kuni 3 l (1-1,5 l verd + 500-700 ml narkootilisi segusid + 1-1,5 l füsioloogilist lahust 5%-list glükoosilahust). Arvestades seda, et peritoniitide puhul esineb peaaegu alati iiveldus või oksendamine, on operatsiooni eel vaja teha tingimata maoloputus, selleks et vältida operatsiooni ajal oksendamist.(Oksendamisel surutakse sooled kõhuõõnest välja, narkoosis on aga peale selle veel oksemassi-de aspiratsioonioht.)

Peritoniitide puhul tuleb püüda kasutada paikset tuimastust, kuna narkoos halvendab tunduvalt haige rasket üldseisundit, mis intoksikatsiooni tulemusena on niigi küllalt raske. Operatsioonihaav (ülemine keskmine) tuleb teha sellel kõhuseina osal, kus asetseb peritoniidi lähtekoht.

Mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandi mulgustusel loetakse parimaks lõikeks ülemist kesklõiget, ägeda apenditsiidi puhul - Djakonov - Volkovitši vahelduvlõiget, mis läbib kõhusirglihase tupe. Sapipõie perforatsioonil tehakse lõige rööbiti parema roidekaarega, kõhutüüfusehaavandi mulgustumisel - alumine kesklõige jne. Neil juhtudel, kui peritoniidi põhjus pole selge, on vaja teha lõige keskjoonel allpool naba ja vajadusel pikendada üles, möödudes nabast vasemalt.

Peale kõhuõõne avamist tuleb, niipalju kui see on võimalik, imeda kõhuõõnest eksudaat välja ja alles siis alustatakse kõhuõõne uurimisega peritoniidi lähtekoha väljaselgitamiseks. Ainult äärmiselt rasketel juhtudel, kui haige üldseisund on lähedane terminaalsele, on lubatav lõpetada operatsiooni ilma peritoniidi lähtekohta likvideerimata, viies kõhuõõnde dreen ja peritoniidi levikut piirav tampoon. Kõikidel ülejäänud juhtudel tuleb kõrvaldada peritoniidi tekkepõhjus. Need on üldnõuded, mida esitatakse otseselt kõikidele ägeda vaba peritoniidi puhul teostatavatele operatsioonidele.

Kõhuõõs tuleb kuivatada hoolikalt ja süstemaatiliselt, kusjuures vedelik tuleb ära imeda ja mitte pühkida, kuna viimane kahjustab vistseraalse kui ka parietaalse peritoneumi pindmist kihti, tugevdab imendumist ja nõrgendab kõhukelme kaitsefunktsiooni. Kõikidel juhtudel, kui on tegemist levi-

nud mädase peritoniidiga, tuleb operatsiooni lõpetamisel jätta haava toru suunaga väiksesse vaagnasse. Juhul, kui on kujunenud tugevad destruktiivsed muutused nagu apenditsiidi puhul või sapipõie perforatsioonil, on vaja jätta sisse põletikukollet ümbrusest eraldav tampoon ja toru kaudu manustada antibiootikume 3–4 päeva kestel.

Operatsiooni lõpul tuleb viia kõhuõõnde suures annuses penitsilliini ja streptomütsiini. Viimast viiakse sisse seepärast, et peaaegu ühel kolmandikul juhtudest esineb kolibaktereid, millele on spetsiifilise toimega just streptomütsiin. Kõhuõõnde viidav kogus ei tohi olla vähem kui 2 g streptomütsiini ja 400 000 Ü penitsilliini, sest seisundi raskus nõuab energilist võitlust mikroflooraga selleks, et eemaldada üht olulist intoksikatsioonilüli. Peale antibiootikumi sisseviimist suletakse toru 4–5 tunniks klemmiga. Teisel, kolmandal ja neljandal päeval tuleb korrata sama koguse, samade antibiootikumide sisseviimist ja seda isegi siis, kui haige üldseisund on paranenud. Antibiootikumide kõhuõõnde viimise päeval haigetele muid antibiootikume ei anta.

Juhul, kui paranemist ei ole märgata või kui see toimub äärmiselt aeglaselt, tuleb süstida alates 5-dast päevast lihastesse 0,25 g streptomütsiini 4 korda päevas ja 100 000 Ü penitsilliini 4 korda päevas. Viimast soovitatakse, arvestades patoloogiliste protsesside ägenemise võimalusi operatsioonihaavas, profülaktiliste annustena võimalikkude abstsesside vältimiseks. Samaaegselt tuleb manustada suu kaudu süntomütsiini või, veel parem, levomütsetiini (kui enam puhastatud preparaati) annuses 0,5 4 korda päevas.

Sellisel energilisel antibiootikumide kasutamisel, mida nõuab haige raske üldseisund, tuleb hoolikalt jälgida vereloome funktsiooni ja iga 3 päeva järele teha vere kliiniline analüüs. Leukotsüütide noorte vormide ilmumisel (noored vormid, müelotsüüdid, toksiline granulatsioon) tuleb antibiootikumide annust vähendada ja kui see ei aita, katkestada nende edaspidine manustamine.

Senikaua, kuni ei ole veel esinenud spontaanne defekatsioon, pole taastunud peristaltika, vähenenud pulsisagedus,

ja paranenud pulsi täitumus, tuleb kinni pidada neist eeskirjadest, millest oli juttu operatsiooni ettevalmistusperioodi kirjelduses. Ülekantava vere hulk peab aga olema tunduvalt vähem ega tohi ületada 500 ml ööpäevas. Ülejäänud vedeliku kogus manustatakse 5%-lise glükoosina või füsioloogilise lahusena.

Väga oluline on operatsioonijärgses perioodis õigeaegne mao tühjendamine. See pole näidustatud mitte üksnes oksendamisel ja iiveldamisel, vaid ka üksikutel röhatustel, kui maos on vähe sisu.

Vaba peritoniidi komplikatsioonidest on eriliselt tähtis tavalise peritoniidi üleminek kõhuõõnesepsiseks, kus enamikus kaasub mesenteriaalsete flebiitide teke. Neil juhtudel halveneb haige seisund järsult ja prognoos halveneb tunduvalt. Suurte äraviivate veenide ligeerimine aitab vähe. Selle komplikatsiooni põhiliseks kliiniliseks nähuks on vappekülm septilise temperatuuriga.

Teiseks tüsistuseks, mis kaasub vaba mädase peritoniidiga, on abstsessid teke mitmesugustes kõhuõõne osades (soolte-vaheline, diafragmaalune, maksaalune, plica duodenojejunalis'e piirkonnas, väikeses vaagnas, mõnikord ka peritoniidi lähtekoha juures).

Võib esineda ka kaugmetastaseerumine ja mädakogumite teke kopsus, harvem ajus.

Subdiafragmaalse abstsessi puhul tekivad valud roideaaluses piirkonnas, tõuseb temperatuur, mis ei pruugi olla alati kõrge. Vere uuringutel sedastatakse leukotsütoosi ja valgeverepildi nihkumist vasemale. Väga iseloomulik on valu, mis tekib seitsmenda, kaheksanda roidevahemiku komplemisel. Kui nähud süvenevad 4-5 päeva kestel, on vaja teha röntgenograafia. Diafragmakupli liikumatus ja selle kõrgseis on iseloomulikud tunnused subdiafragmaalsele abstsessile.

R a v i on abstsessi operatiivne avamine.

Vaagna abstsess (Douglasi ruumi abstsess).
Tüüpilisemateks sümptoomideks osutuvad sage defekatsi-

ooni- ja urineerimistung, keha temperatuuri kõrgenemine ja leukotsüütide arvu tõus. Pärasoole uurimisel on palpeeritav infiltraat. Enne operatsiooni tuleb teostada paremaks orienteerumiseks infiltraadi punktsioon. Mäda saamisel avatakse abstsess enne nõela eemaldamist. Ei tule avada abstsesse, mis asetsevad kõrgel, vaid on vaja oodata, kuni infiltraat laskub allapoole.

Suhteliselt harva esinevaks tüsistuseks on soole fistuli teke.

Meie andmetel (peaaegu 10 aastat) tekkis 240 ägeda peritoniidihaigest ainult 4 juhul soole fistul. Teisel uuritavate seerial esines 81 haigest ainult 1 juhul fistul.

Fistuli sulgemisega ei tule liiga kiirustada, sest fistul peab enne hästi formeeruma, milleks kulub aega mitu kuud. Selle aja kestel sulguvad fistulid sageli spontaanselt, eriti siis, kui nad on paremal pool ja ühenduses jämesoolega.

Kaasajal väljatöötatud ägeda vaba peritoniidi kompleksravi (oskuslik kõhuõõne dreenimine ja antibiootikumide kasutamine) viis letaalsuse tunduvale vähenemisele.

Piirdunud peritoniite täheldatakse enamikul juhtudest raskete, destruktiivsete apenditsiitide, ükskõik mis lokalisatsiooniga kõhuõõne abstsesside kui ka mitmesuguste teiste põletikuliste protsesside puhul. Eriti sageli esineb piirdunud peritoniite günekoloogiliste haiguste puhul.

Alaäge ja krooniline peritoniit.

Alaägedad ja kroonilised peritoniidid on sageli tuberkuloosse päritoluga, kusjuures kõige enam kahjustatud organiks osutub soolestik. Tavaliselt kulgeb haigus koos teiste tuberkuloossete nähtudega.

Patoloogilis-anatoomiliselt sedastatakse tuberkulite teket nii vistseraalsel kui ka parietaalsel peritoneumil. Osaliselt toimub ka kaseoosne lagunemine. Eriti väljakujunenud on tuberkuloossed sõlmekesed suurel rasvikul koos tursega. Retroperitoneaalses ruumis sedastatakse lümfisõlmekonglomeraatide pakeete. Sageli sisaldab kõhuõõs ka eksudaati, mis võib olla seroos-

ne (kõige sagedasem), seroos-mädane või ka mädane. Eksudaat võib puududa, siis tekivad liited ja kogu protsess on liituva iseloomuga.

Loetletud morfoloogiliste muutuste täpne piiritelu on raske, nad võivad kombineeruda üksteisega. Mõnikord võivad nad ka taandareneda.

K l i i n i l i n e p i l t areneb välja järkjärgult. Algul ilmuvad ebamäärased valud kõhuõõnes, subfebriilne temperatuur, kõhulahtisus. Areneb kiiresti üldine kurnatus ja kõhnumine. Vedeliku kogunemisel kõhuõõnde suureneb kõht (tuberkuloosne astsiit). Eksudaadi hulga suurenemisel ja seroosse eksudaadi muutumisel mädaseks tõuseb järsku temperatuur, mis raskendab tunduvalt haige üldseisundit ja halvendab prognoosi. Mõnikord on palpeeritav tuumorjas moodustis, mis kujutab enesest omavahel kokkukleepunud soolekäärе. Real juhtudest esinevad teravalt väljakujunenud infiltraadid.

D i a g n o o s on kuiva tuberkuloosivormi (ilma eksudaadita) puhul raske ja seda saab diagnoosida ainult haige üldseisundi järgi.

Seroossete vormide puhul on diagnoos kergem, eriti laste juures. Raskem on diagnoos piirdunud tuberkuloossete peritoniitide puhul, mida kõige sagedamini täheldatakse naistel. Tuberkuloosset astsiiti tuleb diferentseerida astsiidist, mis esineb maksa tsirroosi puhul.

R a v i seisneb streptomütsiini, PASK'i ja ftivasiidi manustamises. Kui see ei anna tulemusi või need on halvad, on näidustatud operatiivne ravi proovilaparotoomiana, mille mõte seisneb kõhuõõne õhutamises. Mõned autorid arvavad, et operatiivse ravi edu on seoses eksudaadi ja toksiinide eemaldamisega ja kunstliku hüpereemiaga.

Viimasel ajal kombineeritakse operatiivset ravi streptomütsiini viimisega kõhuõõnde (on tingimata vajalik kõhuõõne täielik kinniõmblemine), mis annab tunduvalt paremaid tulemusi, kui neid saavutati varasemal perioodil, mil laparotoomia kombineeriti kõhuõõne kiiritamisega kvartslambiga.

X peatükk.

MAO JA KAKSTEISTSÕRMIKSOOLE KIRURGILISED HAIGUSED.

Mao ja kaksteistsõrmiksoole kirurgilised haigused hõlmavad rea nende organite patoloogilisi seisundeid: divertiikulid, haavandid, pülorospasm, hea- ja pahaloomulised kasvajad, võörkehad.

Mao väärarengud.

Divertiikulid võivad anda täieliku haavandtõve pildi. Tavaliselt diagnoositakse neid röntgenoskoopiliselt või operatsioonil. Väljakujunenud divertiikuli puhul on näidustatud selle eemaldamine.

Pülorospasm on varase lapseea haigus. Kliiniliselt väljendub see oksendamises, esineb tugevnenud, silmaga nähtav mao peristaltika.

D i a g n o o s i m i n e ei ole raske.

R a v i on operatiivne. Valik operatsiooniks on ulatuslik seroos-lihaskihi läbilõikamine püloorusel kuni limaskestani.

Mao asendi muutused.

Gastroptoos (mao allavajumine) võib olla kaasasündinud kui ka eluajal omandatud, tema põhjuseks on sidekoe nõrk areng. Mao allavajumine esineb koos teiste kõhuõõneorganite

allavajumisega (neer, maks, sooleatik).

Eluajal omandatud gastroptoos areneb tavaliselt kiirel tugeval kõhnumisel või peale suurte tuumorite eemaldamist.

Allavajunud magu ulatub naba kõrguseni ja võib ulatuda isegi väikesesse vaagnasse. Gastroptoosi täheldatakse sagedamini naistel, teda esineb aga ka meestel, kuigi tunduvalt harvemini.

Sümptoomideks on raskustunne peale söömist, isu kadumine ja hooti ka valud, mis võivad olla väga terava iseloomuga. Palpeerimisel on kõhusein lõtv. Väljakujunenud gastroptoosi puhul võib kuulda mõnikord ka loksumist.

R a v i gastroptoosil on konservatiivne. Mao sisu peetuse puhul saadakse häid tulemusi mao loputustel jaheda veega. Kõhu ümber tuleb kanda bandaaži, mis seotakse ümber hommikul, kui haige on lamavas asendis.

Suure tähtsusega on täisväärtuslik tugev toit, sest gastroptoosi täheldatakse kõhnunud inimestel.

Operatsioonid: mao fikseerimine, veel enam aga mao resektsioon pole andnud rahuldavaid tulemusi.

Võõrkehad maos.

Võõrkehad maos võivad olla kas alla neelatud või maos eneses tekkinud.

Võõrkehad satuvad makku läbi suu inimestel, kellel on rumal harjumus hoida töö juures suus splinte, nõelu ja muid esemeid. Sageli neelavad lapsed mängides alla raha. Vaimuhaigetel võivad areneda võõrkehad maos allaneelatud juustest. Juuste korduval allaneelamisel moodustub neist nn. juuste tuumor (trichobesoar). Võõrkeha võib olla maos sümptoomideta ja teda avastatakse mõnikord alles operatsioonil või ka juhuslikult röntgenoskoopial.

R a v i on operatiivne. Võõrkeha eemaldatakse mao avamisel.

Äge mao laienemine.

Äge mao laienemine on äärmiselt harva esinev haigus. Ta kulgeb raskelt ja kuulub raskete, isegi surmavate haiguste hulka.

Äge mao laienemine esineb peale kõhuõõneorganite operatsioone, ta võib aga esineda ka pärast teisi operatsioone, (amputatsioon), samuti ka peale narkoosi. Ägedat mao laienemist täheldatakse ka näiliselt täiesti tervetel inimestel.

Selle haiguse aluseks on närvi-lihasaparaadi paralüüs, kusjuures on ülekaalus uitergu funktsiooni puudulikkus. Selline ettekujutus kirjeldatud haigusest põhineb sellel, et operatsioonidel, kus uiterk lõigatakse läbi (vagotoomia), on üheks põhiliseks komplikatsiooniks äge mao laienemine.

Ägedal mao laienemisel muutuvad tema seinad lõdvaks, nende elastsus kannatab, nad ei pea vastu mao sisu rõhule. Areneb sisu peetus, millele kaasub tugev transudatsioon. Magu, seejärel ka kaksteistsõrmiksool täituvad tugevasti vedelikuga. Juhul, kui vedelikku ei eemaldata, laguneb ta ja ilmub vastik hais.

Kliiniliselt on esimesteks sümptoomideks röhatused ja raskustunne rindealuses piirkonnas. Sellega kaasub varsti oksendamine, mis kordub sageli ja kurnab haige kiiresti. Pulss muutub kiireks, näo piirjooned teravnevad, silmad langevad auku. Kõht on puhitunud, ettevõlvuv. Mao alumine serv võib olla määratav silmaga ja asetseb allpool naba. Kõik sümptoomid arenevad välja kiiresti ja nad tuletavad meelde seisundit, mis esineb kõrge soolesulguse puhul (puudub ainult valu).

R a v i on konservatiivne. Viiakse nina kaudu sisse peen sond 24 tunniks, mida kasutatakse mao sisu evakueerimiseks. Juhul, kui peale mao tühjendamist laienemissümptoomid järele ei anna, antakse haigele 2-3 tundi puhkust ja viiakse seejärel sond uuesti sisse. Iga päev tuleb süstida veeni 500-600 ml verd või plasmat (võitlus valkude vaegusega) ja lisaks sellele veel 1 l 5%-list glükoosi või füsioloogilist lahust.

Peale selle süstitakse naha alla mitte vähem kui 2 l füsioloogilist lahust. Tingimata vajalik on kahepoolne vagosümpaatiline blokaad. Mõnikord on vaja rakendada neid võtteid 5-7-8 päeva.

Maosöövitused.

Maosöövitused on põhjustatud hapetest või alustest, mida kannatanud on joonud kas juhuslikult või sihilikult. Enamikus kaasuvad maosöövitused söögitorusöövitustega. Maos tekivad söövitused peamiselt sisenemis- ja väljumiskohal, kus nende piirkondade spastiliste kontraktsioonide tõttu peatuvad söövitavad vedelikud kauem. Soolde satuvad söövitavad vedelikud harva. Söövituste ägedas perioodis on kõik kliinilised sümptoomid seotud suu ja söögitoru kahjustustega. Alles hiljem arenevad ka mao kahjustusele omased sümptoomid: valud rindade all, sapi oksendamine, janu, samuti ka vere esinemine oksemassides (limaskestanekroosi tulemus). Morfoloogiliselt on söövitustel hapetega limaskest kuiv ja tume, nekrootiliste kolletega. Söövitustel alustega on limaskest tursunud. Kahjustused on söövitustel sageli sügavad, ulatudes kuni lihaskihini. Üksikjuhtudel võib toimuda ka söövitatud maoseina perforatsioon.

Söövituse tulemusena arenevad armid, mis võivad viia mao kardiaalse osa deformatsioonile ja tüüpilisele pülooruse stenoosile. Mõnikord tuletab paranenud magu peale söövitust meelde tihedat armi.

Söövituse ägedas staadiumis on näidustatud vastava vastutoimega vahendidte manustamine. Armidest põhjustatud striktuuride arenemisel kasutatakse kahjustuse iseloomust sõltuvalt mitmesuguseid operatsioone.

Põletikud.

Maoflegmoon väärib põletikulistest protsessidest erilist tähelepanu, kuigi teda esineb väga harva. Teda nimeta-

takse ka flegmanoosseks gastriidiks. Flegmooni arengu põhjustajaks võivad olla mao limaskesta vigastused mõne võõrkeha poolt, kui on olemas vastavad eeldused (acholia). See raske haigus esineb kõige sagedamini maovähi puhul ja alkohoolikutel.

Ägeda põletiku tekitajaks on tavaliselt streptokokk. Saanud alguse limaskesta-alusest kihist, levib protsess nii limaskesta kui ka lihaskesta suunas, levides samaaegselt nii mao pülloorilisele kui ka kardiaalsele osale. Esineb limaskesta ja limaskesta-aluse koe turse. Viimases esineb ka nekroos. Järkjärgult arenedes levib see protsess ka lihas- ja serooskihile. Areneb algul paikne, kuid hiljem üldine peritoniit.

Kliiniliselt algab haigus järskude tugevate valudega rindadealuses piirkonnas, oksendamisega, luksumisega. Temperatuur on febriilne. Palpatsioonil on ülemine osa kõhuseintest pingul. Valu järsu tugevnemise tõttu rindadealuses piirkonnas pole võimalik isegi mitte vee neelamine.

Haiguse kulg on äge. Haiged muutuvad kiiresti nõrgaks ja võivad surra mõne päevaga.

R a v i on operatiivne. Kui flegmoon on piirdunud, on võimalik mao resektsioon. Laialt levinud protsessi puhul kaetakse maoosad, mis on haaratud flegmoonist, suurte tampoonidega, tehakse lõige kuni limaskestani ja viiakse haava tampoon koos peene dreeniga, mille kaudu on võimalik maohaava igapäevane niisutamine antibiootikumidega (streptomütsiin, penitsilliin). Samaaegselt tehakse läbi penitsilliinikuur ka lihastesse (200 000 Ü 4 korda päevas).

Mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandtõbi.

Patogenees.

Esineb terve rida teooriaid, mis seletavad mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandi patogeneesi.

Kaua aega oli kõige levinenum mehhanistlik teooria, millele vastavalt on haavandi põhjuseks limaskesta trauma. Selle teooria autorid, Aschof ja tema õpilased, leidsid oma teoo-

riale kinnitust selles, et kõige sagedamini esineb haavandeid mao väikesel kõverikul, kus peaaegu puudub limaskesta kurrulisus. See teooria ei suuda seletada kaksteistsõrmikuhaavandi sagedast esinemist.

Hinnati ka teist teooriat, mille autorid olid arvamisel, et mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandi peamine põhjus on veresoonte muutustes - spasmid, emboliad, tromboos. Ka see teooria ei suuda seletada selle lokalisatsiooniga haavandite patogeneesi mitmepalgelisust.

Keemiline maohaavandi tekke teooria omistab peamist tähtsust kõrge happesisaldusega maomahla seedivale toimele, vastavalt sellele teooriale nimetatakse neid haavandeid ka peptilisteks haavanditeks.

Kaugeltki mitte kõikidel haavandtõvehaigetel pole maomahla happesus kõrgenenud, rääkimata veel sellest, et maomahla kõrgenenud happelisus võib olla haavandi tulemus.

Laialt oli levinud teooria haavandite põletikulisest päritolust, mille järgi haavand areneb ainult gastriidi foonil. Viimasel ajal on sellel vaatel vähe pooldajaid, kuna gastriit pole mitte haavandi põhjuseks, vaid selle tulemuseks.

Need lokalistlikud teooriad ei suutnud enamikku uurijatest rahuldada, sest nad jätavad seletamata haiguse algstaadiumi. Isegi neurogeenne teooria, mis seostab kõik muutused veresoonte spasmidega ja sellele järgnevate häiretega, ei omistanud tähtsust tsentraalnärvisüsteemile, mille kahjustus osutub haavandtõve tekkel primaarseks.

Kõige õigem on teooria, mis seletab haiguse teket patoloogiliste kortikovistseraalsete reflekside tekkega. K.M.Bõkov, I.T. Kurtsin, V.N. Smirnov ja V.M. Tšernorutski kriipsutavad oma töödes alla, et haavand on organismi üldise haigestumise lokaalne näht ja tänapäeval on haavandtõve patogeneesi mõistmise aluseks I.P. Pavlovi ja tema õpilaste /K.M.Bõkov, I.P. Razenkov/ õpetus. Sellest lähtudes tuleb märkida, et kortikovistseraalsete seoste häired etendavad kaheldamatult olulist osa mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandite tekkel. Seda tõestavad ka N.N. Burdenko, B.N. Mogilnitskovi ja nende õpi-

laste eksperimentaalsed tööd, kes tekitasid haavandeid katseloomadel, kahjustades neil lamina kvadrigemina't või ärritades selle piirkonda väga väikeste võõrkehadega.

Eksperimentaalseid uuringuid kinnitavad kliinilised tähelepanekud, kus sadestatakse mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandi teket psüühiliste elamuste järel. Tuleb arvata, et innervatsiooni kahjustustel areneb haavand maoseina troofiliste häirete tulemusena /V.E. Saliatšev/.

Oma kulult jaotatakse haavandeid ägedateks ja kroonilisteks.

Patoloogiline anatoomia.

Kroonilisi haavandeid iseloomustab rida patoloogilis-anatoomilisi muutusi. Haavandi serv on terav ja ulatub limaskestast kõrgemale. Kuigi haavandit nimetatakse ümarjaks, on ta enamikus ebakorrapärase kujuga. Haavandi sügavus on väga erinev: mõnikord ulatub põhi ainult limaskestaalusesse kihti, ta võib aga ulatuda ka sügavamale. Haavandeid jaotatakse: lihtsad- pehmeservalised ja sügavamale ulatuvad - konarlikkude servadega, kalloossed, armistuvate servadega haavanditeks. Lihtsad haavandid paranevad sageli spontaanselt ja nad alluvad konservatiivsele ravile. Kalloossed haavandid jäävad peaaegu eranditult kirurgilise vahelesegamise objektiks, samuti on olemas ka nende pahaloomuliseks muutumise oht.

Lihtsate haavanditega kaasuv gastriit on tavaliselt nõrgalt välja kujunenud, kalloossete haavandite puhul on see aga ulatuslikum. Kalloosne haavand on sügav, ulatudes sageli kuni mao serooskihini, mis võib olla korditunud, mõnikord ka armistumisprotsessi tulemusena sissepoole venitatud. Armid on kiirjad ja kulgevad radiaarselt. Sageli esineb hästi palpeeritav infiltraat, mis võib näida tuumorina ja mõnikord on isegi operatsioonil raske eraldada haavandit tuumorist.

Kõige sagedamini lokaliseeruvad maohaavandid väikesel kõverikul, antraalse ja püloorilise osa läheduses, tavaliselt enam mao tagumisel seinal.

Teistes mao osades, eriti aga fundusel, täheldatakse maohaavandeid harva.

Kaksteistsõrmikuhaavandid pole tavaliselt suured. Nad on pehmed, kuigi neid ümbritseb infiltraat. Kalloosseid servi täheldatakse nende haavandite puhul harva. Nad asetsevad peaaegu alati soole ülemises osas, bulbuses pülooruse lähedal, kõige sagedamini soole tagumises seinas. Palju harvem täheldatakse kaksteistsõrmikuhaavandeid püloorusest eemal, papilla Vater'i läheduses. Viimasel juhul võib leviv haavandi infiltraat takistada sapi pääsu soolde, mis jätab mulje, nagu oleks tegemist sapikivitõvega. Kaksteistsõrmikuhaavandid on tavaliselt üksikult ja harva paariliselt või kolmekaupa.

Mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandite suurus on erinev, ulatudes herneterast kuni 20 cm; kalloossetel haavanditel võivad olla veelgi suuremad mõõtmed. Haavandi põhi on kaetud katuga, mis sageli on räpase välimusega.

Haavand paranenud, jääb järele arm, mis võib viia lukuti kitsenemisele - püloorsuse stenoosile. Sama stenoseerumisprotsessi võib täheldada ka kaksteistsõrmiksooles. Stenoos on absoluutseks operatiivse ravi näidustuseks.

Põletikulise protsessi progresseerumisel võib see levida ka naaberorganitele, maksale ja kõhunäärmele, eriti sageli just viimasele. Haavand võib progresseerudes tungida naaberorganitesse, kõige sagedamini kõhunäärmesse, mida iseloomustavad tugevad valud nimmepiirkonnas. Sellist protsessi nimetatakse haavandi penetratsiooniks naaberorganitesse. Kõige sagedamini täheldatakse seda mao ja kaksteistsõrmiksoole tagumise seina haavandite puhul.

Haavandi arenguprotsess võib lõppeda ka serooskesta seedumisega, so. haavandi läbimurdumisega vabasse kõhuõõnde, millele järgneb mao sisu väljavalgumine ja peritoniidi areng. Seda tüsistust nimetatakse mao mulgustumiseks, - haavandi perforatsiooniks. Perforatsiooni ava võib kattuda naaberorganitega (maks) või suure rasvikuga. Sellisel juhul räägitakse kaetud perforatsioonist.

Progresseerudes võib haavand kahjustada veresoont, mille tulemusena tekib verejooks.

Kliinik.

Haavandtõbe täheldatakse kõige sagedamini 25-50 a. vanustel inimestel, kuid ta võib esineda ka vanemas eas. Nooremas eas esineb haavandtõbe suhteliselt harva, kuid siis on ta tavaliselt väga visa paranema. Meestel esineb mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandeid tunduvalt sagedamini kui naistel.

Haavandtõve peamiseks sümptoomiks on valude esinemine rindealuses piirkonnas, mis algavad mõni aeg peale sööki. Mida varem algavad valud, seda lähemal on tavaliselt haavand kardiale. Valud võivad kiirguda rangluualusesse ja rangluuülisesse piirkonda kui ka selga. Tavaliselt kanduvad valud selga siis, kui protsessist on haaratud ka kõhunääre.

Öised valud (näljavalud) on iseloomulikud kaksteistsõrmikuhaavandile. Haavandtõve anamnees on sageli niivõrd tüüpiline, et ta on haiguse diagnoosimisel põhilise tähtsusega. Sageli seovad haiged valusid mõningate psüühiliste elamustega või psüühiliste traumadega, täheldades nende kokkusattumist haiguse algusega. Mõnikord esinevad ajutised paranemised ilma erilise ravita, kuid need paranemised jäävad kordkorralt harvemaks. Hiljem on neid võimalik saavutada ainult ravi kestel. Tuleb märkida, et kaugelt enamik mao- ja kaksteistsõrmikuhaavanditest ravitakse konservatiivselt.

Valud ilmuvad mao ja kaksteistsõrmiksoole spastiliste kontraktsioonide tulemusena, mis võivad tekkida haavandi vigastustest toiduga, põletikust (kaasuv gastriit) või haavandiga koos esineva neuroomi ärritusest (N.N. Burdenko). Haigel esineb ka röhatisi (mitte kunagi haisev) ja oksendamist. Pülooruse stenoosi puhul annab oksendamine sageli kergendust. Isupuudust haiged tavaliselt ei kaeba, see on sageli isegi suurenenud, kuid valude kartusel hoidutakse söömisest ja see viib näglimiseni - küsimus, millele omistas erilist tähtsust V.N. Smotrov. Haavandtõvehaige nägu on sageli asteeniline.

Kauaaegse sooja koti kasutamise tulemusena on ülemine kõhuseinte osa sageli pigmenteeritud.

Kõhu palpatsioonil täheldatakse valulikkust kas otsekohe mõõkjätke all või sellest paremal. Viimane on enam iseloomulik kaksteistsõrmikuhaavandile. Tavaliselt on palpatsioonil võimalik määrata ainult kerget pingelisust uuritaval kõhuseinte osal. Sageli korduv oksendamine, millele järgneb kergendustunne ja mille eel sedastatakse maopiirkonna palpatsioonil loksumist, räägib pülooruse või kaksteistsõrmiksoole täieliku stenoosi poolt.

Kirurgi seisukohalt, kes peab otsustama kirurgilise ravi näidustuste üle, on kõige väärtuslikum uurimismeetod röntgenoskoopia. Absoluutseks haavandi sümptoomiks loetakse niši olemasolu, kuid on ka kaudseid sümptoome, nagu bulbuse deformatsioon. Mõnikord ei anna röntgenoskoopia ega ka röntgenograafia (isegi tehtuna vilunud röntgenoloogi poolt) mingisugust mao- või kaksteistsõrmikuhaavandile omast leidu. Neil juhtudel on täpne anamnees ja hoolikas kliiniline uurimine olulise diagnostilise tähtsusega. Kõrge maomahla happesus ei esine mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandite puhul mitte alati. Real juhtudel võivad happe väärtused olla normaalsed ja mõnel juhul isegi madalamad.

Eriline tähtsus on vere esinemisel roojas, kui seda leitakse korduvatel uuringutel.

Mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandi diagnoosimisel esineb mõnikord suuri raskusi. Valud võivad sarnaneda sapipõie põletikul esinevatega, kuid haavandtõve puhul on nad enamikus teravamad. Peale selle on maohaavandi valud perioodilised, esinedes seoses söömisega. Tunduvalt raskem on avastada haiguse tõelist päritolu siis, kui haavand asetseb kaugemal kaksteistsõrmiksooles ja infiltraat tema ümber hõlmab ka ühissapijuha suubumiskohta.

Tõsiseid raskusi on maohaavandi ja maovähi diferentsiaaldiagnostikas. Kõhnumine, vastikus toidu, eriti aga liha vastu, pidev raskustunne rindade all ja madalad maohappe väärtused on enam iseloomulikud maovähile. Täpset diagnoosi on mõnikord võimalik panna alles histoloogilisel uurimisel, seepärast on kalloossete haavandite puhul alati vajalik operatiivne vahelesegamine.

Tüsistused.

Mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandid võivad põhjustada järgmisi tüsistusi: 1) mulgustumine, 2) profuusne verejooks, 3) haavandi üleminek vähiks, 4) pülooruse või kaksteistsõrmiku stenoos.

Mao ja kaksteistsõrmiksoole mulgustunud haavand.

Kõige raskemaks komplikatsiooniks, millega kaasub otsene surmaoht peritoniidi tulemusena, on mao- või kaksteistsõrmikuhaavandi mulgustus. Enamikul juhtudest mulgustuvad duodeenumi, täpsemalt väljendatuna - pülooro-duodenaalse piirkonna haavandid. Perforeeruvad kõige sagedamini eesmises seinas asetsevad haavandid, kalloossed haavandid. Perforatsiooni ava võib olla väga erineva suurusega.

Mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandi mulgustumisel ei esine alati haavandi anamneesi. Neil haigetel osutub sageli operatsiooni näidustuseks haiguse kliiniline pilt "äge kõht" ja täpne diagnoos selgub alles operatsiooni ajal.

K l i i n i k . Tavaliselt on haiguse algus järsk ja äge. Silmapilkselt tekib tugev valu "nagu pussi löögist". Valude algul võib pulsisagedus olla vähenenud, hiljem on ta aga tavaliselt kiirenenud. Haige kattub külma higiga, jäsemed muutuvad külmaks, huultel ja küüntel täheldatakse tsüanoosi. Kõhuseinad on pingul, pisut sisse tõmbunud (kõht "nagu laud").

Kohe peale perforatsiooni esineb iiveldust ja oksendamist harva, hiljem, kui areneb paikne ja sellele järgnevalt üldine peritoniit, muutub haiguse kliiniline pilt. Ägeda šoki nähud kaovad, saabub teatud rahunemisperiood. Kõht on algul sisse tõmbunud ja laudkõva, hiljem pisut puhitunud (soolte paralüüs). Pulsisagedus suureneb järsku. Keel muutub kuivaks.

Väga oluliseks sümptoomiks on vaba õhu esinemine paremal subdiafragmaalselt, mille tulemusena sedastatakse perkussioonil maksa tumestuse kadumist.

Kõhu perkuteerimisel sedastatakse mõnikord kas paremal või ka vasemal tumestusi, mis on põhjustatud maost või kaksteistsõrmiksoolest väljunud vedeliku kogunemisest. Mulgustu-

nud haavandi diagnoosimisel on suur tähtsus röntgenoloogilisel uuringul, millega sedastatakse vaba õhu olemasolu diafragma all.

D i f e r e n t s i a a l d i a g n o s t i k a võib olla mõnikord raske, seepärast tuleb pidada silmas mõningaid iseärasusi kõhuõõne ägedate haiguste sümptomatoloogias. Ägedal koletsüstiidil ei esine mitte kunagi kõikide kõhulihaste pinget (laudkõva kõht), vaid pinge on tavaliselt kujunenud välja paremal roietekaarealuses piirkonnas.

Ägeda apenditsiidi puhul algavad valud epigastriumis ja koonduvad seejärel kiiresti paremale niudepiirkonda ja isegi kõige raskema apenditsiidi puhul ei esine "laudkõvu" kõhuseinu.

Väga sarnane mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandi mulgustumise sümptoomidele on ägeda pankreatiidi puhul esinevad sümptoomid, eriti kui atakk algab pankrease nekroosiga. Sel juhul aitab laboratoorne uuring - diastaasi esinemine uriinis. Ägeda pankreatiidi puhul diastaasi hulk tavaliselt suureneb.

K l i i n i l i n e p i l t haavandi mulgustusel võib sarnaneda neerukooliku puhul esinevale kliinilisele pildile. Olulist osa õigel diagnoosimisel etendab uriini analüüs.

Ka kõrge strangulatsiooni-iileus võib anda samaseid sümptoome, nagu nad esinevad haavandi mulgustumisel, ja mõnikord osutub õige diagnoosi panek võimalikuks alles operatsioonil, mis on mõõdapääsmatult vajalik nii ühe kui teise haiguse ravil.

Tuleb meeles pidada, et kuni lõpliku diagnoosi selgumiseni ja operatsiooni otsustamiseni on kategooriliselt keelatud igasuguste narkootiliste ainete manustamine. Kaetud perforatsioonidel mööduvad valud kiiresti, kõhulihaste pinge väheneb järkjärgult ja kõik nähud vaibuvad. Ka kaetud haavandi perforatsioonil esineb mõnikord õhku diafragma all, milline leid kinnitab diagnoosi õigsust.

Mao ja kaksteistsõrmiksoole profuussed verejooksud.

Profuussete verejooksude puhul täheldatakse tavaliselt veriokset või vedelat tõkatitaolist väljaheidet (melaena).

Mao- ja sooleverejooksu s ü m p t o o m e võib jagada: varased sümptoomid, mis eelnevad vere oksendamisele või selle esinemisele väljaheites, ja ilmsed verejooksu sümptoomid.

Varaste sümptoomide hulka kuuluvad: haige poolt tuntav ebamäärane nõrkustunne, millega võib kaasuda ka pea ringikäimine. Nahk ja limaskestad muutuvad kahvatuks, pulsisagedus suureneb, mõnikord kattuvad haiged ka külma higiga, vererõhk on langenud, haigeid vaevab iiveldus. Mõne aja möödumisel ilmuvad ilmsed verejooksu sümptoomid. Esineb veriokse või veriroe. Veriokse tekib tavaliselt maohaavandite tulemusena. Okse võib olla erineva värvusega, mustast kuni pruunini. Kaksteistsõrmikuhaavandi verejooksu puhul valgub veri soolde ja mõne aja pärast tekib haigel profuusne must vedel väljaheide - veriroe.

Nende sümptoomide ilmumisel muutub raskemaks ka haige üldseisund. Pulsisagedus suureneb veelgi, naha kahvatus süveneb, näole ilmub külm higi. Suurel verekaotusel ilmub haigutamine, haigele näib, nagu lendaksid tema silmade ees kärbsed, pea ringikäimine muutub tugevamaks.

Küsimuse otsustamisel, kas verejooks on lakanud või mitte, on suure tähtsusega süstemaatiline vererõhu mõõtmine, mida on vaja teha iga tunni järele. Kui mõõtmised näitavad vererõhu süstemaatilist langust, kuigi see on vaid mõni millimeeter, tuleb pidada seda tõendiks, et verejooks jätkub ja haige üldseisund halveneb.

Vere hemoglobiini ja punaliblede arvu langus ei toimu otsekohe, vaid see algab alles mõne tunni pärast. Täpse ettekujutuse sekundaarsest hüpokroomsest aneemiast annab korduv laboratoorne analüüs.

Haige uurimisel täheldatakse tavaliselt ainult kerget valulikkust palpatsioonil roiete kaarte aluses piirkonnas.

Tuleb märkida, et gastroduodenaalse verejooksu kahtlusel tuleb kõht palpeerida äärmiselt ettevaatlikult, et mitte soodustada uut verejooksu.

Maoverejooks võib esineda ka teiste haiguste puhul, nagu maovähk, söögitoruveenide varikoossed laiendid, põrnahaigused (põrnatromboflebiit) kui ka nn. maksa-põrnasündroom.

Kroonilised tüsistused.

Haavandi üleminekut vähiks iseloomustab haige üldseisundi halvenemine, nõrkus, happelisuse langus ja piimhappe esinemine maomahlas. Haavandi üleminekul pahaloomuliseks kasvajaks halveneb tavaliselt haige üldseisund pidevalt ja muutub ka valude iseloom. Valud muutuvad püsivamaks ega ole enam seaduspärases seoses söömisega. Röntgenoloogiliselt on võimalik sedastada vähile tüüpilisi täitumisdefekte.

Kaksteistsõrmikuhaavand läheb äärmiselt harva üle vähiks.

Pülooruse, samuti ka kaksteistsõrmiksoole stenoosid, nagu juba mainitud, arenevad armistuvate haavandite tulemusena. Need stenoosid võivad olla osalised või ka täielikud.

Täheldatakse ka mitmeid komplikatsioone kombinatsioonis, nagu näiteks haavandi mulgustumine ja verejooks. Seda tüüpi komplikatsioonide puhul halveneb prognoos tunduvalt.

Kirurgiline ravi.

Operatiivse ravi näidustuseks tüsistusteta krooniliste mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandite puhul on pikaajaline (2-3 a.) tulemusteta konservatiivne ravi.

S.I. Spassokukotski, üks meie maokirurgia rajajatest, formuleeris põhilisi näidustusi operatiivseks vahelesegamiseks mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandtõve puhul järgmiselt: "1) valude esinemine, mis ei allu ravile. Valud võivad olla ka mitte eriti tugevad, kuid niivõrd tüütavad ja igapäevast tegevust häirivad, et haiged räägivad: "Tehke mida tahate, kas või resektsioon, ainult päästke valudest"; 2) püsivad mao anatoomilise kuju muutused, stenoosid, niverdused; 3) progresseeruv seina kahjustus - korduvad verejooksud ja paikse pe-

ritoniidi puhangud, mida mina isiklikult vaatlen kui punktikujulist perforatsiooni ja samuti ka suurte kahjustuste tulemused, mulgustused; 4) profuussed verejooksud, 5) kalloossete haavandite vähike ülemineku kahtlus."

Peamiseks kirurgilise ravi näidustuseks tüsistusteta mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandite puhul loeb S.I. Spassokukotski tulemusteta pikemaajalist terapeutilist ravi (kuni 3 a.). Operatsiooni näidustuseks alla 20 a. vanustel haigetel on ainult haiguse äge kulg ja pikk kestus. Mõned autorid arvavad, et selles vanuses tuleb võtta näidustusi mao resektsiooniks äärmise ettevaatusega ja eesõigus tuleks anda gastroenterostoomiale.

Mulgustunud haavandite puhul sõltub operatsioonimeetodi (resektsioon, üleõmblemine, üleõmblemine koos gastroenterostoomiaga) valik tervest reast momentidest.

Esimese 6-8 tunni kestel peale mulgustumist, s.o. enne peritoniidi arenemist on kõige otstarbekam teostada mao resektsioon, seejuures tuleb aga arvestada haige jõudu ja tema vanust, peale selle aga ka kirurgi kvalifikatsiooni.

Kui mingil põhjusel pole võimalik teostada mao resektsiooni, tuleb õmmelda mulgustunud koht kinni. Juhul, kui seejuures tekib mao pülooruse või kaksteistsõrmiksoole kitsenemine, tuleb teha täiendavalt veel gastroenterostoomia.

Maohaavandi mulgustuse puhul ei vaidle keegi vastu operatiivsele ravile, kuid kaetud perforatsiooni puhul kasutatav taktika põhjustab veel vaidlusi. Juhul, kui on päris kindel, et on tegemist kaetud perforatsiooniga, on parem operatsiooniga mitte rutata, sest läbides operatsioonil kaitsvaid liiteid, võivad tekkida soodsad tingimused peritoniidi levikuks. Operatsioon tuleb teostada peale haigusnähtude vaibumist.

Gastroduodenaalsetel verejooksudel on näidustatud operatiivne vahelesegamine. Pole vajadust püüda teha operatsiooni verejooksu kõrgpunktil, sest verejooks soodustab tugevasti šoki teket, kuid ka siin on vaja arvestada kõiki nähte, mis kaasuvad verejooksuga. Juhul, kui verejooks ei vaibu ja te-

rapeutilised võtted ei anna tulemusi, on vaja teostada viivitamatult operatsioon.

Haigele tuleb selgitada, et gastroduodenaalsed verejooksud võivad korduda ja seepärast on kohe, kui tema seisund paraneb, vaja teostada operatsioon. Ainukeseks ratsionaalseks operatsiooniks on mao resektsioon. Operatsioon tuleb teostada paikse tuimastusega.

Isegi säärane varase operatsiooni pooldaja, nagu seda on B.S. Rozanov, juhib tähelepanu sellele, et seda operatsiooni võib teostada kirurg, kes hästi valdab mao operatsiooni tehnikat ja kes suudab toime tulla iga raskusega, millega ta võib kohtuda sellel operatsioonil.

Mitte kunagi ei tohi opereerida selliseid haigeid ilma vereülekannet organiseerimata. Suuri verekoguseid ei kanta üle joana, vaid tilkmeetodil, sest järsk vererõhu tõstmine võib tugevdada verejooksu. Kui verejooks on juba peatatud, tuleb teostada vereülekannet joana (200-300 ml) ja peale selle, kui vererõhk on tõstetud 90/60 mm, minnakse uuesti üle vereülekandele tilkmeetodil. Tavaliselt kantakse seda liiki operatsioonidel üle 1000 - 1500 ml verd. Veritseva haavandi puhul tuleb teostada mao resektsioon, eemaldades ka veritsev haavand.

Maolukuti või kaksteistsõrmiksoole osalise kui ka täieliku stenoosi puhul on operatiivne ravi hädaohtlik.

Jättes kõrvale operatsioonimeetodi valiku küsimuse, tuleb siiski märkida, et kõik mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandite ravil kasutatavad operatsioonid kuuluvad raskete hulka ja haiged, kellel neid teostatakse, peavad olema vastavalt ette valmistatud. Ettevalmistus ei toni aga pidurdada operatsiooni läbiviimist, kui haige vajab vältimatut kirurgilist ravi. Tilkvereülekannet või verd asendavate vahendite süstimist veeni on vaja kasutada ka haige rahuldava üldseisundi puhul. Seda tuleb teha nii enne haavandi mulgustumise tõttu tehtavat operatsiooni kui ka operatsiooni ajal, sest operatsiooni raskust ei saa hinnata mitte üksnes operatsiooni trauma raskuse järgi. Haige seisund võib ulatusliku operatsiooni ajal muutu-

da, minnes märkamatult, mõnikord aga ka järsku, heast või rahuldavast seisundist üle raskesse šokiseisundisse. Arvestades seda, tuleb kõiki maol või kaksteistsõrmiksoolel teostatavaid operatsioone alustada samaaegse vereülekandega või verd asendavate vahendite tilgutamisega veeni.

Sageli saabuvad haiged statsionaari kurnatud seisus, madala hemoglobiiniväärtusega, mis räägib arenevast aneemiast. Juhul, kui puuduvad näidustused koheseks vehelesegamiseks, tuleb selliseid haigeid hoolikalt operatsiooniks ette valmistada.

S.I. Spassokukotski arvates võib opereerida haigeid krooniliste mao- ja kaksteistsõrmikuhaavanditega alles peale selle, kui õnnestub tõsta hemoglobiini kuni 40 protsendini või enam. Neil juhtudel, kus otseseks hemoglobiini % ja eritrotsüütide arvu languse põhjuseks on teised haigused (verehaigused), on võimalik opereerida ka madalamate hemoglobiiniväärtustega. Hemoglobiini % tõstmise vajadust kuni 40%-ni (autori arvates kuni 50%-ni) tuleb arvestada eriti siis, kui on kaasunud komplikatsioonid või gastroduodenaalne verejooks.

Haigeid, kes on kurnatud seisundis nälgimise tõttu, ei saa opereerida enne, kui on paranenud nende vere valguline koosseis. Neile tuleb teha operatsioonieelses perioodis korduvalt vereülekandeid, veel parem aga normaalse või külmutatud plasma või seerumi infusioone.

Nälgimisel kuhjustub tavaliselt süsivesikute ainevahetus, areneb atsidoos. Selle vältimiseks on vajalik süstida glükoosi kas koos insuliiniga või ilma selleta (vastavate biokeemiliste uuringute kontrolli all).

Naha kuivamise puhul, mis räägib väljakujunenud vedelikuvaegusest, on vaja süstida iga päev naha alla kuni 2 l füsioloogilist lahust. Kujutades endale õigesti ette kogu vee ja soolade tasakaalu häireid kui kloriidide järsku tugevat vähenemist, teevad mõned kirurgid sellest ebaõigeid praktilisi järeldusi, pidades vajalikuks süstida kontsentreeritud soolade lahuseid, millega saavutatakse aga just vastupidist. Tulemuseks on veelgi tugevam veetustamine niigi juba veetus-

tatud organismis.

Haigel peab olema kindel ravi-kaitse režiim (A.A. Busalov, P.L. Seltsovski). Igale haigele on vaja läheneda äärmise tähelepanuga. Mõned haiged ei talu üksildust pimendatud palatis, kuna see häälestab neid veel enam süngetele mõtetele ja operatsiooni ootusele. Need peavad nägema haigeid, kes on teinud juba läbi samasuguse operatsiooni ilma komplikatsioonideta. Esineb aga ka haigeid, kes on niivõrd erutatud, et rahunemine, mis on nõutav ja hädavajalik tingimus iga haige ettevalmistusel mao ja kaksteistsõrmiksoole operatsiooniks, toimub üksikpalatis (mõnikord isegi pimendatud), kus haiged leiavad vajalikku psüühilist rahu. On vaja, et sellises operatsiooniks ettevalmistuse osakonnas töötaks alati üks ja sama personal.

Sama tähtis on ka normaalsete magamistingimuste loomine. On vaja, et haige magaks ööpäevas 10–12 tundi ilma vaheta. Selleks on meie kliinikus I.I. Raskin-Solovjovi poolt töötatud välja eriskeem.

Peale kõikide uuringute lõpetamist viiakse haiged kaheks ööpäevaks üle operatsiooniks ettevalmistamise osakonda. Erandi moodustavad need haiged, kellel selline omapärane režiim on vastunäidustatud (nii üldised kui ka meditsiinilised vastunäidustused).

Haigetele määratakse üldmeditsiiniline hooldus ja antakse uinuteid mitmesugustes kombinatsioonides.

Enne operatsiooni antakse esimesel päeval – bromuraali 0,25 + luminaali 0,1 (4 tunni järele). Ööseks tehakse klistiir 30 ml 3%-lise kloraalhüdraadilahusega.

Teisel päeval – luminaali 0,1 + amitaal-naatriumi 0,2. Graštšenkovi segu 30,0.

Kolmandal päeval tehakse klistiir 30 ml 3%-lise kloraalhüdraadilahusega 3 tundi enne operatsiooni. Operatsioon. Morfiini ei anta.

Neljas ja viies päev on samasugused kui operatsioonipäev.

Uinuteid antakse ainult ühe sihiga: saavutada täisväär-

tuslik uni, seepärast ei tule kasutada segudes tugevatoimelisi morfiini rea narkootikume.

Mao operatsioone on parem teostada paikse tuimastusega ja seda isegi mulgustunud haavandite puhul.

S.I. Spassokukotski ja A.N. Bakulev vaatlevad operatsiooniaegseid ja operatsioonijärgseid tüsistusi kui operatsiooniõoki tulemusi, mille aste võib olla erinev.

Eriline osatähtsus tüsistuste tekkel on nälgimisel ja kurnatusel, mis on seotud maohaigetel esinevate seedefunktsiooni häiretega ja pika kestusega kurnava operatsiooniks ettevalmistamisega. I.P. Rasenkovi andmeil kaotab veri nälgimisel veresoonte kontraktsiooni põhjustavad omadused ja see viib veresoonte pareesile kui ka suurenenud veritsemisele, mis etendab olulist osa õoki patogeneesis.

S.I. Spassokukotski ja A.N. Bakulev omistavad erilist tähtsust haige toitlustamisele operatsioonilaual kui õokivastase profülaktika meetodile. Sellist toitlustamist alatakse tavaliselt peale kõhuõõne avamist. Peensool seotakse tulevase anastomoosi kohast 30-40 cm distaalsemal marliribaga, mis komprimeerib soole. Veelgi distaalsemal viiakse soolde torokaar, millega ühendatakse Spassokukotski lahusega täidetud Janet' süstal. Spassokukotski lahus koosneb: piimast (2 klaasi), värskest munast (2 tk.), suhkrust (50,0), võist (30,0), 95%-lisest piirituesest (40-60 ml). Piirituse asemel soovitab I.G. Kotõergin tugevamatele haigetele segu: 1,0 heksenaali lahustatuna 10 ml füsioloogilises lahuses. Uni saabub sellisel juhul 7-8 minuti järele.

Peale segu sisseviimist eemaldatakse torokaar ja punktsiooni avale pannakse peale soole õmblus. Soolele ümber seotud marliriba eemaldatakse peale anastomoosi tegemist.

Mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandi puhul tehtavaid operatsioone jaotatakse radikaalseteks ja palliatiivseteks. Radikaalsete hulka kuulub mao resektsioon, palliatiivsete hulka gastroenterostoomia.

Erilist tähelepanu väärib uitnärvi läbilõikamine.

A.N. Bakulev peab vagotoomia näidustuseks:

1) madalal asetsev, kõrge maohappesusega, ravile mitte alluv kaksteistsõrmikuhaavand;

2) kõrgel asetsev maohaavand, kus resektsiooni on raske teostada;

3) haige kõrges vanuses esinev maohaavand, kui resektsioon on ohtlik elule;

4) operatsioonijärgsed peptilised haavandid.

Mao resektsiooni kui kõige radikaalsemat operatsiooni võib teostada ainult neil juhtudel, kui see on haigele jõukohane ja kui kirurg valdab täielikult selle tehnikat.

Mõnikord on haiged niivõrd nõrgestatud, eriti stenooside puhul, et mao resektsioon osutub neile äärmiselt raskeks vahelesegamiseks. Sellisele haigele tuleb teostada gastroenterostoomia, mis loob tingimused mao tühjenemiseks ja parandab seega haige toitumust.

Tavaliselt tehakse tagumine gastroenteroanastomoos Peterseni järgi.

Rohkearvulistest mao resektsiooni meetoditest võiks soovitada järgmisi võtteid:

1. Opereerida ilma klemme kasutamata, et mitte traumatiseerida mao limaskesta.

2. Peensoole ling võtta 20 cm allpool plica duodeno-jejunalis'est.

3. Peale mao püloorilise osa mobiliseerimist panna peale klemm, magu eraldada kaksteistsõrmiksoolest ja pöörata vasemale. Mao kõnt katta hoolikalt marlitampooniga.

4. Kaksteistsõrmiksoole kõnti töödelda järgmiselt:

a) jooksev kätgutõmblus läbi kõikide kihtide,

b) üksikud siidõmblused (peen siid) serooskihile,

c) kõnt katta maotaguse näärme kapsli ja rasviku osadega.

5. Läbida pikalt mesokoolon tema soontevabas osas. Vasem ava serv õmmelda kõrgele mao tagumise seina külge, tuua soole käär läbi mesokooloni ava ja asuda anastomoosi tegemisele;

6. Anastomoos teha järgmiselt:

a) mao tagumisele seinale, alates suurest kõverikust, kinnitada üksikõmblustega (siid) peensoole ling, mis võetak-

se 7-10 cm kauguselt plica duodeno-jejunalis'est (tavaliselt 3/4 mao läbimõõdu ulatuses);

b) mao resetseeritavale osale panna Payri klemm ja selle alt lõigata läbi mao serooskest. Nähtavatele veresoontele panna veresulgurid ja sellele järgnevalt eemaldada magu. Veresooned ligeerida;

c) alles jääv, väikese kõverikupoolne mao osa õmmelda kõiki kihte läbiva jooksva kätgutõmblusega. Sellele järgnevalt avada peensool, teha hoolikas hemostaas ja anastomoosi tagumisele seinale kõiki kihte läbiv jooksev kätgutõmblus. Anastomoosi eesmisele seinale panna üksikud kätgutõmblused, parem Pribrami järgi;

d) sero-seroos üksikõmblused siidiga. Samade õmblustega fikseerida ka peensool väikesele kõverikule (kuni anastomoosini), luues seega paremad tingimused anastomoosi funktsioneerimiseks.

7. Mao eesmise seina külge õmmelda mesokooloni ava parem serv.

8. Kõhu haav õmmelda kihiliselt.

Tüsistused peale mao operatsiooni võivad olla varased ja hilised. Varaste komplikatsioonide hulka kuulub šokk, mao soolte parees, verejooks, peritoniit ja mao resektsiooni puhul ka kaksteistsõrmiksoole kõndi õmbluste lahtiminek.

Operatsioonijärgses perioodis on väga oluline äärmiselt hoolikas suhtumine haige üldseisundisse. Peale operatsiooni võib tekkida šoki retsidiiv. Haiget tuleb kohe peale operatsiooni lõppu katta hoolikalt ja panna talle ümber soojad kotid (tuleb jälgida, et ei tekiks põletusi). Naha alla tehakse tilkinfusioon füsioloogilise lahusega 1-1,5 l.

Arvestades, et sellistel operatsioonidel viiakse kõhuõõnde antibiootikume (penitsilliin, streptomütsiin või mõlemad koos), pole ööpäeva kestel (esimene päev peale operatsiooni) vajadust mingisuguste antibiootikumide süstimiseks. Normaalse kulu puhul lõpetatakse juba kolmandal päeval igasugused infusioonid ja süstimised.

Dieet on järgmine:

1. päeval - täielik nälgimine,
2. -"- - klaas kanget teed,
3. -"- - 3 klaasi kanget teed, tumm, želee, vahutoidud

Järgmistel päevadel täiendatakse:

4. päeval - toores muna.
5. -"- - mannapuder.
6. -"- - supp ja saiakuivikud.
7. -"- - sama, mis 4., 5. ja 6.päeval.
8. - 9. päeval jääb dieet piiratuks, kuna on niitide läbilõikamise ja perforatsiooni oht.

Alates 10. päevast on tavaline haavandtõvehaigete dieet.

Tuleb silmas pidada, et operatsioon üksi ei vii veel tervistumisele ja peale seda algab uus konservatiivne ravikuur.

Kaheldamatult osutub kõige raskemaks operatsioonijärgseks tüsistuseks peritoniit ja kaksteistsõrmiksoole kõndi lahtiminek. Viimasel juhul areneb peritoniit nõrkade liidete tekke foonil, kuna kaksteistsõrmiksoole sisu takistab kudede kleepumist, sest ta sisaldab suurel hulgal kõhunäärme sekreeti.

Mao ägedast atooniast ja tema operatiivsest ravist oli juttu eespool. Mis puutub operatsioonijärgsesse peritoniiti, siis on kaasajal välja töötatud kompleksravimeetodid, mis real juhtudest annavad häid tulemusi.

Mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandi tõttu teostatud operatsioonide kaugtulemused sõltuvad suurel määral operatsiooni iseloomust. Kõige halvemaid tulemusi täheldatakse palliatiivsete operatsioonide, gastroenterostoomiate järel. Kõige paremaid tulemusi täheldatakse õigesti läbiviidud mao resektsioonide järgselt, s.o. siis, kui eemaldati püloro-antraalne mao osa. E.L. Berjozova andmeil vabaneb kaebustest täielikult 57% haigetest. A.A. Busalov nimetab pisut madalamat arvu, 50%. Real juhtudel tekivad dieedist mittekinnipidamisel valude retsidiivid. Esineb kõhulahtisus, nõrkus, langeb eritrotsüütide arv ja hemoglobiini protsent.

Rea autorite poolt esitatud andmed, nagu ei kannataks mao resektsioonil tema funktsioon mitte kunagi, ei ühti meie

andmetega.

Peale ülaltoodu võib kaugtulemuste analüüsil sedastada rida mitmesuguseid tüsistusi, mis on seoses operatsiooni tehnikaga: liitumisprotsessid, halvad anastomoosid kui ka anastomoosi haigestumised kuni peptiliste haavandite tekkeni. E.L. Berjozov, analüüsides kaugtulemusi 400 opereeritul, sedastas peptilist haavandit anastomoosil ainult kahel haigel.

Kaasajal on varaste ja hiliskomplikatsioonide arv tunduvalt vähenenud. Samu+i on langenud ka suremus. Mitmed autorid toovad andmeid, kus 100 ja enam teostatud operatsioonil puuduvad letaalselt lõppenud juhud.

Duodenostaas.

Duodenostaas on kaksteistsõrmiksoole krooniline haigus, selle laienemine edasipääsu takistuse tulemusena. S.I. Spassokukotski arvates on see seisund seoses peamiselt kaksteistsõrmiksoole taga asuvate lümfisõlmede põletikuliste muutustega, mille põhjuseks võib olla ussjätke, sapipõie või teiste organite põletik.

Mõnikord ei ole kaksteistsõrmiksoole laienemine tingitud orgaanilistest põhjustest, vaid funktsionaalsetest häiretest. S.I. Spassokukotski ja A.N. Bakulev arvavad, et selliste seisundite puhul on kõige otstarbekam teha ühendus kaksteistsõrmiksoole ja peensoole vahel.

Maokasvajad.

Maokasvajaid jaotatakse hea- ja pahaloomulisteks.

Healoomulised kasvajad.

Healoomulisi kasvajaid (müoom, fibroom, fibromüoom, lipoom) esineb maos harva. Nende areng on sageli sümptoomideta ja neid avastatakse ka juhuslikult, operatsiooni ajal.

Raviks on mao resektsioon.

Kaksteistsõrmiksoolekasvajaid täheldatakse äär iselt harva, tavaliselt esinevad nad papilla Vater'i piirkonnas.

Polüübid. Maopolüüpe vaadeldakse rea autorite poolt kui eelvähilisi seisundeid.

Oma ehituselt jaotatakse seda tüüpi kasvajaid tõelisteks polüüpideks, mis lähtuvad katteepiteelist, ja polüüpideks, mis koosnevad näärmekoest. Kliiniliselt arenevad need mõlemad vormid ühesuguselt.

Polüübi suurus võib olla erinev, neid esineb hernetera- kui ka mandariinisuurusi. Polüübid võivad olla üksikult, neid võib aga olla ka palju, viimasel juhul räägitakse maopolüpoosist. Kõige sagedamini täheldatakse polüüpe meestel 40-50 a. vanuses.

K l i i n i l i n e p i l t polüüpide puhul on erinev. Mõnel haigel on ebamäärased kaebused, nad täheldavad kerget valu rindade all, ilma et esineks muid kaebusi. Teistel haigetel esinevad valud seoses söömisega, olles enam väljakujunenud iseloomuga. Võib esineda ka okse. Mõnikord on maopolüübi sümptoomid seotud temaga kaasuva gastriidiga (E.L. Berjozov).

Kõhnumine, aneemia, maomahla happesuse langus ja üldine halb enesetunne annavad põhjust maovähile mõtlemiseks. Haiguse tõelise päritolu avastab ainult röntgenoloogiline uuring. Röntgenoloogiliselt täheldatakse ümarja kujuga siledate servadega täitumisdefekti, mis on igast küljest piiratud baariumi seguga. Need sümptoomid esinevad ainult jalga omavatel polüüpidel. Lamedate polüüpide diagnoosimine on väga raske ja diagnostiliselt võib osutuda vajalikuks gastrostoomia.

Polüübid võivad maligniseeruda. Rea autorite andmeil esineb polüüpide pahaloomuliseks muutumist 50% haigetest, kusjuures pahaloomuline degeneratsioon algab kõige sagedamini polüübi jalast, seepärast tuleb polüüpi uurida histoloogiliselt tervikuna.

Polüüpide r a v i seisneb mao resektsioonis. Ei tule piirduda ainult polüübi eemaldamisega.

Pahaloomulised kasvajad.

Maosarkoome täheldatakse äärmiselt harva. Kuni 1950. aastani oli kirjeldatud kokku 900 primaarset maosarkoomi juhtu.

Tavaliselt jaotatakse neid ekso- ja endogastrilisteks. Eksogastrilised sarkoomid lähtuvad suurelt kõverikult ja ripuvad jala küljes. Endogastrilised sarkoomid arenevad maoseinast ja levivad selles infiltratiivselt. Seda tüüpi sarkoom esineb enam kui pooltel juhtudest. Ta hakkab juba väga varakult andma kliinilisi sümptoome, milleks on valud rindealuses piirkonnas ja rida düspeptilisi nähte. Mõnikord esineb ka palpeeritav pehme konsistentsiga tuumor. Kliiniliselt on neid kaht sarkoomi vormi raske teineteisest eraldada, seda eriti siis, kui esineb ekso- ja endogeense sarkoomi kombinatsioon.

Suur tähtsus sarkoomi diagnostikas on röntgenoloogilisel uuringul. Sarkoomile, mis areneb jalal, on iseloomulik maoseina väljavenitatus sellel kohal, kust lähtub sarkoomi jalg. Endogastrilise sarkoomi puhul on sile terajas defekt, mis erineb vähi puhul esinevast hambulise kujuga defektist.

Maosarkoomid annavad metastaase suhteliselt hilja. Algul ilmuvad metastaasid regionaarsetes lümfisõlmedes, hiljem aga ka maksas.

Maosarkoomi ravi seisneb kahjustatud maoosa resektsioonis. Näidustused mao resektsiooniks ja mao resektsiooni tehnika on sama mis maovähi puhul.

Maovähk on oma esinemissageduselt esikohal kõikide teiste organite vähkide seas.

Suur tähtsus vähiprobleemis on eelvähiliste seisundite tundmaõppimisel. Maovähi patogeneesis etendavad kahtlemata olulist osa eelnevad kroonilised põletikulised seisundid, maopolüübid ja maohaavandid. Eriti just kalloossed haavandid kalduvad pahaloomulisele degeneratsioonile, seepärast tuleb lugeda kalloosse haavandi olemasolu operatiivse vahelesegamise absoluutseks näidustuseks.

V.E. Salištšev toob üksikute haiguste sagedusest, mis eelnevad maovähi nähtudele, järgmisi andmeid: 1) krooniline gastriit - 20%, 2) krooniline maohaavand - 15%, 3) armid peale haavandit - 5%.

Metastaase annab maovähk sagedamini kui teist organite vähid. Metastaseerumine toimub lümfi- ja veresüsteemi kaudu.

Sagedasemad on lümfogeensed metastaasid.

Peamisi lümfi äravoolu teid maost on kolm. Esimene neist viib lümfi kogu mao paremalt poolelt läbi lümfisoonte ja sõlmede, mis asetsevad väikesel kõverikul kuni kardiani (püloorruselt, väikeselt kõverikult, mao eesmiselt ja tagumiselt seinalt). Teine viib lümfi suurelt kõverikult (püloorusest kuni funduseni). Seda tuleb silmas pidada vähi puhul teostataval mao resektsioonil ja mesogastrium eraldada hästi ristkäärsoole lähedalt. Kolmas tee viib lümfi mao funduse osast ja kulgeb piki põrnaarterit põrnavärati suunas. See tee on tähtis operatsioonidel, kui on kahjustatud mao kardiaalne osa.

Eraldatakse neli maovähi arengu staadiumi (A.V. Melnikov). Esimene staadium: lokaalne protsess ainult limaskestas. Esineb väike tuumor limaskestas ja selle aluses kihis. Regionaarsed metastaasid puuduvad. Teine staadium: kasvaja on suurem, liikuvast tuumorist pole veel haaratud mao serooskiht, kuid kasvaja on levinud juba mao lihaskestas. Puuduvad liited naaberorganitega, esinevad üksikud liikuvad regionaarsed lümfisõlmed. Kolmas staadium: tuumor väljub mao piiridest, liitub naaberorganitega, on väheliikuv või liikumatu. Regionaarsetes lümfisõlmedes on metastaasid. Neljas staadium on kaugmetastaaside staadium.

Maovähk on tüüpilise lokalisatsiooniga (A.V. Melnikov):

1) väikese kõveriku vähk mao alumises kolmandikus,
2) väikese kõveriku vähk mao keskmises kolmandikus,
3) väikese kõveriku vähk mao ülemises kolmandikus,
4) mao eesmise või tagumise seina ja suure kõveriku vähk,
5) maofunduse vähk,
6) peale selle täheldatakse mitte harva ka mao kardiaalse osa vähki, mis tavaliselt on lamerakuline.

Rääkides metastaseerumisest, tuleb märkida, et maovähk võib anda metastaase ka väikese vaagna organitele. Krukenberg pidas maovähi puhul esinevaid munasarjakahjustusi primaarseks. Kaasajal on näidatud, et maovähi puhul esinev munasarjakahjustus on metastaseerumise tulemus (implantatsioon, hematogeenselt või retrograadselt lümfiteid kaudu).

Maovähki jaotatakse tema kuju järgi nelja rühma. Esimene rühm: tuumor on teravalt piirdunud, pole haavandunud, on laial, (harva kitsal) alusel, asetseb maovalendikus, kõige sagedamini antraalses osas, areneb aeglaselt ja annab hilja metastaase. Teine rühm nn. "taldrikukujuline" maovähi vorm on teravalt piirdunud servadega, tavaliselt haavandunud suuremas või vähemas ulatuses. Ta kasvab kiiremini kui esimese rühma kasvaja. Taldrikukujuline kartsinoom metastaseerub hilja, ta lokaliseerub tavaliselt mao väikesel kõverikul, mao eesmisel ja tagumisel seinal. Kolmas rühm: segavähi vorm, siin esineb rööbiti haavandumisega difuusne seinte infiltratsioon ja kahjustus ulatub kaugemale silmaga nähtavast piirist. See on see kasvaja vorm, mille puhul paljud kirurgid soovitavad teha subtotaalset mao resektsiooni. Neljas rühm: laialdane difuusne kahjustus, millel puuduvad nähtavad piirid.

Esimese ja teise maovähi vormi puhul ühtivad protsessi palja silmaga ja mikroskoobi abil nähtavad piirid, seepärast võib teostada resektsiooni 3-4 cm nähtavast tuumori piirist eemal. Kolmanda, eriti aga neljanda rühma kartsinoomide puhul on mikroskoopiliste muutuste piir palju kaugemal nähtavast tuumori piirist.

Histoloogilise ehituse järgi jaotatakse maovähki: 1)carcinoma adenomatosum, 2) carcinoma solidum, 3) carcinoma fibrosum, 4) segavormid. Kõige sagedamini esineb adenomatoosne vähk.

K l i i n i k . Mõnel juhul võib maovähk areneda kliiniliselt märkamatult. Mõnikord on haiguse sümptoomid pikema aja kestel niivõrd ebamäärased, et haiged pöörduvad arsti poole alles siis, kui vähi diagnoosimine ei valmista enam raskusi, haigus on aga juba hilises staadiumis.

Kaasajal on paljud kirurgid sellel seisukohal, et maovähk on lühikese anamneesiga ja kulgeb pahaloomuliselt. Tähelepanelikul haige küsitlemisel aga selgub sageli, et haiget on pikema aja kestel ravitud maokatarri tõttu (V.E. Saliõtšev).

Tavaliselt tabab maovähk haigeid vanuses 50-60 aastat,

kuid esineb ka 30-50 eluaasta vahel. Noored inimesed haigestuvad maovähki harvem, sel juhul on aga haigus väga pahaloomulise iseloomuga.

Kliinilised sümptoomid sõltuvad suurel määral kasvaja asukohast. Nii esinevad püloorusevähi puhul peamiselt mao evakuatsiooni häired, kardiaalse vähi puhul aga düsfaagianähud.

Kõiki haigusnähte võib jagada varasteks ja hilisteks. Varaste hulka kuuluvad: isutus, vastikustunne mõnede toitude vastu (eriti liha), näiliselt mitte millegagi seletatav kõhnumine, raskustunne rindealuses piirkonnas peale sööki ja haisvad röhatised. Kõiki neid nähte nimetavad mõned autorid (A.I. Saliõtšev) kokkuvõtvalt düskomfordiks. Rõõbiti nende nähtudega võivad olla valud, mis on tavaliselt tuima iseloomuga. Haiged ei seosta neid alati söömisega.

Hilisemate sümptoomidena esinevad samad nähud, kuid palju tugevamatena. Täheldatakse kiiret ja tugevat kaalu kaotust, areneb kahheksia. Valud omandavad püsivama iseloomu, tugevnedes peale söömist, mida mõned autorid seletavad vähi haavandumise ja akoolilise gastriidi progresseerumisega. Edaspidi muutuvad tuimad valud haigele väljakannatamatuteks, kurnates veelgi juba niigi piinatud haiget. Mõnikord on need valud kiirguva iseloomuga, irradieerudes ka nimmepiirkonda. Sellised valud põhjustavad kahtlust, kas pole maovähk läinud üle ka kõhunäärmele, mis raskendab radikaalse operatsiooni läbiviimist.

Läbi kõhuseinte palpeeritav tuumor annab tavaliselt tunnistust haiguse pikast kestusest, kuid ka sellel perioodil on sageli veel võimalik radikaalne operatsioon.

Väljakujunenud haigussümptoomide kiiret arengut, nagu düsfaagia kardia kartsinoomide puhul, täheldatakse eriti pahaloomulistel vähivormidel, seepärast pöörduvad haiged sageli kirurgi poole alles haiguse inoperaabelses staadiumis.

On vajalik avastada juba varased sümptoomid, või nagu neid nimetab A.I. Savitski, "väikesed haigustunnused".

Kirjeldatud järjekorda haigussümptoomide ilmumisel ei täheldata mitte alati. Real juhtudel võib maovähk kulgeda peaaegu ilma sümptoomideta maos, kusjuures kujuneb aga välja

kiiresti progresseeruv kahheksia. Mõnikord on maokasvaja juhuslikuks kõrvalleiuks röntgenoskoopial või ka operatsioonil, mida teostatakse mõne teise eesmärgiga.

Objektiivsel uurimisel tuleb pöörata tähelepanu nii üldistele kui ka paiksetele haigussümptoomidele. Kõhu palpeerimist tuleb teostada, haige olles horisontaalses asendis ja lamades paremal ja vasemal küljel. Magu on suhteliselt liikuv organ, seepärast on mõnikord tuumorit võimalik palpeerida ainult haige teatud seisundis. Soovitatakse kõhu palpeerimist ka põlvili kummargil asendis, millises kasvaja on kõige lähemal kõhu eesmisele seinale.

Ka laboratoorsed uuringud võimaldavad saada andmeid, mis on tähtsad maovähi diagnostikas.

Maomahla analüüs (mahla tuleb võtta peene sondiga, fraktsioneeritud meetodil) näitab enamikul juhtudest mao üldhappesuse tunduvat vähenemist ja vaba soolhappe pea täielikku puudumist, mis on seletatav sellega, et maovähiga kaasub ka akooliline gastriit. Peale selle leidub maomahlas piimhapet, mis ilmub sinna käärimisprotsessi tulemusena.

Suur tähtsus maovähi diagnostikas on roojamasside uurimisel vere sisalduse suhtes. Korduvatel uuringutel saadavat positiivset resultaati loetakse tüüpiliseks maovähile tema haavandumisstaadiumis. Eelnevalt on vaja välja lülida teised põhjused, mis võivad tingida vere esinemist roojas (näiteks hemarroidid).

Viimasel ajal omistatakse suurt tähtsust mao loputusvedeliku uurimisele selles esinevate tuumori või atüüpiliste rakkude osas. Meie kogemused annavad põhjust selle meetodi soovitamiseks juhul, kui on kahtlus mao pahaloomulisele tuumorile.

Vähi puhul teostatavatel vere uuringutel sedastatakse tavaliselt sekundaarse aneemia tunnuseid ja kõrgenenud settereaktsiooni. Kui teiste kliiniliste sümptoomide olemas olles settereaktsioon on üle 20 mm tunnis, kinnitab see leid maovähi diagnoosi.

Kõige olulisem osa maovähi diagnoosimisel on röntgeno-

loogilisel uurimisel. Tüüpiliseks leiuks loetakse täitumisdefektide olemasolu. On olemas veel varasem röntgenoloogiline leid: limaskesta defekt, destruktsioon ja maoseinte regiidsus. Juhul, kui esinevad kliinilised nähud, mis räägivad maovähi poolt, ei leia aga kinnitust röntgenoloogilisel uuringul, on näidustatud proovi laparotoomia.

Maovähi d i a g n o o s i ei tule panna mitte üksnes ühe või teise sümptoomi või ka sümptoomkompleksi esinemise järgi, vaid tuginedes kõikidele kliinilistele kui ka laboratoorsetele uuringutele.

Maovähi ravi on kirurgiline. Juhul, kui radikaalne operatsioon pole enam teostatav, on vastavate näidustuste esinemisel kasutatavad palliatiivsed operatsioonid (gastroenterostoomia - kui vähk stenoseerib püloorust, gastrostoomia - kardiavähi puhul). Radikaalseks operatsiooniks on mao resektsioon. S.A. Holdini andmeil oli maovähiga hospitaliseeritud haigetel võimalik teostada radikaalset operatsiooni 46% juhtudest (1947.-1948.a.).

Mao kardiaalse osa vähi resektsiooni metoodikal on oma iseärasused. Soovitatakse kaht ligipääsu: läbi kõhuõõne (A.G. Savinõh) ja läbi rinnaõõne. Viimastel aastatel kasutatakse paljude kirurgide poolt teist teed (A.A. Višnevski, B.K. Ossipov, B.V. Petrovski).

Enne operatsiooni on vaja läbi viia haige hoolikas ettevalmistus: antibiootikumid, üldtugevdav ravi, vereülekanded, igapäevane 30-40 ml 40%-lise glükoosilahuse süstimine veeni jne. Mitu päeva järjest tuleb teha maoloputusi. Madala maomahla happelisuse puhul lisatakse loputusvedelikule soolhapet (0,5 acidi muriatici diluti 1 l vee kohta). Operatsioonijärgne periood viiakse läbi nii nagu kõikidel mao operatsioonidel.

Kaasajal on maovähi operatsiooni järgne letaalsus tunduvalt langenud.

XI peatükk.

ÄGE SOOLESULGUS.

Ägedaks soolesulguseks (iileus) nimetatakse järsku soole sisu edasipääsu katkemist soolevalendikus.

Iileuse põhjusi võib jagada mitmesse rühma. Ühel juhul katkestavad soole läbitavuse soole limaskestast lähtuvad uudismoodustised, sapiteedest tulevad suured sapikivid, seedimata toiduosad, solkmed. Sellist soolesulgust nimetatakse obturatsiooni-iileuseks.

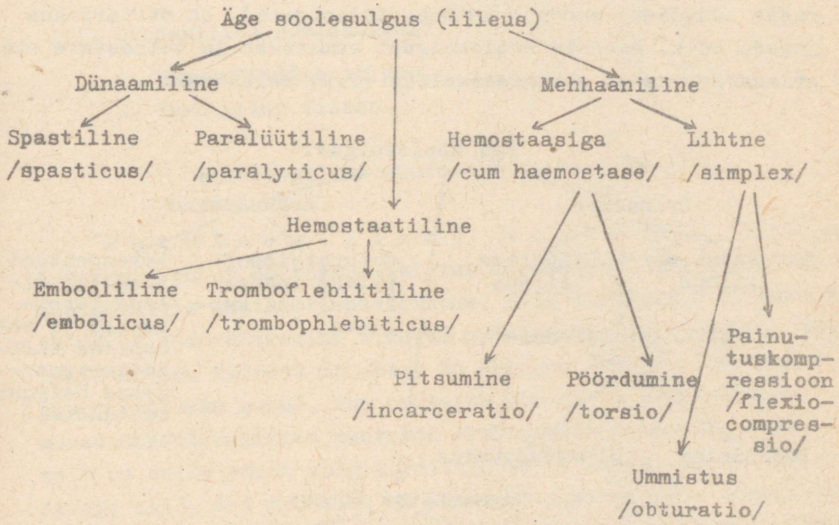
Teistel juhtudel kutsutakse soolesulgus esile põhjustest, mis mõjuvad soolele väljastpoolt, kusjuures on kahjustatud ka kinnisti. Sellist soolesulguse vormi nimetatakse strangulatsiooni-iileuseks.

Sekundaarseks soolesulguseks nimetatakse sellist soolesulgust, mis areneb mõne teise raske haiguse tulemusena (soolesulgus vähktõve, kinnisti veresoonte tromboosi või südamehaiguse tulemusena). Sellisel juhul osutub soolesulgus ainult põhihaiguse tüsistuseks, mis tunduvalt raskendab haige seisundit. Sekundaarsel soolesulgusel esineb letaalset lähet palju sagedamini kui primaarsel soolesulgusel.

Esineb ka mõne sooleosa ülemäära tugevat spastilist kontraktsiooni või vastupidi: selle paralüütilist lõgastumist, kusjuures soolevalendikus pole mingisugust takistust. Selliseid soolesulgusi nimetatakse dünaamilisteks iileusteks.

Klassifikatsioon.

On olemas terve rida ägeda soolesulguse klassifikatsioone. Võrdlemisi täiuslik on V.A. Oppeli klassifikatsioon, mis on esitatud käesoleva sajandi kahekümnendatel aastatel ja mis pöörab erilist tähelepanu soolekinnisti vereringe seisundile (joon. 2). Esitame ka kaks teist klassifikatsiooni, mis on avaldatud peale 1945.a.



Joon. 2. Iiliuse klassifikatsioon V.A. Oppeli järgi.

S o l o v j o v i klassifikatsioon.

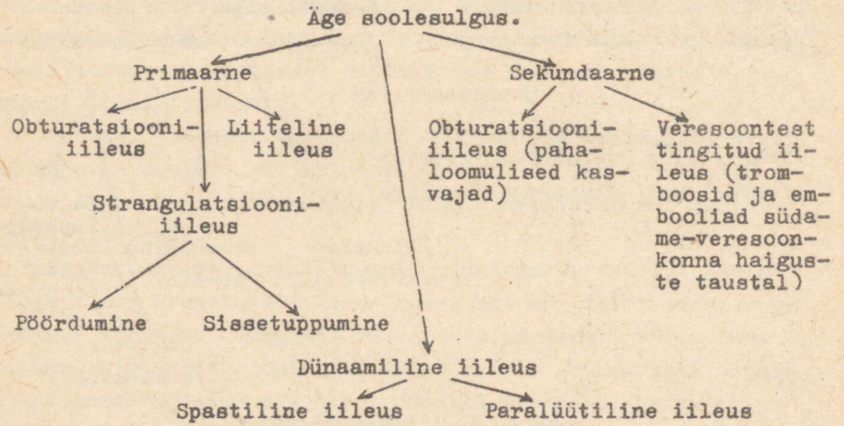
I. Dünaamiline soolesulgus:

a) spastiline soolesulgus,
b) paralüütiline soolesulgus, mille hulka kuulub ka soolekinnisti veresoonte tromboos ja emboolia.

II. Mehhaaniline soolesulgus:
   a) obturatsiooni-iileus - soolevalendiku sulgus kasvajate, võõrkehade, solkmete jne. poolt;
   b) strangulatsiooni-iileus - peen- ja jämesoole pöördumine, sõlmede moodustumine.

III. Liideteline soolesulgus: liited ja kokkukasvamised peale operatsiooni või mõnd haiguslikku protsessi kõhuõõnes.

Lähtudes seliest, et äge soolesulgus võib osutuda mõnikord ka mõne teise patoloogilise protsessi tüsistuseks (vähk, mis kahjustab soolt seest, soolekinnisti veresoonte tromboos raske südame-veresoonte haiguse tulemusena), on otstarbekas jagada kõiki ägedaid soolesulgusi esmasteks ja teisesteks ehk primaarseteks ja sekundaarseteks (P.L. Seltsovski).



Joon. 3. Iileuse klassifikatsioon
P.L. Seltsovski järgi.

I. Primaarne (esmane) soolesulgus:

1. Obturatsiooni-iileus - põhjus soole sees (solkmed, seedimata toidu osad jne.).
2. Strangulatsiooni-iileus (protsessist on ting mata hõlmatud ka kinnisti) - peen- või jämesoole pöördumine,

pitsumine mitmesugustesse taskutesse või liidete kontraktuurid, sõlmede moodustumine, invaginatsioon (all asetseva soole osa sissetuppumine kõrgemal asetsevasse).

3. Liiteline iileus.

II. Sekundaarne (teisene) soolesulgus:

1. Obturatsiooni-iileus (põhjustatud pahaloomulistest kasvajatest).
2. Veresoontest põhjustatud iileus (põhjustatud südame-veresoonkonna haiguste poolt esilekutsutud kinnisti tromboosides ja embooliate poolt).

III. Dünaamiline soolesulgus:

1. Paralüütiline iileus,
2. Spastiline iileus.

Patoloogiline anatoomia ja füsioloogia.

P a t o l o o g i l i s e d m u u t u s e d ägeda soolesulguse puhul sõltuvad takistuse asukohast. Mida kõrgemal seedetraktis asetseb see takistus, seda tugevamalt kujunevad välja ja seda kiiremini ilmuvad patoloogilised muutused. Muutuste arengu kiirust mõjustab ka sulguse iseloom. Strangulatsiooni-iileuse puhul, kui protsess haarab ka soolekinnisti, ilmuvad morfoloogilised muutused erakordselt kiiresti. Kliiniliselt on selle vormi kulg tormiline ja letaalsus on suurem, eriti aga siis, kui tegemist on sõlme moodustumisega. Obturatsiooni-iileusel arenevad muutused aeglasemalt, kuid ka siin saabub lõpuks raske seisund.

Tavaliselt on soolesulguse puhul sooleseina patoloogilised muutused seda suuremad, mida lähemal nad asetsevad takistuskohale. Strangulatsiooni-iileusel kannatub eriti tugevasti väljalülitatud sooleling. Veresoonte kokkusurumise tulemusena tekivad paiksed vereringe häired (venoosne pais). Tekkiv turse kobestab lihaskoe, põhjustab hattude turset ja epiteeli homogeniseerumist. Venoosse paisu suurenemisel tekivad ekstravasaa-

did, tromboosid ja limaskesta haavandumised. Viimased võivad süveneda, viia perforatsioonile ja raskele peritoniidile.

Real juhtudest toimub nekrotiseerumine, mis lõpeb sooleosa täieliku gangreeniga. Tekkivate troofika häirete tulemusena muutub limaskest mikroobidele läbitavaks. Eksudaat on algul seroosne, muutub aga hiljem väikeste veresoonte tromboseerumise tõttu hemorraagiliseks, kuna läbi seinte hakkab tungima ka vormelemente. Seoses mikroobide läbitungimisega omandab eksudaat vinava haisu. Eriti kiiresti toimuvad need kahjustused strangulatsiooni-iileuse puhul, kus veresoonte kahjustuse tulemusena arenevad sooleinfarktid sellele järgnevate osaliste nekroosides ja gangreenidega.

Takistuskohast allpool on sool puhkeseisundis, peristaltika puudub, sekretsioon peaaegu puudub, resorbtsioon muutub aga vähe.

Patofüsioloogilisi muutusi võib kujutada järgmiselt. Takistuse tulemusena katkeb toidu (mahlade) edasipääs seedetraktis. Soolestiku osa takistusest kõrgemal laieneb ja rõhk sooles suureneb. Siit tekkivad soole ja selle kinnisti kogu retseptoorse aparaadi ärritused antakse patoloogiliste impulssidena edasi tsentraalnärvisüsteemile. Kõik need momendid on eriti tugevasti välja kujunenud neil soolesulguse vormidel, kus protsessist on kaasa haaratud ka soolekinnisti.

Patoloogiliste impulsside vool viib kiiresti tsentraalnärvisüsteemi üliärritusele, kurnatusele ja pärssimisele. Suurenenud rõhk sooles viib soole väljavenimisele. Rõhk veresoontele põhjustab neis paisu, mis on eriti ulatuslik, kui protsessist on haaratud ka soolekinnisti. Venoosse paisu ja neurotroofiliste kahjustuste tulemusena toimub vere vedelate osiste ekstravasatsioon ja soolevalendiku ülitäitumine. Edasisel protsessi progresseerumisel toimub ekstravasatsioon ka kõhuõõnde. Veresoonte läbilaskvus suureneb üha enam, algab vormelementide, üksikute eritrotsüütide ekstravasatsioon, mille tulemusena eksudaat muutub hemorraagiliseks.

Röntgenoloogilisel uurimisel sedastatakse eksudaadi olemasolu soolevalendikus nivoodena, mis neid kirjeldanud auto-

ri järgi kannavad Kloiberi peeglite nimetust. Iileuse tsentraalnärvisüsteemi kahjustav toime muudab tunduvalt kogu organismi ainevahetust ja põhjustab seedetrakti mahlade ringvoolu häireid. See väljendub selles, et mahlade sekretsioon on säilinud, imendumist aga ei toimu. Organism ei saa toitu, algab nälgimine. Kõik see põhjustab ainevahetuse häireid kogu organismis ja mitte mõnes üksikus osas isoleeritult. Imendumisprotsessi järsust langusest tingituna väheneb valkude juurdevool, valkude defitsiit, kusjuures toimub ka muutus valkude molekulistruktuuris. Sama raskelt kahjustub süsivesikute ainevahetus, mis peatub vahepealses faasis (ketoonid). Muutub ka vee ja soolade ainevahetus: kloriidide ja vee hulk väheneb. Organism hakkab kuivama, ainevahetuse häired viivad selleni, et kaob võime omandada toitaineid ja vett.

Ainevahetuse häired on ägeda soolesulguse puhul peamiseks intoksikatsiooni põhjuseks, mis toimib äärmiselt hävitavalt kogu organismile, eriti aga tsentraalnärvisüsteemile, süvendades veelgi haige rasket üldseisundit. Iileuse patogeneesis ei ole isoleeritult ainult neurogeenset ega ka ainult intoksikatsioonifaktorit, neid ei saa vastandada, kuna nad täiendavad teineteist ja neurogeensed faktorid osutuvad ainult käivitusmehhanismiks.

Ägeda soolesulguse vormid.

Ägeda soolesulguse kliinilised nähud sõltuvad suurel määral tema vormist, seepärast anname ka mitmesuguste iileuse vormide kirjelduse.

Obturatsiooni-iileus areneb soolevalendiku ummistumisega seestpoolt. Takistusest kõrgemal suureneb soole läbimõõt aeglaselt ja lõpuks on tal täispuhutud autokummi kuju. Aeglaselt arenev pidev laienemine põhjustatakse samuti aeglaselt süvenevast läbitamatusest, mistõttu ka kliinilised sümptoomid arenevad aeglaselt.

Strangulatsiooni-iileuse puhul võib olla peensoole, pimesoole (coecum mobile puhul) või S-käärsoole pöördumine.

Pöördumine võib toimuda kellaosuti pöörlemise suunas või vastassuunas 180 - 360° ja enam. Täielik pöördumine (360°) põhjustab harilikult kiiresti soolenekroosi ja -gangreeni. S-köörsoole pöördumine toimub kõige sagedamini soole pika kinnisti puhul.

Üks kõige raskemaid soolesulguse vorme on soolesõlm. Soolesõlm on harva esinev soolesulguse vorm. Ta seisneb selles, et kaks või enam soolelingu põimuvad üksteise ümber või üks sooleling põimub teise lingu kinnisti ümber.

Tavaliselt võtavad soolesõlme moodustamisest osa S-käärsool ja peensool, kui neil on pikad kinnistid. Sümptoomidena ilmuvad nende sooleosade väljalülimise nähud, arenevad kiiresti vereringe häired ja nekroos. Soolesõlme puhul arenevad kliinilised nähud väga tormiliselt, kusjuures kaasuvad tugevasti väljakujunenud šoki nähud. Juba mõne tunniga areneb välja kahjustatud sooleosade gangreen ja haiged võivad surra juba esimese ööpäeva kestel.

Letaalsus on soolesõlme puhul väga kõrge, ta kõigub 30-40% piirides. Haigeid võib päästa ainult varane operatiivne ravi, mis seisneb sõlme lahtiharutamises.

Soolelingude nekroosi puhul teostatakse, olenevalt haige seisundist, kas resektsioon või tuuakse lihtsalt surnud soolelingud haava kaudu välja pinnale.

Liiteline soolesulgus on põhjustatud liidetest, mis võivad tekkida näiteks varem toimunud operatsiooni tulemusena. Liited võivad sikutada soolt, ilma et nad suleksid selle luumenit täielikult. Sellisel juhul räägitakse osalisest soolesulgusest. Sageli läheb osaline soolesulgus hiljem üle täielikuks, kuna liited deformeerivad kogu soolevalendiku, tekitades niverdusi, "kaksiktoru", sõlme või soolelingu pitsumist taskusse, mille moodustab liide. Kliiniline kulg sõltub liitelise soolesulguse iseloomust.

Erilist tähelepanu väärib soolesulguse vorm, mida nimetatakse invaginatsiooniks. Selle soolesulguse vormi puhul toimub allpool asetseva soole osa sissetuppumine ülemisesse. Kõige sagedamini invagieerub niudesoole lõpposa. Tuleb märkida, et sissetuppumisel kahjustub alati ka soolesein

vereringe häirete tulemusena. Sellega on seletatav vere esinemine haige väljaheites selle soolesulguse vormi puhul.

Dünaamiline soolesulgus. Tavaliselt esineb soolesulguse s p a s t i l i n e vorm. Ülevalpool spastiliselt kokkutõmbunud sooleosa laienevad soole käärud, allpool spasmi olevad sooleosad on aga puhkeseisundis.

P a r a l ü ü t i l i s e l soolesulgusel on soolekäärud lõdvad, atoonilised, peristaltika puudub. Kõige raskemaid paralüütilisi suulesulgusi täheldatakse peritoniidi puhul.

Ülaltoodud mitmesuguste soolesulguse vormide alajaotus on teatud piirini suhtelise iseloomuga. Näiteks liiteline soolesulgus omandab soole kokkupigistamisest alates kiiresti strangulatsiooni-iileuse iseloomu.

Soolesulguse arengul võib eraldada kolme staadiumi (N.N. Samarin).

E s i m e n e s t a a d i u m - strangulatsiooni-iilusel või kõrgel soolesulgusel on haiged selles perioodis sageli raskes seisundis kaasuva šoki tulemusena. Esineb oksendamine. Alati esinevaks sümptoomiks on valu.

T e i n e s t a a d i u m - kompensatoorne valude staadium, mille kestel organism püüab võita takistust soole tühjendamiseks.

K o l m a s s t a a d i u m - dekompensatsiooni-staadium, täheldatakse väljakujunenud tokseemiat, peritoniidi arengut, sagedast vinavat okset. Vererõhk langeb, pulss on sage, nõrk.

Üksikute staadiumide kestus on erinev ja mõnikord kulgevad kõik staadiumid väga kiiresti.

Kliiniline pilt ja diagnostika.

Ägeda soolesulguse olulisemateks kliinilisteks sümptoomideks on: tugevamad või nõrgemad valud kõhus, rooja- ja gaaside peetus, kõhu puhitus, tugevnenud peristaltika sellele järgneva sooleparalüüsiga, oksendamine, pulsisageduse tunduv suurenemine.

Soolesulguse vorm	Valu	Rooja ja gaasi-de läbipääs	Oksenda-mine	Kõhuseinte seisund	Pulss
Obturatsiooni-iileus	Tume, pitsu-mise puhul hootine	Pole	Algul puu-dub, ilmub haiguse are-nemisel	Puhitus, kerge valulikkus	Algul muutusteta, hiljem sagenenud
Strangulatsioo-ni-iileus	Terav, väl-jakannatama-tu	Pole	Kohe algu-sest peale	Tugevasti pingul,(kuid mitte laud-köva) valu-likkus kõi-kides punk-tides	Sagenenud, haiguse kõrgpunktil nõrga täitumusega
Liiteline	Ebamäärane, tume, enam väljakujune-nud soolte liitumise puhul	Katkestatud ai-nult haiguse kõrgpunktil, algul osaline	Harva	Pisut puhi-tunud, va-lulik	Algul muutusteta, haiguse arenemi-sel sagenenud
Invaginatsioon	Mitte tugev, rohkem pare-mal	Vahelduv kõhu-kinnisus ja lah-tisus, väljahei-tes verd	Pole	Kerge pinge alakõhus	Algul muutuseta, haiguse kõrgpunk-til sagenenud
Paralüütiline	Tume valu, pakitav tun-ne	Pole	Harva	Puhitus	Pisut sagenenud
Spastiline	Terav,hootine	Pole	Harva	Kerge puhi-tus	Vähe muutunud

Nende sümptoomide väljakujunemine eri soolesulguse vormide puhul on erinev.

Skemaatiliselt on see järgmine: (vt. tabel lk. 54).

Ainult strangulatsiooni-iileuse puhul on sümptoomide väljakujunemine niivõrd kiire ja iseloomulik, et enamikul juhtudest ei valmista diagnostika raskusi.

Teistel soolesulguse vormidel ei pruugi sümptoomid algul olla tüüpilised. Ainuke kindel sümptoom on rooja- ja gaaside peetus. Kiire valude suurenemine ja iivelduse ilmumine kergendavad diagnostikat.

Obturatsiooni-iileuse puhul, ükskõik millest see ka oleks põhjustatud, on esimeseks tähelepandavaks sümptoomiks rooja- ja gaaside peetus. See sümptoom võib puududa ainult neil juhtudel, kui toimub sooleosa tühjendamine, mis asetseb takistusest allpool. Teiseks alatiseks sümptoomiks on valu, mis on omapärase iseloomuga. Ta on püsiv, tuim, ja hoovalu iseloomuga ainult sel momendil, kui peristaltiline laine jõuab takistuskohani.

Selliste valude esinemist võib täheldada haiguse esimeses ja teises staadiumis. Haiguse progresseerumisel teravneb valu seoses peristaltika elavnemisega, muutudes ajuti väljakannatamatuks. Mõnikord võib sedastada tugevnenud peristaltikat juba ainult kõhu vaatlusel, samuti võib ta olla ka kuuldav. Kõhusein on pisut esiletungiv, palpatsioonil pehme, kuid Blumberg-Štšotkini sümptoom võib olla positiivne.

Diagnostikas on suure tähtsusega "loksumise" sümptoom, mis tekib rohke vedeliku ja gaaside kogunemisel soolde. Seda määratakse järgmiselt: haige asetatakse horisontaalselt, võttes kinni kõhust ülalpool vaagnat ja õõtsutatakse teda - tekib loksumine kõhus.

Haiguse hilisstaadiumis, kui peristaltika on juba lakanud ja kõhuõõne kuulamisel ei sedastata enam korinaid, õnnestub mõnikord kuulda heli, mis meenutab tilkade kukkumist. Selle sümptoomi esinemine räägib eksudatsiooni olemasolust. Algul ei esine obturatsiooni-iileuse puhul oksendamist, see ilmub alles haiguse kõrgpunktil, on väga kurnav ja lõpu eel on vinav ("roojaokse").

Soolesulguse algul on haige ilme vähe muutunud. Protsessi progresseerumisel, kui ilmuvad juba tüsistused, areneb peritoniit ja tugevneb intoksikatsioon, näojooned teravnevad, silmad langevad auku, ilmub külm higi, jäsemed on komplemisel külmad, küünealused ja huulte limaskest on sinakad. Pulss on haiguse algul vähe muutunud. Haige seisundi halvenemisel suureneb pulsisagedus, täitumus langeb. Haiguse lõppetapp areneb katastroofiliselt ja kui pole tehtud õigeaegselt operatsiooni, surevad haiged, olles seejuures kuni surmani täielikult teadvusel.

Strangulatsiooni-iileus iseloomustub raskema kliinilise kuluga, mis seletub sellega, et protsessist on haaratud ka soolekinnisti. Järsk algus, teravad valud, kannataja ilme näol, sage pulss - üle 100 löögi minutis - on tüüpiline strangulatsiooni-iileuse algusele. Mida kõrgemal on kahjustatud sooleosa, seda raskemalt kulgeb haigus. Strangulatsiooni-iileuse puhul on kujunenud välja tüüpiline näoilme - facies Hyppocratica. Haiged on šokiseisundis. Kõht on puhitunud, pingul, palpeerimisel ei esine kusagil teravat valulikkust, mis on tüüpiline kõhuõõnes arenevatele põletikulistele protsessidele. Eksudaati sooles ei esine peaaegu kunagi rikkalikult, seda enam esineb teda aga kõhuõõnes. Oksendamine ilmub varakult ja kui strangulatsioon asetseb kõrgel, on okse vinav. Operatsiooniga ei tohi viivitada. Konservatiivsete ravivõtete kasutamisel ei ole mõtet.

Invaginatsiooni puhul esinevad kaebused on äärmiselt ebamäärased: valud ühes või teises kõhusegmendis, roojapeetus, gaaside osaline või täielik peetus. Objektiivsel uuringul on pulss vähe muutunud, kõhusein on pehme, kergelt valulik, sümptoomid, mis on tüüpilised kõhuõõnes esinevatele põletikkudele, puuduvad. Mõnikord on palpeeritav ebamäärane tükk kõhuõõnes. Pärasoole palpeerimisel võib olla palpeeritav invagineerunud sooleosa. Invaginatsioonile kõige tüüpilisem on see, et väljaheites esineb verd.

Liitelise iileuse puhul tuletavad kliinilised sümptoomid algul meelde obturatsiooni-iileuse sümptoome, hiljem, kui haa-

ratakse kaasa ka soolekinnisti, ägevnevad sümptoomid ja kliiniline pilt hakkab meenutama strangulatsiooni-iileust.

Täiesti erinevad kahjustused arenevad dünaamilisel soolesulgusel. Iseloomulikke sümptoome, mis esinevad strangulatsiooni-iileusel või invaginatsioonil, dünaamilisel soolesulgusel ei ole. Sellest tingituna avastatakse üht või teist tüüpi dünaamilist iileust sageli alles operatsioonilaual. Tugevad perioodilised hoovalud kõhus võivad rääkida dünaamilise soolesulguse spastilise vormi poolt.

Suure tähtsusega iileuse diagnostikas on kehatemperatuur. Temperatuuri kõrgenemine vihjab tavaliselt haiguse põletikulisele päritolule. Soolesulgusele on iseloomulik normaalne või subferbiilne temperatuur.

Meie andmeil oli temperatuur normi piirides 64% ägeda soolesulgusega haigetest, kõrgenenud kuni 37,5° - 27%, kuni 38° - 5% ja kuni 38,5° - 4%.

Kõikide soolesulguse vormide puhul on vajalik pärasoole uurimine sõrmega, millega võib mõnikord avastada tõelise soolesulguse põhjuse (kasvaja, seedimata toidu osad, suured sapikivid, koprostaas). Kui pärasool on vaba, siis võib laialt avali olev ampulla (Obuhhovi haigla sümptoom) olla täiendavaks sümptoomiks ägeda soolesulguse diagnoosimisel.

Vere uuringud ei anna haiguse algul midagi tüüpilist, võib vaid esineda kerge leukotsüütide arvu suurenemine. Ägeda soolesulguse arengu kõrgpunktil suureneb eritrotsüütide arv ja hemoglobiini protsent. See, üks tüüpilisemaid ägeda soolesulguse sümptoome, on põhjustatud suure veekaotuse tulemusena tekkivast vere paksenemisest. Vere kloorisisaldus väheneb järsku. Normaalselt on vere kloriidide sisaldus 200-250 mg %, iileuse puhul võib see langeda 200-150 mg %-le. Kõige madalam on see terminaalsetes seisundites. Rööbiti üldise valkude vähenemisega veres täheldatakse peendispersse fraktsiooni - albumiinide peaaegu täielikku kadumist. Lõpuks täheldatakse väljakujunenud atsidoosi, ilmuvad ketoonkehakesed ja atsetoon.

Maksas täheldatakse histoloogilisel uurimisel tugevat

glükogeeni vähenemist. Neerupealistes väheneb kromogeenne substants. Kõikides organites areneb turse.

Diferentsiaaldiagnostiliselt on suure tähtsusega dünaamilise ja teiste iileuse vormide diferentseerimine, kahepoolne paranefriumi blokaad (A.V. Višnevski). Sageli likvideerib õigeaegselt tehtud paranefriumi blokaad soolesulguse ja taastab soole tegevuse.

Strangulatsiooni-iileuse puhul esinevad teravad valud võivad meenutada mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandi, ägeda sapipõiepõletiku (kivi pitsumine) ja neerukoolikute puhul esinevaid valusid. Haavandi mulgustumisel on anamneesis tavaliselt järsk algus, "torkav valu", kõhusein on "laudkõva", kuna aga ka kõige raskemal iileuse juhul on kõht puhitunud. Röntgenoloogilisel uurimisel sedastatakse haavandi perforatsioonil diafragma all sirbikujuliselt õhku, iileuse puhul sedastatakse aga sooles vedeliku peegleid.

Ägedale sapipõiepõletikule on iseloomulik valude kontsentreerumine paremale, roietekaare alla. Palpeerimisel esineb seal ka valu. Iileuse diferentseerimine neerukoolikutest on sageli raske, kuid haige rahutus, valulikkus põrutamisel nimmepiirkonnale kui ka värskete eritrotsüütide esinemine uriinis annavad võimaluse neerukooliku äratundmiseks.

Mõnikord võivad anda iileuse pilti mitmesugused veresoonte häired. Neil juhtudel antakse haigetele 2-3 tilka nitroglütseriini, mille toime järgi on võimalik hinnata diagnoosi õigsust.

Kõik need diferentsiaaldiagnostilised võtted on haiguse algstaadiumis tähtsad ainult strangulatsiooni-iileuse puhul, ülejäänud soolesulguse vormide puhul on neil tähtsust ainult haiguse arengu haripunktil.

Liiteline ja obturatsioonisoolesulgus ei ole algperioodil ägeda kuluga ja alles hiljem, kui kaasub juba soolekinnisti kahjustus, muutub haiguse kulg tormiliseks.

Juhul, kui kliinilised nähud pole teravalt välja kujunenud, kui puudub haiguse tormiline kulg, võib mõelda obturatsiooni-iileusele, s.o. soolevalendiku sulgusele sapikividega, solkmetega jne. Sellisel juhul võib kasutada rida konservatiivseid ravivõtteid, mis algavad lihtsa klistiiriga 1-1,5 l. Kui see ei anna tulemusi, kasutatakse seebivee klistiiri (1 g seepi 500 ml soojale veele 33-34°). Kui ka seebiveeklistiir ei aita, tehakse süfoonklistiiri. Juhul, kui näidatud võtted ei vii sihile, osutub vajalikuks kahepoolne paranefriumblokaad. See ravivõte osutub vajalikuks ka veel seetõttu, et obturatsiooni ja liitelise soolesulguse puhul pole mitte üksnes soolevalendiku mehhaaniline sulgus, vaid sellega kaasuvad ka tugevad spastilised kokkutõmbed. Sageli viib blokaad, mis likvideerib spasmid, soole tühjenemisele.

Kõikidele neile kirjeldatud võtetele ei tule raisata palju aega. Tuleb arvestada seda, et ägeda soolesulguse puhul osutub letaalsuse vähendamisel põhiliseks varajane operatsioon. Konservatiivseid ravivõtteid ei tohi kasutada mitte üle 1,5-2 tunni. Kui selle aja jooksul konservatiivne ravi tulemusi ei anna, osutub möödapääsematuks operatiivne ravi. Kirjeldatud taktika on näidustatud neil soolesulguse juhtudel, kui haiguse algul sümptoomid pole teravalt välja kujunenud. Ägeda kulu puhul pole (strangulatsioon) konservatiivsed ravivõtted mitte üksnes üleliigsed, vaid isegi kahjulikud, kuna nad põhjustavad operatsiooni hilinemist. Ei tohi jääda ootama, et haige tuleks välja raskest seisundist.

Enne operatsiooni on strangulatsiooni-iileuse puhul vaja teostada šokivastast võitlust, hilinenud obturatsiooni- ja liitelise iileuse puhul aga tuleb püüda vähendada intoksikatsiooni. Vereülekannetega tuleb alustada juba haigepalatis. Rasketel seisunditel, kui arteriaalne rõhk on alla 70 mm, on vaja viia verd arterisse rõhu all. Operatsiooni kestel jatkatakse vereülekannet tavalisel meetodil. Verd tuleb üle kanda mitte vähem kui 1000-1500 ml. Vereülekannet lõpetades tuleb

minna üle tilkinfusioonile veeni. Infundeeritakse kas füsioloogilist lahust või 5%-list glükoosilahust.

Sõltumata soolesulguse vormist on vaja enne operatsiooni teha maoloputus, et vältida oksemasside aspiratsiooni. Operatsiooni eel haigepalatis ja operatsioonilaual, eriti aga operatsioonijärgses perioodis tuleb haiget soojendada. Enne operatsiooni peab haige urineerima, kui see on aga takistatud, tuleb põis tühjendada kateetri abil. Põie tühjendamine on vajalik ka veel sellepärast, et kõhuõõne avamisel madala lõikega on olemas ülitäitunud põie vigastamise oht.

Parimaks tuimastuseks on paikne tuimastus, see peab aga olema laitmatu. Haige vähimagi pingutuse puhul, mis põhjustab sisu väljumist kõhuõõnest, tuleb minna üle narkoosile. Halva tuimastuse puhul on olemas oht halvendada haige seisundit valust põhjustatud šokiga. 15 minutit enne operatsiooni algust on soovitav süstida veeni 15–20 ml 0,5%-list novokaiinilahust, milline võte on end šokivastases võitluses hästi õigustanud.

Kõikidel ägeda soolesulguse juhtudel tehakse lõige keskjoonel nabast kuni sümfüüsini, veel parem aga mõõkjätke ja naba vahelise joone keskkohalt kuni sümfüüsini.

Peale kõhuõõne avamist tuleb leida takistuse asukoht. Kui on olemas pöördumine, tuleb see tagasi pöörata; kui esinevad liited, lõigatakse need läbi ja vabastatakse sool. Arvestades seda, et soolesulgusel on kahjustatud ka soolesein, tulevad kõik manipulatsioonid teha äärmise ettevaatusega, et mitte põhjustada rebendit ja infitseerida kõhuõõnt soole sisuga. Alles peale soole tagasipööramist või liidete vabastamist võib asuda operatsiooni järgmise etapi juurde. Soolegangreeni, laialdaste serooskesta kahjustuste, samuti ka pikkade kinnistite puhul S-käärsoolel või pimesoolel teostatakse kahjustatud sooleosa resektsioon, kasutades seejuures klemme.

Suure tähtsusega on soole tühjendamise võtted.

Kui täitunud on jämesool, viiakse operatsiooni ajal pärasoolde jäme sond, mille kaudu lastakse välja soole sisu.

Peensoole täitumise puhul imetakse kõigepealt vedelik kõhuõõnest välja, kasutades selleks elektri- või veejoa imev-

pumpa. Peensoole tühjendamiseks tehakse ajutine enterostoomia. Võetakse võimalikult madalal asetsev peensoole ling, tühjendatakse see sisu edasilükkamise teel teistesse sooleosadesse ja eraldatakse muust sooleosast pehmete klemmidega. Kõhuõõnest isoleeritakse sooleling suurte tampoonidega. Soolele pannakse provisoorselt kaks siidniiti (kinnisti vastasolevale sooleosale). Seejärel avatakse sool ja viiakse sellesse toru, mis kinnitatakse pealepandud siididega. Seejärel invagineeritakse toru täiendavate soolesiididega veelgi sügavamale. Soolelingu oraalselt otsalt eemaldatakse klemm ja, kergitades järkjärgult soolelinge üles, tühjendatakse need toru kaudu.

Seda operatsiooni osa lõpetades pannakse soolele uuesti peale klemm, vahetatakse isoleerivad tampoonid ja eemaldatakse ettevaatlikult toru. Sooleseinale asetatakse kaks rida üksikõmblusi siidiga.

Võib kasutada ka kestvamat soolesisu väljaimemist peene kummitoru kaudu, mis viiakse soolde läbi nina või suu. Tekitades süstla abil torus kerget negatiivset rõhku, on võimalik teostada püsivat sooledrenaaži.

Väljakujunenud peritoniidi puhul viiakse paremal, niudepiirkonnas tehtava ava kaudu sisse peen kõva kummitoru suunaga väiksesse vaagnasse (duodenaalsondi tüüpi). Selle toru kaudu süstitakse iga päev antibiootikume. Juhul, kui peritoniiti ei ole, tuleb kõhuõõs õmmelda kinni umbselt.

Mõnikord on soolteparees arenenud niikaugele, et võib kerkida vajadus ajutise soole fistuli tekitamiseks selleks, et võimaldada soole sisu eemaldamist (ileostomia). Sellist soole fistulit ei tule teha läbi kesklõike haava, vaid väikese lisahaava kaudu paremal poolel. Eriti kasulik on fistuli tegemine siis, kui peale soole resektsiooni tekib kahtlus anastomoosi õmbluste vastupidavuses ja haige on äärmiselt raskes seisundis. Enne kõhuõõne õmblemist on vaja viia kõhuõõnde korraga 2 g streptomütsiini (2 000 000 Ü) ja 400 000 Ü penitsilliini. Sellise kombinatsiooni hädavajalikkust põhjustab seega mikrofloora olemasolu. Neil juhtudel, kui kõhuõõnde

jäetakse toru, viiakse selle kaudu sisse iga päev 2 g streptomütsiini. Süstimist alatakse operatsioonile järgneval päeval, ja korratakse seda 3 kuni 4 päeva järjest. Alla 16 aasta vanustel haigetel alandatakse doosi kuni 1 g.

Peale nende manipulatsioonide lõpetamist õmmeldakse kõhuseinad kihtide kaupa tihedalt kinni. Kõhukelmele pannakse tugev jooksev kätgutõmblus. Aponeuroosile ja nahale pannakse üksikud siidõmblused (mingil juhul ei tohi õmmelda kätgutiga). Enne naha õmblemist on soovitav kogu haava ulatus, kaasa arvatud ka nahaalune sidekude, aponeuroos ja aponeuroosialune kude, infiltreerida penitsilliinilahusega 0,25%-lises novokaiinis (100 000 Ü penitsilliini 50 ml 0,25%-lises novokaiinilahuses).

Peale steriilse sideme pealepanekut ja selle kinnitamist liimi abil peab kõhu hästi kinni siduma, kuna soolte täitumine gaasidega 2.-3.päeval võib viia õmbluste lahtirebenemisele ja isegi eventeratsioonile.

Haiguse lõpplähet mõjustab suurel määral operatsioonijärgne põetus. On vaja võidelda vedeliku kadudega, viies haigele organismi ööpäevas 3-4 liitrit vedelikku (2 liitrit viiakse naha alla ja sama palju tilkmeetodil veeni). Kopsupõletiku nähtude ilmumisel tuleb vedeliku viimist piirata 1-1,5 liitrini, selle hulgas verd mitte üle 150-200 ml (üle päeva).

Kui toiduainete evakuatsioon maost on pidurdatud, ilmub oksendamine ja iiveldus, on vaja magu tühjendada. Mao tühjendamiseks kasutatakse püsivat drenaaži, viies läbi nina sisse peene sondi. Sond jäetakse sisse kuni 24 tunniks. Pidev imemine on parim viis võitluses mao laienemisega (dilatatsiooniga).

Raskeimaks tüsistuseks on püsiv soolte parees. Sel puhul võib saavutada häid tulemusi, süstides veeni hüpertoonilist keedusoolalahust. Kui 3-4 päeva pärast parees ei kao, võib kerkida vajadus soole fistuli tegemiseks.

Tähtis koht ravivõtete kompleksis on antibiootikumidel, ravi, millest üksikasjalikult oli juttu peritoniidi puhul.

Viimaste andmete järgi jaotatakse surma põhjused ägeda soolesulguse puhul järgmiselt (V.I. Strutšakov): peritoniit -

49%, toksikoos - 24,3%, šokk - 10,2%, muud - 16,5%.

Õige ravi korraldamine operatsioonijärgses perioodis on kõige olulisem lüli abinõude võrgus, mis on suunatud letaalsuse vähendamisele.

On vaja meeles pidada, et õige ravitöö organiseerimine, varane diagnostika, varane hospitaliseerimine ja õigeaegne operatsioon on viinud selleni, et viimastel aastatel on operatsioonijärgne surevus soolesulguse puhul vähenenud. 1954.a. langes Moskva Linna Sklifossovski-nimelises Teadusliku Uurimise Kiirabi Instituudis suremus kuni 11%-le, Leningradi Džanelidze-nimelises Teadusliku Uurimise Instituudis aga isegi kuni 5,2%-le.

XII p e a t ü k k .

USSJÄTKEHAIGUSED.

Apenditsiit.

Apenditsiit (appendicitis) on ussjätkepõletik. Apenditsiit võib olla äge või ka krooniline.

Krooniline apenditsiit võib areneda ilma eelneva ägeda perioodita (primaarselt krooniline apenditsiit), kuid enamikus täheldatakse apenditsiidi kroonilist staadiumi peale ägeda ataki möödumist (krooniline, retsidiveeruv apenditsiit). Juba 1852.-1854.a. kirjutasid N.I. Pirogov ja P.S. Platonov "Mädanikkudest paremal niudepiirkonnas" (V.E. Saliștšev), kuid veel kaua aega loeti ussjätkepõletiku põhjuseks pimesoolepõletikku (tüfliiti). Alles 1893.a. tehti kindlaks selle haiguse tõeline päritolu.

Etioloogia ja patogenees.

Apenditsiidi põhjused võivad olla mitmesugused: ussjätkevalendiku sulgus roojakiviga, võõrkehaga, väikeste ussidega, mis põhjustavad tema sisu peetust. Tuleb arvestada ka rida anatoomilisi iseärasusi: ussjätke pikk peenike valendik, mis takistab tema tühjenemist, pika ussjätke puhul esinev lühike kinnisti, mis soodustab ussjätke niverdust, samuti ka ussjätke asend kõhuõõnes.

E.S. Dratšinskaja eraldab 5 ussijätke asendi varianti, mis võivad põhjustada tema sisu peetust: 1) ileoingvinaalne - sissepoole ja alla (kõige sagedamini esinev variant); 2) retrotsökaalne, s.o. pimesoole taga (esineb 10-12%). Ussjätke võib selle variandi puhul asetseda kõhuõõnes või selle taga; 3) vaagna variant, mida täheldatakse naistel; 4) üles maksa alla pöördunud apendiks (suhteliselt harva esinev variant); 5) mesotsökaalne - peensoole käärude vahel asetsev apendiks (kõige harvemini esinev variant).

Ussjätke pikiteljel on kõige tüüpilisemad kolm asendit: sissepoole, tahapoole ja väikese vaagna suunas.

Protsessi arengut ja levikut mõjustab ka ussjätke limaskesta ja kogu tema seina ehitus. Ussjätkeseinas on limaskestaaluses kihis hästi arenenud lümfaatiline võrk, siin esineb rohkesti lümfifollikuleid, mille arv inimestel üle 30 eluaasta väheneb. Limaskestas on palju kurde, kus kergesti võivad peatuda mikroorganismid.

Ussjätke saab oma verevarustuse a. ileocolica'st, mis jaguneb pimesoclel kolmeks tüveks. Üks neist, kõige tugevam, läheb peensoole terminaalsele osale, teine, mitte nii tugev, läheb peen- ja jämesoole piirile (eesmisele küljele) ja kolmas, eelmistest tugevam, asetseb pime- ja niudesoole ühinemiskohal, tagumisel pinnal, siseneb ussjätke kinnistisse ja annab ära harusid, mis on perpendikulaarsed ussjätkega (V.R. Braitsev). Selline toitvate veresoonte topograafia dikteerib kirurgile olla äärmiselt ettevaatlik ussjätke lahtiprepareerimisel, eriti siis, kui tema ots on liitunud peensoole kinnistiga. Kirurg peab olema ettevaatlik ussjätke kinnisti

läbilõikamisel.

B.V. Ognev omistab õigustatult tähtsust peensoole lõpuosa toitlustamise puudulikkusele, mis võib tekkida seoses apendektoomiaga.

Lümfaatiline võrk, millest oli juttu eespool, suubub lümfisõlmedesse, mis asetsevad peen- ja jämesoolevahelises nurgas. Siit suubub lümf edasi kolme teed pidi: lümfisõlmede suunas, mis asetsevad plica duodenojejunalis'e piirkonnas, piki jämesoolt kulgevalt, sapipõiele ja maksale. Sellega on ka seletatav kõige sagedasem apendikulaarsete abstsesside esinemine neis piirkondades.

Senini pole veel selge ussjätke funktsioon. Enamik autoritest asub seisukohal, et tal ei ole mingisugust tähtsust. Arvamused tema fermentatiivsest funktsioonist pole millegagi põhjendatud.

Apenditsiidi etioloogia võib olla väga mitmesugune. Mao ja seedetrakti tegevuse häired põhjustavad spasme, ischemiat, mille tulemusena arenevad järgnevad etioloogilised faktorid, nende seas ka infektsioon.

Sellisel juhul peab iga apenditsiidi vorm tegema läbi funktsionaalse neurogeense faasi, mille puhul alati ei pruugi esineda morfoloogilisi muutusi. Varem arvati, et juhul, kui apenditsiidi tõttu eemaldatud ussjätkes puuduvad histoloogilised muutused, ei olnud tegemist apenditsiidiga. Viimasel ajal, eriti seoses 1951. aastal teostatud A.V. Russakovi, N.N. Elanski ja I.V. Davõdovski uuringutega, hakati aru saama, et neurogeenne faas, mis põhjustab veresoonte spasme ja selle tulemusena väheveresust, võib põhjustada vaevusi, ilma et seejuures oleks välja kujunenud morfoloogilisi muutusi.

Eraldi tuleb peatuda infektsiooni osatähtsusel apenditsiidi etioloogias. Aschoffi arvates on apenditsiidi tekke peamiseks põhjuseks alati infektsioon, kusjuures kõige sagedasemaks tekitajaks on: mittehemolüütiline streptokokk, pneumokokk, soolekepike. Peamist osa etendavad streptokokk ja pneumokokk. Nende mikroobide virulentsesse seisundisse üle-

mineku põhjusi tuleb otsida kogu protsessi järjekindlast arengust, mida lühidalt käsitleti eespool. Protsessi areng toimub järgmiselt: mitmesugustel põhjustel esilekutsutud ileotsökaalpiirkonna retseptoorse aparaadi ärritus põhjustab spasme sellele järgneva iseemiaga ja paisnähtudega, luues tingimused, mis soodustavad infektsiooni arengut.

Klassifikatsioon.

Minnes üle patoloogilis-anatoomiliste muutuste iseloomu vaatlusele apenditsiidi puhul, on vaja puudutada neid klassifikatsioone, mida on soovitatud. Kõige õnnestunum neist on järgmine:

I. Äge apenditsiit:
   1) katarraalne,
   2) destruktiivne:
      a) flegmonoosne,
      b) ussjätkeempüeem,
      c) gangrenoosne,
      d) perfotatiivne.

II. Krooniline apenditsiit.

Kroonilise apenditsiidi puhul esineb enamikul juhtudest tugevamalt või nõrgemalt väljakujunenud liitumisprotsess, mis põhjustab ussjätke struktuuri muutusi (niverdused, liidetesse kasvamine). Mõnikord on struktuuri muutused niivõrd suured, et operatsioonil on raske leida ussjätket.

Äge apenditsiit.

Patoloogiline anatoomia.

Patoloogilis-anatoomilised muutused ägeda apenditsiidi puhul on erinevad ja sõltuvad apenditsiidi vormist. Katarraalse apenditsiidi puhul esinevad spasmid, veresoonte injektsioon, mis on nähtav läbi serooskesta. Samuti täheldatakse ussjätke ja mõnikord ka mesenteriolum'i turset.

Flegmonoosse apenditsiidi puhul haarab põletik kogu ussjätke seina, eriti tugevasti on välja kujunenud turse. Uss-

jätkevalendikus esineb seroos-mädane või mädane eksudaat. Serooskestale võib olla ladestunud fibriini.

Tuleb märkida, et selline klassifikatsioonis toodud üksikute apenditsiidivormide määratelu on suhtelise iseloomuga ja toodud vormid võivad üle minna üksteiseks, eriti flegmonoosne ja gangrenoosne. V.R. Braitsev näitab õigustatult, et põletikuline protsess algab limaskestast, tungib sügavamale seina, minnes üle lihas- ja serooskestale. Iseemia tõttu on haiguse algstaadiumis tingimused väikeste abstsesside tekkeks ja punktikujuliseks nekroosiks. Kui protsess levib ka kinnistile, viib see viimase veresoonte tromboseerumisele ja see omakord kas osalisele või täielikule ussjätkegangreenile, real juhtudest ka mesenteriolumi nekroosile.

Kõik patoloogilised muutused võib kokku võtta kolme vormi.

E s i m e n e v o r m - kõik piirdub ainult kataarraalsete muutustega ja protsess taandareneb.

T e i n e v o r m - flegmonoosne apenditsiit ilma väljakujunenud mädanemistendentsita, kuid see faas läheb sageli üle mädaseks või haavanduvaks vormiks. Tavaliselt katkestab protsessi edaspidist arengut ainult õigeaegne operatsioon.

K o l m a s v o r m - täielik või osaline ussjätkeseina nekroos. Selles staadiumis täheldatakse sageli perforatsiooni. Nekrootilist faasi iseloomustab tavaliselt destruktiivsete muutuste kiire areng.

Enamik autoritest on arvamisel, et kirjeldatud vormid ei ole põletikulise protsessi järkjärgulise arengu tulemus, vaid nad on täiesti iseseisvad, s.o. äge apenditsiit võib juba algusest peale olla destruktiivse iseloomuga. Mis puutub varasemasse, Aschoffi ettekujutusesse haigusliku protsessi arengu kiirusest, mille järgi esmane põletikulise afekti staadium areneb 6-12 tunniga, flegmanoosne 12-24 tunniga, gangrenoosne 24-48 tunniga ja perforatsioon toimub peale 48 tunni möödumist, siis tuleb need andmed kui arsti valesti orienteerivad kõrvale heita. Kõik nimetatud faasid võivad areneda väga kiiresti,

ja aega, mis on vajalik apenditsiidi täieliku perforatsiooni väljakujunemiseks, tuleb arvestada sõna otseses mõttes tundidega. Nagu nähtub allpool, ei kulge alati kliiniliselt rasketena isegi mitte destruktiivsed apenditsiidid. Sageli ei ühti kliiniline pilt oma raskuselt apendiksis esinevate histoloogiliste muutustega. Seepärast on kirurgi peamiseks ülesandeks kiire operatiivne ravi juba esimeste apenditsiidi sümptoomide ilmumisel.

Juba põletikulise protsessi algul eraldatakse ümbritsevad koed ja organid põletikulisest koldest liidete abil, kusjuures esmajärjekorras liitub sellele kohale suur rasvik. Liidete ja eksudaadi teke viib lõpuks infiltraadi kujunemisele. Selle resorbtsioon ja organiseerumine põhjustavad tugevate liidete teket ileotsökaalpiirkonnas. Apendikulaarsete infiltraatide olemasolu venitab tavaliselt haiguse kulu pikaks.

Tuleb märkida, et varane diagnostika ja varane operatiivne ravi viis peaaegu täielikule alajäsemete- kui ka mesenteriaaltromboflebiitide kadumisele. See tüsistus areneb sellepärast, et ussjätkeseinas ja tema kinnistis tekivad apenditsiidi puhul trombid, mis võivad v.ileo-colica kaudu levida v. mesenterica superior'ile ja v. portae'le. Trombootiliste protsesside leviku jälgimine selles piirkonnas täiendab meie andmeid infektsiooni levikust lümfaatilise süsteemi kaudu.

Nõrk reaktiivsus võib viia virulentse infektsiooni puhul ulatuslikkudele tromboflebiitidele, kusjuures see protsess võib anda nn. mesenteriaalse püeemia. See on raske tüsistus, mis ei põhjusta mitte üksnes värativeeni tromboosi, vaid ka ulatuslikke abstsesse maksas, neerudes, kopsus kui ka ajus. Uus patoloogilis-anatoomiline substraat - tromboos, abstsedeerumine - avaldub kliiniliselt kiiresti tugevate vappekülmadega ja hektilise temperatuuriga. Haigus võtab septilise protsessi iseloomu. Sellele komplikatsioonivõimalusele tuleb alati mõelda, eriti siis, kui on tegemist ägeda apenditsiidihaige hilise hospitaliseerimisega.

Kliinik ja diagnostika.

Ägeda apenditsiidi kliiniline pilt on väga mitmekesine ja tema diagnoosimine pole alati kerge. See sõltub: 1) põletikulise protsessi lokalisatsioonist kõhuõõnes, 2) ussjätke asendist teiste organite suhtes, 3) ajast, mis on möödunud protsessi algusest; 4) tekkinud tüsistustest. Puudulik anamnees, halb side kohaliku polikliiniku ja statsionaari vahel mõjuvad samuti negatiivselt ägeda apenditsiidi diagnoosi õigeaegsusele ja täpsusele.

Eriti hoolikalt tuleb võtta anamneesi ägeda apenditsiidihaige hilisel saabumisel statsionaari. Esimene ja põhiline tunnus on valu. Real juhtudel ilmub valu rindade all (Kocheri sümptoom), olles niudepiirkonnas kulgeva põletikuprotsessi reflektoorne kajastus. Seda tüüpi refleksidest on palju kirjutanud I.I. Grekov. Valud on tumeda iseloomuga. Selle lokalisatsioon sõltub mõnikord ussjätke pikitelje asendist. Retrotsökaalse või retroperitoneaalse ussjätke asendi puhul võib valu kontsentreeruda paremale, nimmepiirkonda, simuleerides urogenitaalsüsteemi haigusi. Valude intensiivsus ägeda apenditsiidi puhul ei ole kunagi sellise tugevuse ja teravusega, et kutsuda esile šokki või šokitaolist seisundit (külm higi, nõrkus).

Teatud diagnostilise väärtusega on apenditsiidi puhul ka valude iseloom: suurenedes on nad tuimad ja muutuvad püsivateks. See eraldab neid koolikute puhul esinevatest valudest, mis on ägedad, spastilised. Hiljem nõrgenevad valud pisut, muutudes pakitsevateks.

Palpeerimisel tekkivate valude lokalisatsioon ei vasta alati tõelisele ussjätke patoloogilisele olukorrale, rääkimata sellest, et valud võivad olla põhjustatud ka teistest haigustest. Nii näiteks on naistel valud sageli põhjustatud emakamanuste põletikust. Peale selle mõjustab valude lokalisatsiooni ussjätke asend, mis võib olla väga mitmesugune. Valudest rindealuses piirkonnas (Kocheri, õigem Kocher-Volkovitši sümptoom) oli juttu eespool. Blumberg-Štšotkini sümptoom seisneb selles, et käe kiirel eemaldamisel kõhuseintelt ilmuvad valud.

Rovsingi sümptoom - järsul käega vajutamisel vasemasse niudeauku ilmub valu pimesoolepiirkonnas. Sitkovski sümptoom iseloomustub valude ilmumisega paremas niudepiirkonnas haige pööramisel vasemale küljele. See seletub liidete venitamisega soolestiku langemisel vasemale. Neil sümptoomidel ei ole erilist tähtsust, Rovsing ise hakkas neid eitama ägeda apenditsiidi diagnoosimisel.

Restrotsökaalselt asetseva apendiksi haigestumisel põhjustab 45° nurga all tõstetud parema jala sirutamine valude teket või nende süvenemist. Parema niudepiirkonna kättesaadavamaks tegemiseks palpeerimisel tuleb tõsta parema käega haige väljasirutatud paremat jalga ja hoida seda tasakaalus. Kahtluse puhul, et ussjätke võiks asetseda retrotsökaalselt, on uuringuid parem teostada haige lamades vasemal küljel. Sellises asendis väheneb lihaste pinge ja me saame paremad võimalused valude lokalisatsiooni kindlaksmääramiseks.

Kui ussjätke asetseb vaagnas, võivad esineda valud pärasooles või kusepõiepiirkonnas, seepärast on vajalik igal juhul teostada digitaalne uurimine pärasoole, naistel aga tupe kaudu.

Real juhtudel võib apendiksi kõrge asend põhjustada vajadust apenditsiidi diferentseerimiseks koletsüstiidist. Diferentseerides apenditsiiti emakamanuste põletikust, tuleb meeles pidada, et apenditsiidi puhul palpeerimisega seoses tekkivad valud vähenevad Pouparti ligamendi läheduses, adneksiidi puhul nad aga suurenevad. Isoleeritud valulikkus Pouparti ligmendi kohal on iseloomulikum adnekside kahjustusele.

Meestel võib parempoolne funikuliit anda difuusset valulikkust, mis kandub paremale, niudepiirkonda. Need valud võivad olla selles piirkonnas nii teravalt välja kujunenud, et põhjustavad vale diagnoosi: äge apenditsiit. Seepärast on vajalik ägeda apenditsiidi all kannataval meeshaigel uurida kogu suguaparaati.

Mõnikord annavad valud nimmepiirkonnas põhjust paranefriidi diagnoosimiseks, kuid operatsioonil selgub, et mädanik on lähtunud retrotsökaalselt või retroperitoneaalselt aset-

seva ussjätke mädasest põletikust. Õigel diagnoosimisel võib sel juhul olla abiks varem esinenud apenditsiidile tüüpiliste valude esinemine.

Pimesoole ja üleneva käärsoole põletikuga kaasub sageli soole infiltratsioon (tüfliit, peritüfliit), mille puhul valud kontsentreeruvad niudepiirkonda. See võib põhjustada vale diagnoosi: apenditsiit. Tumedate valude kiirgumine üles, sisse, palpatsioonil pisut tihedam ja valulik jämesool ja soole funktsiooni kahjustuse iseloom (kõhukinnisus vaheldumisi kõhulahtisusega) näitavad haiguse tõelist päritolu.

Mõnikord võib segada ileotsökaalpiirkonna invaginatsiooni apenditsiidist põhjustatud infiltraadiga, kuid teised sümptoomid (temperatuuri puudumine, mitte kõrge või normaalne leukotsütoos, veri väljaheites) päästavad arsti tavaliselt raskustest. Mondor märgib, et ägedate kõhunähtude puhul lastel alla 2 aasta tuleb eelkõige mõelda invaginatsioonile, lastel 2-15 eluaasta vahel aga ägedale apenditsiidile. Valude iseloom, nende kontsentratsioon ja levik võivad põhjustada ägeda apenditsiidi ärasegamist mao- või kaksteistsõrmikuhaavandi mulgustumisega kui ka ägeda koletsüstiidiga (vt. peatükk X ja XIV).

Need diagnostilised raskused esinevad kõige sagedamini siis, kui haige ei saabu arsti juurde kohe haiguse algul, vaid alles tüsistuste arenedes.

Näiteks oli meie andmeil 42 apenditsiidist põhjustatud vaba mädase peritoniidi põhjus enne operatsiooni selgitatud ainult pooltel juhtudest.

Väga iseloomulik ägeda apenditsiidi sümptoom peale valude on kõhuseinte pinge. Ägeda apenditsiidi puhul ei esine kunagi kõhuseinte sissetõmbumist, nad on, vastupidi, pisut esilevõlvuvad ja hingamisliigutused on paremal pool pisut piiratud. Paremal esineb kõhuseinte pinge, kusjuures see on enam välja kujunenud ileotsökaalpiirkonnas, seepärast tuleb teostada selle piirkonna palpatsiooni äärmise ettevaatusega ja läheneda sellele piirkonnale järkjärgult, alustades palpeerimist vasemalt poolt. Ettevaatlik süsteemikindlalt läbiviidud palpatsioon (soojad käed) võimaldab täpselt lokaliseerida

kohta, mis on kõige valulikum, samuti ka tunda infiltraate, mille olemasolu on vastunäidustuseks operatiivsele ravile. Mõnikord sedastatakse ka nahal ülitundlikke piirkondi.

Temperatuur pole ägeda apenditsiidi puhul tavaliselt kõrge. Tunduv temperatuuri tõus põhjustab kahtlust üldise infektsioosse haiguse olemasolule või pneumooniale. Tavaliselt püsib temperatuur apenditsiidi puhul 37-38° piirides. Protsessi raskuse ja temperatuuri vahel puudub parallelism. Väljakujunenud destruktiivne protsess võib kulgeda subfebriilse temperatuuriga ja vastupidi: katarraalse apenditsiidi puhul võib esineda tugev temperatuuri tõus. Temperatuur on tüüpiline sellistele rasketele komplikatsioonidele, nagu seda on mesenteriaalveenide flebiit (mesenterioliit).

Tavaliselt suureneb ägeda apenditsiidi puhul rööbiti temperatuuri tõusuga ka pulsisagedus. 37,5° temperatuuri juures on see 84-90 lööki minutis. Temperatuuri tõus üle 38° koos järsu pulsisageduse suurenemisega (120-140 lööki minutis) räägib põletikulise protsessi levikust ja komplikatsioonide ilmumisest. Kui ilmub lahknevus temperatuuri ja pulsisageduse vahel, s.o. temperatuur langeb, pulsisagedus aga suureneb, signaliseerib see ähvardavat olukorda, enamikus mõnd uut rasket haigust, nagu peritoniit, mis tunduvalt halvendab prognoosi. Iiveldust ja oksendamist täheldatakse ägeda apenditsiidi puhul tema algstaadiumis. See on tavaliselt reflektoorse päritoluga, samuti kui valud rindealuses piirkonnas. Iiveldus ja valud rindealuses või niudepiirkonnas on väga iseloomulikud ägeda apenditsiidi algsümptoomid.

Laboratoorsete uuringute kliiniline tähtsus ägeda apenditsiidi diagnoosimisel on küllaltki suur, kuigi nad ei etenda ägeda apenditsiidi diagnoosimisel otsustavat osa.

Laboratoorsetes uuringutes on erilise tähtsusega leukotsütoosi dünaamika jälgimine. Enamikul juhtudest on leukotsütoos kõrgenenud, kuid kaugeltki mitte alati ei peegelda protsessi raskust.

V.A. Nikulina, prof. P.L. Seltsovski juhtimisel olevast kliinikust, selgitas välja huvitava üksikasja, et katarraal-

sete apenditsiitide puhul võib leukotsütoosi suurenemine ka puududa, mõnel juhul on ta aga tunduvalt kõrgenenud. See pole omane mitte üksnes nooremale eale, vaid seda võib täheldada kuni 50 aasta vanustel. Seda leidu ei tule vaadelda mitte üksnes kui huvitavat fakti, vaid tuleb arvestada, et haigetel väljakujunenud destruktiivsete protsessidega ussjätkes võib olla leukotsütoos normi piirides või ainult pisut kõrgenenud.

Suur tähtsus on valgevere valemil. Haigel võib olla madal leukotsütoos, kuid kui see esineb koos nihkega vasemale ja neutrofiilide rühma suurenemisega 80% või enam, siis on see vihjeks mädasele protsessile. Seepärast tuleb jälgida mitte üksnes üldist leukotsüütide muutuse dünaamikat, vaid ka leukotsüütide vahekorda, pühendades erilist tähelepanu neutrofiilide rühmale. Ainult leukotsüütide valemi iseloomu järgi ei ole võimalik põletikulise protsessi iseloomu hinnata.

Settereaktsiooni muutus ägeda apenditsiidi puhul ei ole iseloomulik.

Tuleb meeles pidada, et ägeda apenditsiidi diagnoosimisel on vaja arvestada kogu haiguse kliinilist pilti ja mitte üksnes haiguse üksiksümptoome.

Ravi.

Ägeda apenditsiidi ravimeetodiks ükskõik millises vanuses on varane operatsioon. Haige ettevalmistusel operatsiooniks tuleb vältida igasuguseid klistiire.

Ägeda apenditsiidi puhul on operatsioon vastunäidustatud apendikulaarse infiltraadi korral, mis ei ole veel abstsedeerunud. Kui esineb apendikulaarse infiltraadi abstsedeerumine, siis on vaja see ainult avada.

Enamikul juhtudest teostatakse operatsiooni paikse tuimastusega A.V. Višnevski järgi. Valitakse ileotsökaalpiirkonnas kas põiklõige (Djakonov-Volkovitš) või rööbiti kõhu sirglihase parema servaga (Lenander). Parimaks on osutunud lõige Djakonov-Volkovitši järgi, millega läbitakse lihased. Peale ussjätke väljaotsimist süstitakse tema kinnistisse 3-5 ml 0,25%-list novokaiinilahust, milles on lahustatud 50 000 Ü

penitsilliini. Kinnisti ligeeritakse kätgutiga, ilma et temast eelnevalt klemmiga kinni võetaks , et vältida infektsiooni levikut lümfiteid kaudu. Köndi töötlemine on järgmine: peale sidumist peene kätgutniidiga sopistatakse kõnt sisse peene siidsooleõmbluse alla. Haav õmmeldakse kihtide kaupa kätgutiga. Nahale pannakse Micheli klambrid. Flegmonoosse apenditsiidi puhul, kui ei ole kujunenud välja vaba peritoniiti, kuivatatakse kõhuõõs ettevaatlikult ja enne selle kinniõmblemist viiakse sinna sisse 200 000 Ü penitsilliini või 1g (1 000 000 Ü) streptomütsiini. Sama taktikat kasutatakse ka gangrenoosse apenditsiidi puhul.

Perforatiivse apenditsiidi puhul, kui peritoniit pole veel levinud, viiakse peale apendiksi eemaldamist ja kõhuõõne kuivatamist väikese vaagna suunas sisse peen toru ja süstitakse selle kaudu 3–4 päeva kestel 2g streptomütsiini (haigetel alla 16 aasta 1g). 3. või 4. päeval eemaldatakse toru ja alustatakse streptomütsiini (0,25 - neli korda ööpäevas) või 100 000 Ü penitsilliini süstimist lihastesse, samuti neli korda ööpäevas.

Pikemaajalisel antibiootikumide manustamisel ja raske kliinilise kulu puhul tuleb antibiootikumide võimaliku kõrvaltoime tõttu jälgida hoolikalt verepildi muutusi.

Apenditsiidist põhjustatud vaba peritoniidi puhul tegutsetakse nii nagu tavalise peritoniidi puhulgi. Apendiks kui põletiku lähtekoht tuleb eemaldada, kui ta ei asetse sügaval ega ole piiratud infiltraadiga. Infiltraadi vigastamine pole lubatud.

Tüsistused.

On võimalik operatsioonijärgne haavamädanik, mis siis, kui haava ei avata õigeaegselt, võib komplitseeruda flegmooniga või osalise kõhuseinanekroosiga. Mädaniku tunnuseid avastatakse tavaliselt kolmandal päeval, kusjuures alati ei esine nimetamisväärset temperatuuri tõusu, seda eriti inimestel vanemas eas. Seepärast on nõutav operatsioonihaava vaatamine kolmandal päeval peale operatsiooni. Teised tüsistused võivad esineda nii opereeritutel kui ka mitteopereeritutel ägeda

apenditsiidiga.

Üks sellistest tüsistustest on protsessi generaliseerumine vaba mädase peritoniidi näol. Selle kaasumisel tuleb haav kohe laialt avada, viia sellesse toru ja põletiku kollet sooltest eraldav tampoon. Dreeni kaudu viiakse sisse 3-4 päeva kestel antibiootikume. Kui peritoniit arenes opereerimata haigel, tuleb kohe teha operatsioon, vaatamata peritoniidi faasile.

Teiste komplikatsioonide hulka kuulub kõhuõõne abstsess. Nende asend on tüüpiline ja see on seoses ussjätke asendi iseärasustega, vere ja mahlasüsteemi anatoomilise ehitusega. Tavaliselt nad asetsevad maksa all, subdiafragmaalses vahemikus, soolekäärude vahel, väikeses vaagnas ja plica duodenojejunalis'e piirkonnas. Põletikuline protsess võib levida ka kinnisti veene pidi ja viia tromboflebiidi arengule värativeenis (pilephlebitis). Kui abstsess on diagnoositud, tuleb ta kohe avada.

Parema teenindamise organiseerimine jaoskonnas ja polikliinikute arstide kvalifikatsiooni tõstmine viisid varases staadiumis diagnoositud protsesside arvu kiirele suurenemisele ja varasele hospitalisatsioonile. Varase operatiivse ravi rakendamine põhjustas nii tüsistuste kui ka letaalsuse protsendi langust.

Moskvas Ostroumova-nimelises haiglas oli letaalsus ägeda apenditsiidi puhul 0,2%, kui aga arvata välja 2 juhtu aju veresoonte tromboosiga operatsioonijärgses perioodis, siis langeb letaalsus kuni 0,1%. Mõnedes Moskva haiglates, näiteks Botkini-nimelises haiglas ei olnud 1953.a. mitte ühtegi letaalselt lõppenud juhtu.

Krooniline apenditsiit.

Üks kroonilise apenditsiidi vormidest on primaarselt krooniline apenditsiit, mida iseloomustavad püsivad valud niudepiirkonnas. Need valud võivad olla põhjustatud mitte üksnes ussjätke haigestumisest, vaid ka Bauchini klapi spasmidest, millele omistas väga suurt tähtsust I.I. Grekov. Sa-

muti võivad nad olla põhjustatud ka spastilisest koliidist.

Haiguse patogeneesis ei ühti esinevad minimaalsed histoloogilised muutused kliinilise pildiga. Rida autoreid märgib muutuste olemasolu ussjätke närvilõpmetes, mis andis V.R. Chessinil õiguse käsitleda primaarselt kroonilise apenditsiidi kogu patogeneesi neurotroofilise korrelatsiooni seisukohalt.

Kroonilise retsidiveeruva apenditsiidi puhul ei esine ägedaid nähte. Vahetevahel tekivad valud kubemepiirkonnas ilma ühegi teise sümptoomita. Võivad esineda vaheldumisi kõhulahtisused ja -kinnisused kui ka muud seedehäired. Valud kujunevad mõnikord eriti välja füüsilistel koormustel, kuid haiged kannatavad pidevalt raskustunde all ileotsökaalpiirkonnas. Mõnikord esineb anamneesis vihjeid lühema või pikema kestusega ägedatele atakkidele. Kõik need kaebused sõltuvad nähtavasti liidetest, mis arenevad ägeda põletikulise protsessi tulemusena. Primaarselt kroonilise kui ka kroonilise retsidiveeruva apenditsiidi puhul annab positiivseid tulemusi operatsioon.

Apenditsiit lastel.

Sõltuvalt organismi reaktiivsusest on laste ägedal apenditsiidil rida iseärasusi. Organismi reaktiivsus pole siis jõudnud areneda veel täiskasvanute tasemele, vanadel on ta aga juba nõrgenenud. Lastel kulgeb apenditsiit palju ägedamalt ja destruktiivsed muutused arenevad tunduvalt kiiremini. Kõhukelme reaktsioon on nõrgem ja seetõttu on nõrk ka liitumisprotsess. Tunduvalt sagedamini esineb peritoniit. Protsessi arengu kiirus on niivõrd suur, et ussjätkegangreen võib areneda mõne tunni kestel.

Laste juures loetakse olulisemaks diagnostiliseks tunnuseks kõhulihaste pinget, mida täheldatakse juba kõige kergemal palpatsioonil. T.P. Krasnobajev arvas, et ilma selle kõige olulisema sümptoomita ei tohi diagnoosida apenditsiiti. Kõhu uurimist lastel tuleb teostada korduvalt nende magamise ajal ja äärmise ettevaatusega, arvestades laste rahutut

olekut. Kõhuseinte perkussioonil täheldatakse mõnikord tumestust, mis võib näidata infiltraadi olemasolu. Auskultatsioonil täheldatakse sageli peristaltika puudumist kaugele arenenud peritoniidi puhul. Leukotsütoos on tavaliselt kõrge, kuid mitte alati ei vasta apenditsiidi kliinilise pilt morfoloogilisele leiule.

Mõned autorid eraldavad ägeda apenditsiidi erilist toksilist vormi, mille puhul haiged on kaetud külma higiga, keel on kuiv, esineb soonkonna arütmia, oliguria, valk uriinis ja mõnikord ka suhkur. Haige näojooned on teravnenud. Ussjätke morfoloogilised muutused selle vormi puhul on väikesed.

Ägeda apenditsiidi ja pneumokokkide peritoniidi kliinilisel pildil on väga palju ühiseid jooni. Pneumokokkide peritoniidi põhiliseks sümptoomiks loetakse järsku haigestumist raske üldseisundiga, kõrge temperatuuriga (kuni 39 või 40°), pulsisageduse tõusuga kuni 140 lööki minutis. Sellist algust täheldatakse ägeda apenditsiidi puhul harva. Mõningaid iseärasusi on ka valude iseloomus ja kiirgumises. Valu on tuimem, kindla lokalisatsioonita, levinud üle kogu kõhu. Laps lamab seljal ja mitte kokkutõmmatud jalgadega paremal küljel nagu ägeda apenditsiidi puhul. Pneumokokkide peritoniidi puhul täheldatakse sagedamini kõhulahtisust kui kõhukinnisust. Võib esineda segasus ja isegi teadvuse kadu.

Suuri raskusi võib olla laste juures diferentsiaaldiagnostiliselt ägeda apenditsiidi ja tuberkuloosse peritoniidi eraldamisel, mis võib kulgeda ägedalt, kõrge temperatuuriga, tugevate valudega üle kogu kõhu, oksendamisega ja suure pulsisagedusega.

Äge mesenteriaalne lümfangiit ja lümfadeniit on oma kulult alguses väga sarnased ägedale apenditsiidile ja sageli on õige diagnoosimine võimalik alles operatsiooni ajal.

Lõpuks tuleb ägeda apenditsiidi kahtluse puhul laste juures mõelda ka krupoossele pneumooniale.

Arvestades laste ägeda apenditsiidi iseloomu ja kiiret põletikulise protsessi üleminekut peritoneumile nõrkade liidete tekkimise tulemusena, on ägeda apenditsiidi varasel diag-

nostikal ja operatiivsel ravil eriti suur tähtsus lastekirurgias.

Apenditsiit raukadel.

Ka raugaeas on ägeda apenditsiidi kulul rida iseärasusi, mis tulenevad organismi reaktiivsuse nõrgenemisest. See väljendub haiguse kliinilises pildis: temperatuur on sageli normaalne, pulsisagedus on vaid pisut suurenenud, leukotsüütide üldarv on enamvähem normi piirides, mõnikord täheldatakse isegi leukopeeniat. Ainukese sümptoomina võib esineda kerge valulikkus, mis on koondunud niudepiirkonda. See sümptoom esineb aga ainult haiguse varases staadiumis, mil haiged selles vanuses pöörduvad harva arsti poole, kuna kliiniline pilt ei anna põhjust mõelda raskele haigusele.

Edasisel ägeda apenditsiidi kulul ja sellega kaasuvatel komplikatsioonidel võib olla ühiseid jooni pneumooniaga, mesenteeriumi veresoonte tromboosiga, kõhuõõnekasvajatega - haigusega, mida selles vanuses sageli esineb. Hoolikalt võetud anamnees juhib arsti õigele teele. Erilist tähelepanu haige uurimisel tuleb omistada mitte leukotsüütide absoluutsele arvule, vaid valgeverepildile.

Apenditsiit raseduse ajal.

Rasedatel naistel kulgeb äge apenditsiit omapäraselt. V.R. Braitsev jagab apenditsiiti rasedatel kolme rühma: 1)raseduse esimesel poolel, 2) raseduse teisel poolel, 3) sünnitusjärgsel perioodil.

Äge apenditsiit on rasedatel naistel väga ohtlik. Ta põhjustab sageli aborti, rebides liiteid võivad aga emaka kokkutõmbed põhjustada peritoniiti.

Uurides haigeid naisi, on vaja meeles pidada, et mida pikem on raseduse kestus, seda kõrgemal asetseb ussjätke, kuna suurenev emakas surub teda koos pimesoolega ülespoole. Rasedat tuleb ägeda apenditsiidi kahtlusel uurida haige lamades vasemal küljel, kuna sellises asendis nihkub isikond, sealhulgas ka emakas, vasemale, vabastades uurimiseks kogu

parempoolse kõhuosa alates roietest kuni niudepiirkonnani. Teisel raseduse poolel on kõhuseinte pinge vähem väljakujunenud, kuna suurenenud emakas venitab teda välja.

Kui on diagnoositud ägedat apenditsiiti ja ollakse kindel diagnoosi õigsuses, on vaja teha operatsioon.

Rasedatel tehakse apendektoomia puhul kõhuseina lõige kõrgemal tavalisest, kuna emaka suurenemine surub pimesoole koos ussjätkega kõrgemale.

Muud ussjätkehaigused.

Muudest ussjätkehaigustest tuleb tingimata märkida isoleeritud tuberkuloosi, mida esineb väga harva ja mis tavaliselt kulgeb kroonilise apenditsiidi nähtudega. Operatsioon viib harilikult protsessi süvenemisele. Sellele tuleb mõelda, kui arsti poole pöördub haige, kes põeb tuberkuloosi, kellel esinevad ebamäärased valud paremal niudepiirkonnas ja kahtlustatakse kroonilist apenditsiiti. Neil juhtudel on vajalik äärmiselt ettevaatlikult otsustada operatsiooni üle.

Esineb ka retentsiooni tsüsti tüüpi apendiksi tsüste. Ussjätke kartsinoid on healoomuline epiteliaalne kasvaja. Teda avastatakse juhuslikult operatsiooni ajal. See tuumor pole suurte mõõdetega ja ta areneb tavaliselt ussjätke tipul.

Kliiniliselt areneb kirjeldatud kasvaja kroonilise apenditsiidi pildiga.

R a v i on kirurgiline: ussjätke eemaldamine koos kasvajaga.

P r o g n o o s on hea.

XIII p e a t ü k k .

SONGAD.

Üldine osa.

Üldisi märkmeid songadest.

Songaks nimetatakse organismi mõne õõne sisuse väljatungimist, millega aga ei kaasu naha terviklikkuse katkemine. Kõhu- ehk ventraalseks songaks nimetatakse kõhuõõne sisuse esiletungimist, mis jääb kaetuks kõhuseinte kihiga.

Songad võivad olla välised ja sisemised. Välisteks nimetatakse selliseid, mis tulevad välja läbi kõhuseina, sisemisteks selliseid, mis tungivad ühte või teise kõhuõõnes esinevasse taskusse.

Real juhtudest toimub siseorganite väljapääs või väljalangus (prolaps) läbi loomulikkude avade, näiteks pärasoole väljalangus pärasoole ava kaudu. Sel juhul pole väljalangev organ kaetud kõhuseina kihtidega. Kõhuseina terviklikkuse katkemisel (näiteks haava servade lahtiminekul) võib sisus samuti tungida välja läbi defekti. Seda nimetatakse eventratsiooniks. Siseorganite väljalangus ja eventratsioon erinevad songast printsipiaalselt ja neid mõisteid ei tohi segada.

Song koosneb songaväratist, songakotist ja -sisusest.

Songavärat on see koht kõhuseintes, mille kaudu väljub song: kubeme või reiekanali ava, naba rõngas, aponeuroosis olevad avad jne.

Songakott kujutab endast väljavenitatud kõhukelmet. Ta koosneb väratist, kaelast, kehast ja põhjast. Songavärat aset-

seb kohe songakoti alguses, kohal, kus songakott ühineb kõhuõõnega. Kael on kõige kitsam osa songakotist ja ta järgneb vahetult väratile. Songakoti põhi ja keha moodustavad koti põhilise osa. Songakoti keha võib olla ühe-, kahe- või mitmekambriline. Songakoti kuju võib olla kooniline, pirnikujuline, silindriline või ka liivakellataoline.

Songakotiseinad võivad olla sõltuvalt haiguse kestusest, esinenud komplikatsioonidest kui ka muudest välistest mõjustustest (songarihma kandmine) väga mitmesugused. Haiguse algstaadiumis on songakott õhuke, sile, läikiv. Tema sisepind on kaetud mesoteeliga. Mikroskoopiliselt erineb songakoti sein tavalisest kõhukelmest. Tema sidekoelised osad on rohkem välja kujunenud. See on seoses songa sisuse pideva rõhuga. Vanadel songadel esinevad tugevad muutused songakotis. Mesoteel muutub läiketuks, sidekude vohab, armistub. Sellised armistumised esinevad eriti pikemaajalisel rihma kandmisel.

Omapäraseks songa vormiks on <u>libisev song</u>, mille puhul väljuv organ, kõige sagedamini pimesool, siseneb songaväratisse väljaspool songakotti. Kõhukelme veetakse vastava organi poolt linguna kaasa. Libisevad songad tekivad ainult siis, kui tungib välja organ, mis pole üleni kaetud kõhukelmega. Enne operatsiooni on libisevate songade diagnoosimine raske.

Songakoti sisuks võib olla iga siseorgan, kuid kõige sagedamini täheldatakse selles soolelinge või suurt rasvikut.

Paljude autorite poolt on soovitatud erinevaid songa klassifikatsioone. Nii jaotatakse songi kaasasündinuteks ja omandatuteks. Esimesed tekivad lastel veel enne sündimist ja nad on ühe või teise arenguhäire tulemuseks (näiteks mitteobliteereerunud processus vaginalis). Omandatud songad arenevad inimestel ühel või teisel põhjusel elu kestel ja nad kujutavad endast kõhukelme väljasopistisi.

A.P. Krõmov annab järgmise songade klassifikatsiooni:
1) väljumiskoha järgi - kubeme, reie, naba jt. songad;
2) etioloogilise faktori järgi - kaasasündinud ja omandatud;
3) sõltuvalt songa sisusest - reponeeritavad, mittereponee-

ritavad, koprostaasinähtudega, põletikulised, pitsunud.

Songa tekkepõhjused pole tänini veel täielikult välja selgitatud. Nad võivad olla paiksed ja üldised. Esimeste alla kuulub selle piirkonna anatoomiline ehitus, kus tekib song. Üldiste alla kuulub organismi seisund tervikuna, eriti aga just sidekoe seisund (Valjaško). Üldistest faktoritest on olulised: haige sugu, vanus, töö iseloom ja toitlustus.

A.P. Krõmovi andmeil on meestel ja naistel ühe või teise lokalisatsiooniga songade esinemissagedus erinev (tabel 1).

Tabel 1.

Sugu	Song			
	Kubeme	Reie	Naba	Kokku
	Protsentides			
Mehed	96,33	2,53	1,14	100
Naised	50,60	33,50	15,90	100

Ainult lastel on haigestumissageduselt teisel kohal nabasong. Mõnel juhul on kõhu kuju songade tekkel soodustavaks momendiks (rasvane, rippuv, palju sünnitanud jne.). Tugev kõhnumine koos raske füüsilise tööga võivad soodustada songa teket.

Song põhjustab rea subjektiivseid ja objektiivseid haigusnähte.

Haiged kaebavad väga erineva intensiivsusega valusid. Tavaliselt on valud tumeda iseloomuga ja mõnikord on haigel isegi raske neid iseloomustada (kõige sagedasem kaebus on: "Allkõhus on valud"). Nende valude lokalisatsioon on väga mitmekesine, nad tekivad kubeme-, reie-, nimmepiirkonnas või kõhus. Sageli tugevnevad valud seoses ilmastiku muutumisega.

Normaalsete füsioloogiliste vahekordade häirimine üksikute kõhuõõneorganite vahel viib reale funktsioonihäiretele, seda eriti mittereponeeruvate songade puhul. Mõnedel haige-

tel areneb näiteks kõhukinnisus, meteorism, röhatused.

Objektiivsete sümptoomide hulka kuulub pehme elastne esilevõlvuvus, mis kaob haigel lamavas asendis ja ilmub uuesti pingutustel või tugeval köhimisel. Väljavõlvuvus songale tüüpilises kohas, nagu kubeme-, reie- ja nabapiirkonnas võimaldab enamikul juhtudest õigesti diagnoosida songa.

Kõhusonga uurimist tuleb alustada songaväratist. Seda tuleb teostada haige lamades.

Väline kubemekanali ava on meestel kergesti leitav, alustades palpeerimist häbemeluukõbrukesest (tuberculum publicum), millele kinnitub välise kõhupõiklihase aponeuroosi lateraalne jalg. Viimane koos mediaalse jalaga, mis kinnitub häbemeluule, moodustab välise kubemekanali ava. Kubemekanali ava tuleb uurida parema käe nimetissõrmega, mis suunatakse läbi munandikoti naha häbemeluu poolt üles ja pisut lateraalsele.

Kui viia sõrm kubemekanali välisesse avasse ja lasta siis haigel pingutada, õnnestub sõrme otsa vastu tunda sisikonna survet. Kui song on mõõtmetelt küllalt suur, mis meestel ulatub skrootumisse, järgneb sõrme eemaldamisele songa sisuse langemine songakotti. Seda on kerge sedastada ka vaatlusel.

Tunduvalt raskem on selle uuringu teostamine naistel, kuna nendel väline kubemekanali ava, mida läbib ligamentum rotundum, on enamikul juhtudest väike ja teda katab rasvakiht, mis moodustab häbemekingu. Nendel saab leida välist kubemekanali ava ainult häbemeluukõbrukesest juhindudes. Tuleb pidada meeles, et kubemekanali väline ava asub häbemekingust kõrgemal, reiekanali oma aga madalamal ja väljaspool.

Songaväräti leidmine reiesonga puhul on raske, kuna reiesongad on tavaliselt väikesed. Tunduvalt lihtsam on songa rönga uurimine nabasonga puhul.

Tüüpiliseks objektiivseks sümptoomiks on "köha tõuke" sümptoom. Uurija paneb käe väljavõlvuvusele ja palub haiget köhatada. Köhatamisel tunneb käsi songakoti sisuse kaudu ülekantavat tõuget. Viimane sümptoom on kõige usaldatavam algavate songade puhul.

Songa palpatsioon põhjustab mõnikord tugevat peristalti-

kat, mis tõendab, et songakotis asub sooleling. Sama kinnitab ka tümpaanilise kõla olemasolu vastava piirkonna perkussioonil.

R a v i tavaliste mittetüsistunud songade puhul võib olla palliatiivne ja radikaalne. Palliatiivne ravi seisneb spetsiaalse bandaaži kandmises, mis takistab songa sisuse väljatungimist. Radikaalseks osutub operatiivne ravi.

Traumaatilised songad.

Traumaatilised songad tekivad nüride esemetega kõhtu saadud löökide tulemusena. Nad tekivad kõhuseinte rebendi puhul, kui pole vigastatud nahk ja seinapidine kõhukelme. Tekkinud defekti kaudu väljub sisikond, mis on kaetud kõhukelme ja nahaga.

Tüüpilisel traumaatilisel songal on kõik koostisosad, mis tavalisel songalgi. On olemas ka teist tüüpi traumaatilisi songi, kus peale lööki rebeneb ka peritoneum. Sel juhul on sisikond kaetud ainult nahaga ja nahaaluse koega. Paljud autorid nimetavad seda tüüpi seisundit nahaaluseks eventratsiooniks.

Sellist tüüpi songade mõõtmed on väga erinevad, nad võivad olla väga väikesed, võivad aga olla ka täiskasvanu rusika suurused. Kõige suuremaid traumaatilisi songi esineb kubemepiirkonnas, mis seletub nähtavasti kõõluseliste kudede olemasoluga selles piirkonnas.

Abistades kannatanut, tuleb meeles pidada, et löök, mis põhjustas songa teket, võis põhjustada raskeid kahjustusi ka siseelundites - parenhümatoossete organite, kinnisti või ka soole ruptuure. Seepärast on vaja kõikidel värsketel traumaatilise songa juhtudel kui ka nahaalustel eventratsioonidel teha laparotoomia sellele järgneva kõhuõõne revisjoniga ja mitte üksnes piirduda rebenenud lihaste ja aponeuroosi õmblemisega. Ainult neil operatsioonidel, mis on tehtud peale pikema aja möödumist traumast, võib piirduda tüüpilise herniotoomia operatsiooniga.

Traumaatilise songa sümptomatoloogia on lihtne ja selle

diagnoosimine ei valmista nimetamisväärseid raskusi. Õiget diagnoosi saab panna alles peale mõne aja möödumist traumast. Kohe peale traumat võivad kiirguvad valud ja hematoom trauma piirkonnas muuta sümptomatoloogia komplitseerituks. Tümpaanilise kõla puudumine ja esilevõlvuvuse ilma kindla piirita üleminek tervetele kudedele on iseloomulikum hematoomile.

Traumaatilise songaga haiget on parem opereerida kohe tema saabumisel statsionaari, vaatamata haige rahuldavale üldseisundile, sest löök võis põhjustada ööneS- või ka parenhümatoossete organite rebendeid.

Vägivaldsed songad.

Vägivaldseteks nimetatakse neid songi, mis tekivad järsu tugeva kõhuõõnesisese rõhu tõusu otsese tulemusena.

Kunsttehislikud songad.

Kunsttehislikke songi põhjustab tavaliselt teadlikult tekitatud kubemekanali välise ava laiendamine. Need songad on tähtsad kohtumeditsiinilise ekspertiisi seisukohalt. Kaasajal neid enam ei esine.

Kunsttehisliku songa sümptoomid ei erine peaaegu millegagi kaasasündinud ja omandatud songade sümptoomidest. Ka selliste songade ravi on operatiivne.

Erilist tähelepanu vajavad songad, mis tekivad armide piirkonnas, kunagiste haavade või operatsioonihaavade kohal. Viimasel juhul nimetatakse neid operatsioonijärgseteks songadeks.

Operatsioonijärgsed songad.

Operatsioonijärgsed songad arenevad tavaliselt haavamädaniku tõttu sisseviidavate tampoonide tulemusena. Mõnikord on operatsioonijärgsed songad seoses armi tekkega endise operatsioonihaava kohal. Selline seisund ei vasta täielikult songale, vaid on lähedasem lihaste diastaasile, kuna temal samuti kui lihaste diastaasilgi ei täheldata songa rõnga olemasolu.

Operatsioonijärgsed songad võlgnevad oma olemasolu eest tänu haavamädanikkudele. Nad meenutavad tõelist songa, sest neil on olemas songa rõngas, mis kõige sagedamini esineb pikliku piluna. Operatsioonijärgse songa välised katted on õhenenud, naha värvus ja joonis on muutunud. Teda katval nahal on kalduvust haavandumiseks. Songakott pole korrapärase kujuga, ta on enamikus liitunud allolevate kudedega. Operatsioonijärgne song areneb tavaliselt esimesel aastal peale operatsiooni ja ainult üksikjuhtudel areneb ta mitme aasta kestel.

Ei saa nõustuda nende autoritega, kes kinnitavad, et operatsioonijärgne song areneb kõige sagedamini kõhu keskjoonel. Tunduvalt sagedamini arenevad nad paremal roidekaare all peale sapikivi operatsiooni, eriti, kui lõige toimus rööbiti roietega. Sellise operatsiooni puhul lõigatakse läbi palju lihaskiude ja närvitüvesid, mis soodustab songa teket areneva pehmekoe atroofia tõttu. Operatsioonijärgsete songade teket paremal roidekaare all soodustab veel see, et enamikul juhtudest viiakse peale sapipõie eemaldamist, samuti ka teistel maksa operatsioonidel, haava toruja tampoon.

Nagu juba märgitud, osutuvad lihaste risti läbilõikamine ja haavamädanik peamisteks soodustavateks momentideks operatsioonijärgsete songade tekkel, seepärast on real juhtudel operatsioonijärgsete songade vältimine juba see, kui kitsendatakse näidustusi toru ja tampooni haava jätmiseks.

Operatsioonijärgse songa suurusega on seotud rea tüsistuste olemasolu, kaasa arvatud ka soolesulgus. Suurte songade puhul täheldatakse peaaegu alati mitmesuguste düspeptiliste nähtude olemasolu, kuid kitsa songavärati puhul võib toimuda operatsioonijärgse songa sisuse pitsumine.

A.P. Krõmov peab operatsioonijärgse songa peamiseks vältimisvõtteks aseptikareeglite täitmist, hoolikat haava servade ühendamist (anatoomiliselt, kihiliselt) ja oskuslikku kõhuõõne sisuse rõhu tõusu vältimist.

Sihiga vältida operatsioonijärgset songa on tehtud rida ettepanekuid operatsioonihaava asukoha ja suuna valikuks. Nii näiteks soovitavad S.P. Spassokukotski ja A.N. Bakulev teha

sapiteede operatsioone parema transrektaalse lõike kaudu, mille puhul ei lõigata läbi lihaskiude, vaid läbitakse lihas piki kiude. Krooniliste või ägedate apenditsiitide tõttu tehtavatel operatsioonidel loetakse kõige otstarbekamaks Djakonov-Volkovitši lõiget, millele järgnevalt lihased läbitakse nürilt.

Operatsioonijärgsete songade operatsioon seisneb eelkõige naha armi väljalõikamises, kuna ta regenereerub halvasti temas tekkinud atroofiliste muutuste tõttu. Peale selle on armi säilitamine operatsioonijärgsete songade puhul, mis tekkisid haavamädaniku tulemusena, ohtlik veel seetõttu, et võib äratada soikuva infektsiooni. On vajalik prepareerida hästi välja lihased, nii et nende kihilisus oleks selgesti eraldatav. Lõigates ära ümbritsevad armistunud koed, prepareeritakse välja songakott ja resetseeritakse see võimaluse korral. Songa sisus tuleb eemaldada ainult songakoti eemaldatavast osast, kuna ulatuslikum lahtiprepareerimine, millega kaasub organite desorganiseerimine, loob soodsad tingimused hilisemaks laialdaseks liitumisprotsessiks. Songa rõngas tuleb resetseerida, arvestades seda, et ta on tekkinud kudede armistumise tulemusena.

Peale selle asutakse kõhukelme õmblemisele, mida tuleb teha selliselt, et tema normaalkoelised servad toetuksid tihedalt üksteise vastu. Aponeuroos õmmeldakse tavaliselt dublikatuurina.

Tuleb meeles pidada, et operatsioonijärgsete songade puhul, mis on põhjustatud lahtistest või ka tulirelvavigastustest, tuleb süstida haigele operatsioonipäeval, enne operatsiooni algust 3 000 Ü teetanusevastast seerumit.

Songa tüsistused.

Mittereponeeruvad songad.

Mittereponeeruvateks nimetatakse selliseid songi, mille sisust pole võimalik songavärati kaudu, millest ta on väljunud, tagasi viia kõhuõõnde valutult, nahkkatet vigastamata. Tavaliselt on songa reponeeritamatus püsiva iseloomuga.

Mõnikord võib olla song ka osaliselt reponeeritav, s.o. reponeerub ainult mõni songa osa.

Songa mittereponeerumise põhjused võivad olla erinevad: haige vanus, kudede nõrkus, songa tüüp (kõige sagedamini täheldatakse mittereponeeritavust reiesongade puhul). Enamikul juhtudest on mittereponeeritavus seotud songakoti ja selle sisuse muutustega. Siia kuuluvad armistumised songakoti kaelaosas, songasisuse üksikute osade omavaheline liitumine, suure rasviku liitumine songakoti kaelaga, mille tulemusena tekkiv ling tamponeerib songakoti kaela, mõne organi, nagu emakamanuste väljalangus, mis on liitunud songakoti kaela või selle madalamate osadega.

Mittereponeeritavate songadega kaasub real juhtudel mitmesuguseid düspeptilise päritoluga funktsioonihäireid nagu kõhukinnisus ja meteorism. Peaaegu alati kaebavad haiged valu songa väljasopistise kohal ja üldist nõrkust. Valud on tavaliselt ajutise iseloomuga.

Mittereponeeruvad songad arenevad reponeeruvatest ja nad annavad võrreldes reponeeruvatega suuremal hulgal mitmesuguse päritoluga komplikatsioone, põletikkude, koprostaasi ja pitsumise näol. Tuleb märkida, et need komplikatsioonid esinevad ka tavaliste, reponeeruvate songade puhul.

Koprostaas.

Koprostaasi täheldatakse harilikult loiu soolestegevusega inimestel ja ta esineb kõige sagedamini kubemesongade puhul. Diferentsiaaldiagnostika mittereponeeruvatest songadest, millega kaasub sagedaste pitsumiste tulemusena koprostaas, pole tavaliselt raske. Seda tüüpi tüsistustel täheldatakse nähtude aeglast süvenemist, valud ei suurene, haige üldseisund ei halvene.

Koprostaasi visadel vormidel, eriti eakate inimeste puhul tuleb püüda kõrgele pärasoolde viia jäme sond ja sool vabastada roojamassidest sifoonklistiiri abil. Kui konservatiivsed võtted ei anna tulemusi, kerkib üles operatsiooni vajadus. Oksendamisel tuleb teha põhjalik maoloputus. Sageli annavad häid tulemusi maoloputused seoses klistiiriga.

Songakotipõletik.

Nabasongadel võib, eriti kui nad esinevad paksudel inimestel, põletikuline protsess üle minna katetelt songakotile. Songakotipõletikku täheldatakse ka songakoti sisu põletikkude puhul, näiteks ussjätke- või emakamanustepõletikkudel, kui need asetsevad songakotis. Esineb isegi songakotis asetsevate õõnes-elundite perforatsioone ja selle tulemusena tekkivaid piirdunud mädaseid peritoniite.

Songakotipõletiku kliiniline pilt võib esimesel momendil põhjustada vale diagnoosi - pitsunud song. Nimetatud tüsistuse diagnoosimine valmistab sageli suuri raskusi. Paiksed sümptoomid seisnevad tavaliselt valudes songa piirkonnas, eriti valulik on palpatsioon. Senine reponeeritav song muutub mittereponeeritavaks. See pole seoses mitte pitsumisega, vaid turse tekkega. Põletiku arenemisel läheb see üle kõikidele songa katetele ja viimastelt ka naaberkudedele. Songa piirkond muutub turseliseks, naha joonis tavaliselt kaob. Kliiniliselt on protsess põletiku, flegmooni sümptoomidega. Kui tekib mäda, esineb ka fluktuatsioon.

Organismi üldnähtudest täheldatakse temperatuuri tõusu ja kõrgenenud leukotsütoosi. Tavaliselt täheldatakse neid sümptoome ainult rasketel kaugelearenenud põletiku vormidel. Pitsunud songade puhul aga ilmuvad otsekohe iiveldus ja oksendamine, mis osutuvad ka olulisemaiks diferentsiaaldiagnostilisteks tunnusteks. Rooja- ja gaaside peetust ei esine, küll aga täheldatakse mõnikord kõhulahtisust, mis samuti osutub üheks eraldavaks sümptoomiks.

Ravi on suunatud songapõletikku põhjustava faktori likvideerimisele. Songakotipõletikul apenditsiidi või soole-perforatsiooni tulemusena on vaja teha operatsioon põletiku lähtekoha kõrvaldamiseks. Tuleb aga meeles pidada, et väljakujunenud mädakogumite puhul võib neid ainult avada ja tühjendada. Juhul, kui mäda ilmub songakoti sügavusest, tuleb avada mädakolle ilma põletiku lähtekohta eemaldamata ja haava viia toru. Jeil juhtudel ei teostata songa likvideerimise operatsiooni ja songakotti ei eemaldata.

Songa likvideerimist võib teostada alles siis, kui kõik põletikunähud on vaibunud, mitte enne 6 kuu möödumist.

Pitsunud songad.

Kõige sagedamini esinevaks tüsistuseks on songa pitsumine. Songa pitsumisel, ükskõik millises osas ta anatoomiliselt asetseb, esinevad alati järgmised momendid: verevarustuse häired pitsunud organites, pitsunud organite funktsioonihäired, samuti ka rida üldisi kahjustusi. Kõhusongade pitsumisel tuletavad kõik sümptoomid meeldę ägedat soolesulgust. Mitte juhuslikult ei vaatle rida autoreid kõhusongade pitsumist koos soolesulgusega.

Enamik songade pitsumistest esineb kohusongadel, kusjuures kõige sagedamini pitsuvaks organiks on sool.

Eraldatakse soole elastseid ning roojamasside poolt põhjustatud pitsumisi ja nende kahe kombinatsiooni. Pitsumiskohaks on sageli songavärat, kuid songad pitsuvad kõige kitsamas kohas (songakoti kael, kilesid moodustavad liited jne.).

Elastset pitsumist täheldatakse näiliselt kõige sagedamini. Selle mehhanism on järgmine: rõhu tõustes kõhuõõnes mingi füüsilise pingutuse tulemusena laieneb songa rõngas ja läbi selle surutakse songakotti osa sisikonda. Peale rõhu langust kõhuõõnes tõmbub songa rõngas kokku, takistades songa sisuse, s.o. songakotti sattunud organite asetumist oma normaalsele kohale.

Roojamassidest põhjustatud pitsumine on songa-kotis asuvate soolelingude roojamassi ja gaasidega ületäitumise tulemus. Ületäitumise tulemusena kaob soole peristaltika, soole sisu ei aeta enam edasi. Pitsumisel venitatakse ka välja äraviiva ja juurdetoova sooleosa vahel olev soolekinnisti. Roojamassidest põhjustatud pitsumine võib olla ka raske koprostaasi tulemuseks.

Võib esineda ka nn. retrograadne pitsumine. Sel juhul tekivad toitumishäired nii songakotis kui ka kõhuõõnes asetsevates lingudes. See seletub suure pika mesenteeriumi olemasoluga, mille tulemusena tekib rida soolelinge. Pitsuda võivad mitte üksnes songakotis, vaid ka kõhuõõnes asetsevad

lingud. Verevarustus katkeb kõikides vastavates sooleosades. Pitsunud soolelingud on "buketikujulised". Selle vormi puhul viib pitsumine kiiresti üldisele mädasele peritoniidile.

A.P. Krõmov loeb retrograadseks pitsumist ainult sellisel juhul, kui pitsunud ling asetseb kõhuõõnes. Linge, mis on pitsunud songakotis eneses, nimetab ta anteropoodselt pitsunuteks. Ta märgib, et seda tüüpi pitsumist esineb harva.

Öeldust ilmneb väga oluline praktiline järeldus: kui pitsunud songa operatsioonil leitakse songakotis kaks pitsunud lingu, tuleb kolmandat otsida kõhuõõnest ja soolt jälgida suuremas ulatuses.

Soole pitsumisel eraldatakse: juurdetoov osa, pitsunud osa, pitsumise vagu ja äraviiv osa. Kõikide nende osade kahjustuse ulatus on erinev.

Soole sisus ja gaasid peetuvad juurdetoovas lingus, seepärast puhitub eelkõige see osa soolest. Puhituse tulemusena tekib surve äraviiva sooleosa veenidele. Tekib pais, mille tulemusena algab transudatsioon soolevalendikku ja sooleseina, samuti ka mesenteerumisse. Soolevalendik venitatakse veel enam välja ja pais suureneb. Lõpuks tekib soole paralüüs. Rõhk viib sageli sooleseina üksikute osade nekroosile.

Pitsumisrõnga tugeva surve puhul tekib väga kiiresti sooleseina nekroos (nn. kuiv gangreen, kui protsessi kiire arengu tõttu ei teki transudatsiooni). Juhul, kui surve pole eriti tugev, algab patoloogiline protsess paisnähtudega, mis süvenemisel viib järsule pitsumise tugevnemisele ja selle tulemusena gangreenile. Neil juhtudel on songakotis väljakujunenud transudatsiooni tõttu rohkesti vedelikku (songavedelik).

Pitsunud sooles arenevad kiiresti välja sisu peetusnähud, surve kinnistile viib vereringehäiretele. Isegi siis, kui surve kinnistile pole tugev, võib sisu peetus ise luua tingimused vereringehäireteks. Sisu peetus viib kiiresti transudatsioonile, aeglaselt arenev sooleseina läbilaskvuse suurenemine viib vormelementide, eelkõige eritrotsüütide ekstravasatsioonile. Seepärast on songa vedelik mõne aja möödumisel hemorraagilise varjundiga.

Pitsumisvagu haarab nii juurdetoovat kui ka äraviivat soolekääru. Pitsumisvao laius vastab pitsumisrõnga laiusele, kusjuures suuremad muutused tekivad äraviiva kääru osas. Destruktiivsed muutused pitsumisvao piirkonnas tekivad pikema kestusega pitsumisel, siis kui sooles tekivad nekrootilised muutused.

Soole pitsumine põhjustab organismis ka üldise iseloomuga raskeid häireid. Mesenteeriumi veresoonte tromboos võib viia kopsu-, maksa-, põrna- jt. organite embooliale.

Mesenteeriumis eneses täheldatakse spontaanseid rebendeid, mis asetsevad tavaliselt tema kinnitumiskohal soolele. Mesenteerium, olles äärmiselt pingul, ei suuda vastu panna isegi väikestele mehhaanilistele mõjustustele operatsiooni ajal ja songa reponeerimisel.

Songa pitsumist soodustavate faktoritena on tähtsad ka haige üldseisund ja vanus. Mõned autorid peavad oluliseks bandaaži kandmist. Naistel pitsuvad songad sagedamini kui meestel, nabasongad pitsuvad peaaegu ainult naistel. Sagedamini pitsuvad vanad songad. See seletub sellega, et vanadel songadel muutuvad koed vähem elastseks, mitte järeleandvaks. Neil arenevad sageli põletikunähud, mis viivad liitumistele, songakoti ja selle sisu struktuuri muutustele.

Songade pitsumissagedus seoses sooga ja nende protsent songade üldarvust on näha tab. 2. (A.P. Krõmov).

T a b e l 2.

Songa liik	Mehed	Naised	Protsent songade üldarvust
Kubemesong	1,34	2,16	1,43
Reiesong	2,03	9,02	6,45
Nabasong	0,24	2,88	1,95

K l i i n i l i n e p i l t on pitsunud songade puhul küllaltki mitmekesine. Esineb mitmeid pitsunud songa vorme, alates aeglaselt arenevatega ja lõpetades pitsumise kõige

ägedamate vormidega. Mõnikord on pitsumine niivõrd äge, et haiged surevad esimestel tundidel peale haiguse algust. Kiiresti progresseeruv songa pitsumine areneb siis, kui pitsumisrõngas surub järsku soole ja selle kinnisti kinni. Kogu haiguse kulg tuletab oma ägeduselt meelde strangulatsiooniileust. Selle pitsumisvormi puhul esineb tugev valu, sagedane oksendamine, külm higi, tsüanoos küünte all ja nähtavatel limaskestadel, sage pulss, näo muutumine otsekohe "aukuvajunuks". Sellist tüüpi pitsumistel on vajalik kohene operatsioon.

Suurtel vanadel songadel, kui on olemas suur songavärat, samuti ka mittereponeeritavatel songadel arenevad pitsumisnähud aeglaselt. Algul kaob isu, seejärel tekib valulikkus songa piirkonnas, areneb kõhukinnisus ja gaaside peetus. Arvestades seda, et kõhukinnisust ja soolte puhitust esineb nendel haigetel ka varem, ei põhjusta selline järkjärgult arenev sooleseulgus eriti suuri häireid. Pitsumise olemasolu tõendavad järjest suurenevad soole tühjenemishäired ja gaaside peetus, samuti ka mitmesuguste konservatiivsete ravivõtete tagajärjetus, valude tugevnemine, varem hästi reponeeritava songa mittereponeeritavaks muutumine. Mittereponeeritaval songal jätkub valulikkuse suurenemine.

Selline aeglaselt arenev songa pitsumise vorm on eriti ohtlik selle poolest, et just seda tüüpi pitsumiste puhul võib lasta mööduda kõige sobivamad, varased operatsiooni tähtajad. Peamiseks songa pitsumise sümptoomiks tuleb lugeda valu ja songa mittereponeeritavust varem reponeeritavatel songadel.

Tuleb silmas pidada, et pitsuda võib ka ainult osa sooleseinast, tavaliselt soolekinnisti vastas olev sooleseina osa. Sellised pitsumised viivad kiiresti ägedale songapõletikule. Ka neil juhtudel on nii nagu tavaliste songa pitsumiste puhulgi näidustatud kohene operatsioon.

R a v i . Ainuke õige ravi on kohene operatiivne vahelesegamine, mis on suunatud pitsumispõhjuse eemaldamisele. Praktikas võib esineda, kuigi harva, ka juhte, kus läheduses

pole kirurgi ega ka raviasutust, kus oleks võimalik teha operatsiooni. Sel juhul tuleb kasutada konservatiivset ravi - song reponeerida.

Operatsioonil on võrreldes konservatiivse raviga rida eeliseid: ta väldib sisemist traumat, mis võib tekkida reponeerimisel, samuti võimaldab ta selgitada songa sisu olukorda ja esinevate patoloogiliste muutuste puhul teostada vajalikku ravi. Operatsioonil võib kirurg resetseerida songakoti ja likvideerida kõhuseinte defekti, mis on ainukeseks radikaalseks võtteks songade ravil ja uute pitsumiste vältimisel. Reponeerimist ei teostata kunagi, kui on songas põletikuline protsess ja esinevad sümptoomid, mis vihjavad põletiku levimisele kõhukelmele, samuti ka siis mitte, kui haige on kollaptilises seisundis. Tuleb märkida, et Nõukogude Liidus, kus on võimalik kiire haige kohaletoimetamine lennukil, peavad näidustused pitsunud songa repositsiooniks olema minimaalsed.

Reponeerimisele peab eelnema 2 ml atropiini süste (1: 1000). Haige tuleb panna sooja vanni ja alles peale 20-30 minutilist vannis olekut võib alustada repositsiooni. See peab toimuma valutult. Vähimagi valu ilmumisel tuleb repositsioon katkestada, kuna valu suurendab songa rõnga spastilist kontraktsiooni.

Reponeerimise tehnika on järgmine. Haige lamab seljal, ta jalad on painutatud ja pisut laiali. Esilevõlvuvust tõstetakse vasema käega pisut üles, paremaga aga alustatakse songakoti sisu viimist kõhuõõnde, kuid mitte forsseeritult. Kõiki läbilükkavaid liigutusi tuleb teha songavärati suunas. Soolelingude pitsumisel tõestab tekkiv korin, et sooleling on reponeerunud kõhuõõnde.

Peale paigaldamist on vaja veenduda, kas songavärat suurenes. Juhul, kui songavärat jääb spastiliselt suletuks, on võimalik, et on toimunud näiline repositsioon. Selle termini all mõistetakse väga rasket tüsistust, mis seisneb selles, et songa sisu pole mitte viidud kõhuõõnde, kust ta oli väljunud songakotti, vaid on viidud mõnda vahesse või lõhesse, kus normaalselt sisikonda ei ole. Näilist paigaldamist tuntakse sellest, et pitsumisnähud jäävad püsima.

Eriosa.

Kubemesongad.

Kubemesongad esinevad kubemekanali välise ava piirkonnas.

Kubemesonga tekke mõistmiseks on vajalik teada kubemepiirkonna iseärasusi embrüonaalses perioodis ja tema anatoomilist ehitust. Teisel lootekuul asetseb munand II - III nimmelüli kõrgusel. VII kuuks laskub ta kubemekanali seesmise avani, mis sel perioodil pole veel formeerunud täielikult. Munandi laskumisel sopistub välja kõhukelme, mis moodustab koonusekujulise jätke (processus vaginalis). See sopistuv kõhukelme osa leiab endale tee munandikotti. Vasem munand laskub tavaliselt varem, seepärast täheldatakse kaasasündinud songa sagedamini paremal poolel. Kõhukelme katab munandit eest, moodustades nn. päristuppkesta (tunica vaginalis propria). Hiljem oblitereerub kõhukelme sopistis ja ühendus kõhuõõnega katkeb. Juhul, kui peritoneumi jätke ei oblitereeru, areneb kaasasündinud song. Mitmesugused peritoneumi sopistise puuduliku taandarengu variatsioonid viivad vesimunandi ja hüdrotseele funikuli tekkele, olles seejuures ka soodustavaks momendiks songade tekkel.

Meestel on kubemekanal laiem ja lühem kui naistel, kuna temas kulgevad seemnejuha ja veresooned. Naistel läbib kubemekanalit emaka ümarside.

Anatoomiliselt on kubemekanalil neli seina: ülemine, alumine, eesmine ja tagumine. Ülalt on kubemekanal piiratud tema kohal rippuva sisemise kõhupõiklihase servaga ja kõhuristlihasega (m. obliqus abdominis internus et m. transversus). Tema eesmise seina moodustab välise kõhupõiklihase aponeuroos (m. obliqus abdominis externus), alumise - Pouparti side (igamentum Pouparti) ja tagumise seina moodustab kõhuristsidekirme (fascia transversa). Kubemekanalil eraldatakse kaks ava: väline ja seesmine. Väline ava on piiratud välise kõhupõiklihase aponeuroosi hajuvatest kiududest. Ta asetseb otseselt naha ja fastsia all. Seesmine kanali ava asetseb

tunduvalt sügavamal lihaste all ja tema projekteerub umbes Pouparti sideme keskmise ja välise kolmandiku piirile. Läbi selle siseneb kubemekanalisse seemneväät. Normaalselt ei lasku kanalisse seinapidine kõhukelme.

Songa operatsioonil, läbides kudesid kihtide viisi, jõutakse peale naha, nahaaluse koe ja pindmise sidekirme läbimist välise kõhupõiklihase apaneuroosini. Sõltuvalt reast faktoritest, milledest oli juttu eespool, üldosas, võib aponeuroos osutuda küllalt elastseks või rabedaks ja mõnikord võib olla kadunud ka tema kiuline struktuur. Selle aponeuroosi kiud suunduvad häbemeliigse suunas, jagunedes kahte hargu: ülemisesse ja alumisesse. Väline jalg kinnitub tuberkulum pubikum'i külge,aga seesmine häbemeliigesele. Pouparti sidemeks nimetatakse tegelikult sama välise kõhupõiklihase aponeuroosi osa. See aponeuroos pöördub oma alumises osas alla, muutub niudeluu harjast kuhi kubemeluukõbrukeseni tihedaks. Viimane moodustab piiri kubeme- ja reiepiirkonna vahel.Üialpool Pouparti sidet asetseb kubemekanal, sella all aga reiekanal. Kubemekanali seesmiseks avaks on koht, mille kaudu embrüonaalses perioodis laskus alla munand. Selle ava kaudu algab tavaliselt songa sopistumine.

Omandatud kubemesongi jaotatakse indirektseteks ja direktseteks ehk välisteks ja seesmisteks.

Indirektne ehk väline song erineb direktsest ehk seesmisest oma väljumiskohalt kõhuõõnest. Esimene sopistub välja plica epigastrica'st väljastpoolt, teine seestpoolt. Indirektse songa puhul asetseb seemneväät seespool, direktse songa puhul aga väljaspool songakotti. Indirektne song väljub kubemekanali seesmisest avast, laskub kubemekanalit pidi alla ja väljub tema välise ava kaudu. Seepärast seda songa nimetataksegi indirektseks. Direktne song tungib kanalisse tagumise seina kaudu, võites selle vastupanu, läheb mööda kanali seesmisest avast ja väljub välise ava kaudu. Ta ei lasku peaaegu kunagi munandikotti.

V.R. Saliatšev esitab indirektsete ja direktsete kubemesongade erinevuste kohta järgmise skeemi:

Song	
Indirektne	Direktne
Anatoomilised erinevused.	
1. Väljuvad kõhuõõnest väljastpoolt plica epigastrica't.	1. Väljuvad kõhuõõnest seestpoolt plica epigastrica't, fovea medialis'est.
2. Läbib kubemekanalit kogu selle pikkuses põiksuunas.	2. Tungib läbi otse, sagitaalsuunas, sopistades välja fascia transversalis'e.
3. Seemneväät asetseb songakotist seespool.	3. Seemneväät asetseb songakotist väljaspool.
Kliinilised erinevused.	
1. Väljasopistis on pikliku kujuga, asetseb piki kubemekanali kulgu.	1. Väljasopistis on ovaalse kujuga, asetseb Pouparti sideme kõige mediaalsemas osas.
2. Läbinud kubemekanalit, laskub alati munandikotti.	2. Ei lasku peaaegu kunagi munandikotti.
3. Täheldatakse kõige sagedamini keskealistel.	3. Täheldatakse sagedamini inimestel vanemas eas.
4. On sagedamini ühepoolne.	4. On sagedamini kahepoolne.
5. Esineb ka kaasasündinult.	5. On ainult eluajal omandatud.
6. Haige köhimisel tuntakse haiguse algstaadiumis tõuget sõrmele küljelt, kubemekanali seesmise ava suunast.	6. Haige köhimisel tuntakse haiguse algstaadiumis tõuget sõrmele otse vastu välist kubemekanali ava.

Kubemesong erineb vesimunandist sellega, et vesimunand pole reponeeritav ja annab perkuteerides tumestuse. Hydrocele funicul'i puhul esinev piklik elastne tuumor võib olla kõhu-

õõnde viidav, kuid erinevalt songast ilmub ta otsekohe uuesti. Mõnikord esineb ka hüdrotseele testis või hüdrotseele funikuli kombineeritult songaga. Sellisel juhul pole diagnoos enne operatsiooni sageli küllalt selge. Kubemesonga erinevus reiesongast seisneb selles, et esimene on Pouparti sideme peal, teine aga selle all.

Kubemesongade radikaalseks ravimeetodiks on operatsioon. See vahelesegamine nõuab äärmist aseptikanõuete täitmist ja oskuslikku töötamist kudede prepareerimisel.

Kubemesonga operatsiooni teostatakse infiltratsiooni või ka regionaarse tuimastusega. Parem on kasutada regionaarset tuimastust, sest infiltratsioonituimastus muudab anatoomilist olukorda kubemepiirkonnas. Selleks, et vältida hilisemaid hematoome, on vaja sulgeda hoolikalt verejooks. Seepärast ei lisata ka songa operatsioonidel novokaiinilahusele adrenaliini.

Jõudes välise kõhupõiklihase aponeuroosini, on vaja hoolikalt välja prepareerida kubemekanali väline ava ja nii see kui ka aponeuroos vabastada täielikult rasvast.

Järgnev operatsiooni etapp sõltub sellest, millise meetodi järgi viiakse läbi kubemekanaliseinte plastika: kas kanali avamisega või ilma selleta, piirdudes ainult kanali kitsendamisega. Peale aponeuroosi väljaprepareerimist avatakse see ettevaatlikult, et mitte vigastada nervus ileoingvinalis't, mis kulgeb lihase serval. Edasi tuleb vabastada nürilt, ettevaatlikult Pouparti sideme seesmine sein, mis on tüüpilise hõbeda läikega, erinedes sellega ümbritsevatest kudedest. Peale songakoti väljaprepareerimist, avamist, ligeerimist ja selle mahalõikamist teostatakse kubemekanali rekonstruktsioon. Selleks kasutatakse mitmesuguseid võtteid. Tagumise seina kindlustamine Bassiini-meetodil toimub selliselt, et kõhu rist- ja seesmise põiklihase serv õmmeldakse Pouparti sideme külge seemneväädi alt. Eesmist kubemekanali seina tugevdades õmmeldakse loetletud lihased Pouparti sideme külge seemneväädi pealt või tehakse välise kõhupõiklihase dublikatuur (Girardi ja S. I. Spassokukotski meetod).

Vanematel inimestel, samuti ka siis, kui songakoti väl-

japrepareerimine valmistab raskusi, olles seotud suurema kudede traumatiseerimisega, tuleks enne õmblemist infiltreerida haava ümbrust penitsilliin-novokaiini lahusega. (100 000 Ü penitsilliini 50 ml 0,25%-lises novokaiinis). Seda süstitakse nahaalusesse koesse ja aponeuroosi alla. Peale operatsiooni pannakse haava piirkonda 20 minutiks jääkott ja seejärel kolmeks tunniks kott liivaga. Kohe peale operatsiooni tuleb munandikott fikseerida suspensooriumiga.

Operatsioon mittereponeeritavate songade puhul erineb tavalisest songa operatsioonist. Samuti kui tavalisi songi, tuleb ka neid opereerida paikse tuimastusega, vaatamata sellele, et see on tehniliselt raske ja komplitseeritud, sest mittereponeeritavad songad võivad olla suured. Reponeeritavatel songadel avatakse songakott pärast selle väljaprepareerimist, mittereponeeritavatel aga tuleb see teostada kohe, kui on tuimastatud väline kõhupõiklihase aponeuroos ja väline kubemekanali ava. See on põhjustatud vajadusest selgitada välja songakoti sisu ja selle reponeeritamatuse põhjus. Kui koti sisuks on sool ja reponeerimist takistavad ainult liited songakoti kaelaosas, tulevad liited läbi lõigata ja sool reponeerida. Sellele järgnevalt eraldatakse songakott ja eemaldatakse peale selle ligeerimist. Edasine operatsiooni käik on tavaline. Kui songa sisuseks osutub suur rasvik,mida pole liidete tõttu võimalik reponeerida, tema vabastamine aga viib liigsele traumatiseerimisele, on õigem suure rasviku resektsioon.

Vanadel inimestel pole suurte songade puhul alati võimalik songakoti täielik väljaprepareerimine ja eemaldamine. See on seoses suure munandi ja seemneväädi traumaga, mis operatsioonijärgses perioodis viib munandikotiödeemile. Peale selle on selliste traumaatiliste manipulatsioonide puhul raske vältida operatsioonijärgseid hematoome. Sellepärast preparеeritakse songakott neil juhtudel välja ainult kaelaosas ja avatakse ka seal. Tema sisu viiakse kõhuõõnde. Songakott ligeeritakse, lõigatakse läbi ja viiakse lihaste alla. Munandikotipoolset songakoti osa ei ligeerita, kuna see toob enese-

ga kaasa vesimunandi tekkimise ohu.

Südame-veresoonte või teiste raskete haigustega haigetel tuleb songa operatsioone teostada ainult äärmisel vajadusel.

Pitsunud songa operatsioon erineb mõnevõrra tavalise songa operatsioonist. Ka nende songade operatsioone tuleb teha võimalikult paikse tuimastusega. Mida raskem on pitsumise kulg, seda enam on näidustatud paikse tuimastuse kasutamine.

Pitsunud kubemesonga operatsiooni tuleb vaadelda kui suurt rasket laparotoomiat. Peale naha ja nahaaluse koe läbimist, aponeuroosi ja välise kubemekanali ava väljaprepareerimist tuleb pisut tutvuda songakoti ja selle sisuga. Mingil juhul ei tohi lõigata otsekohe läbi pigistavat songa rõngast. Seda tuleb teha alles siis, kui songakott on avatud, kuna eelnev rõnga läbilõikamine võib viia songakoti libisemisele kõhuõõnde. Selle tüsistuse oht on eriti suur siis, kui soolesein on muutunud. Songakoti avamine peab toimuma äärmiselt ettevaatlikult, kuna selle juures võib saada vigastatud songakoti sisu. Tunnuseks, et songakott on avatud, on songa vedeliku väljavool. Olles tunginud songakotini, tuleb vahetada kogu pesu haava ümbruses selleks, et vältida ümbritsevate kudede infitseerumist. Peale avamist tehakse kindlaks songakotis asetsevate organite muutuste iseloom. Abistaja hoiab ettevaatlikult songakoti sisust, et see ei libiseks peale pigistava rõnga läbilõikamist tagasi kõhuõõnde.

Määrates pitsumiskohta, on vaja lõigata songa rõngas läbi kihtide kaupa, minnes tema servast edasi sügavusse.

Mõned kirurgid viivad enne rõnga läbilõikamist songa rõnga ja pitsunud sisu vahele Kocheri sondi. See on väga ratsionaalne võte. Peale songa rõnga läbilõikamist tuleb otsida kõhuõõnest kätte mitte üksnes äraviivad, vaid ka juurdetoovad soolelingud, kuna tuleb arvestada retrograadse pitsumise võimalust.

Selleks, et soole muutusi õigesti hinnata, vajab kirurg teatud kogemusi.

On tarvis hoolikalt jälgida kinnistit, et mitte jätta kahe silma vahele temas olevaid rebendeid, marrastusi või verevalumeid. Venitades välja pitsunud soolelingud, tuleb jäl-

gida mitte üksnes äraviivat, vaid ka keskmist, vahepealset lingu, pidades meeles retrograadse pitsumise võimalust.

Järelevaatust tuleb teostada äärmiselt ettevaatlikult ja hoolikalt, kattes soolestikku sooja füsioloogilise lahusega niisutatud rätikuga, et ta ei kuivaks.

Kui peale pitsumisest vabastamist võtab sool endise, roosaka värvuse, pitsumisvagu aeglaselt kaob ja mingisuguseid rebendeid soolel ja mesenteeriumil ei ole, siis võib sellist soolt ilma ohuta viia kõhuõõnde. Kui esinevad seroosa või kinnisti rebendid, tulevad need eelnevalt kinni õmmelda ja alles siis viia lingud tagasi kõhuõõnde. Reponeerida tuleb songakoti sisu tingimata järkjärgult ilma igasuguse jõuta, kuna kudede vastupanu on langenud. Mugavamaks sisseviimiseks laiendatakse seejuures kõhu haava, tõstes kõhuseinu. Reponeerimist tuleb alustada nendest lingudest, mis toodi kõhuõõnest välja viimastena.

Mõnikord on sisikonna reponeerimine raskendatud, näiteks juhul, kui sool on tugevasti täitunud gaasidega. Kui reponeerimiskatsed (väga ettevaatlikud, et vältida soole perforatsiooni) ei õnnestu, võib soolt punkteerida jämeda nõelaga ja gaasi välja lasta. Punktsiooni koht tuleb katta sooleõmblusega. Kui aga repositsioon on ka siis veel raske, kuigi puuduvad takistavad liited, on vaja otsida reponeerimist takistavaid põhjusi kõhuõõne seisundist. Kui repositsioon pole võimalik, võib kerkida üles ulatuslikuma laparotoomia küsimus. Soovitav on seda teha uue alumise lõikega, kuna lõike suurendamine kubemepiirkonnas loob isegi hea paranemise puhul tingimused operatsioonijärgse songa tekkeks.

Tuleb meeles pidada, et siseorganitest liitub songakaela osas kõige sagedamini suur rasvik, blokeerides seejuures songakoti kaela. Suure rasviku vabastamine liidetest ja selle resektsioon loovad soodsad tingimused sisu repositsiooniks.

Sageli pole lihtne määrata sooleseina kahjustuse ulatust selle pitsumisel. Raskus seisneb selles, et nekroos algab soole limaskestast, levides järkjärgult väljapoole, seerooskesta suunas. Uurimise momendil võib olla serooskest veel kah-

justamata ja alles hiljem, kui teda pole eemaldatud resektsiooniga, ta kärbub. Otsustades resektsiooni ulatuse küsimust, on vaja arvestada seda, et resektsioon peab toimuma mõlemast otsast absoluutselt terves sooleosas, mitte vähem kui 12-15 cm nekroosi piirist. Praktilises kirurgias kasutatakse isegi alajaotust: gangrenoosne ja gangreenikahtlane sooleosa. Seltsovski isiklikult arvab, et sellist jaotust ei ole vaja. Gangreeni kahtluse korral on näidustatud soole resektsioon.

Soolegangreeni puhul esineb tüüpiline roiskuva liha hais, mis seguneb kolibakteri poolt tekitatava haisuga. Surnud soole värvus võib olla muutunud. Tavaliselt räägib ganreeeni olemasolust must või pronksjas värvus. Sageli pole kerge otsustada küsimust tema eluvõimelisuse kohta, eriti siis, kui seintel on ainult üksikud nekroosi osad, kuid nende ümbruses olevad koed jätavad terve koe mulje. Neil juhtudel on parem sooleling nekrootiliste osakestega resetseerida. Mõned autorid omistavad erilist tähtsust serooskestale: kui selle tavaline läige on tuhmunud ja ta on muutunud karedaks, loevad nad teda mitteelujõuliseks. Samuti ka vastupidi: läikiv serooskest näitab nende arvates isegi tume-purpurpunase värvuse puhul soole eluvõimelisust. Sellisesse soole eluvõimelisuse määramise kriteeriumisse tuleb suhtuda teatud ettevaatusega.

Suur tähtsus soole eluvõimelisuse määramisel on tema konsistentsil. Gangrenoosne sool kaotab oma elastsuse, muutub lõdvaks. Suuri muutusi toimub ka tema kinnistis. Ta on tursunud, pisimadki kinnisti puudutused soole väljatoomisel kõhuõõnest või selle reponeerimisel kutsuvad esile serooskesta rebendeid. Kohati võib näha kinnistil verevalumeid ja mõnikord on palpeeritavad isegi tromboseerunud veresooned. Täielik või ka osaline kärbus tekib pitsunud songade puhul tavaliselt järsku, songa rõnga poolt põhjustatud kinnisti pitsumise tulemusena.

Soovitatakse kasutada palju meetodeid soole eluvõime kahjustuse astme kindlakstegemiseks. Peale pitsumise likvideerimist on vaja mõnda aega jälgida soole värvuse muutust ja esinenud paisnähte. Paisnähtude likvideerimiseks tuleb katta kahjustatud sooleosa kuumas füsioloogilises lahuses niisuta-

tud rätikutega.

Kui lähemate minutite kestel soole eluvõimelisus ei taastu, on vaja sool resetseerida.

Soole resektsiooni otsustamisel tuleb seda kooskõlastada ka haige üldseisundiga. Kui tema üldseisund on niivõrd raske, et soole resektsioon on otseselt vastunäidustatud, tuuakse gangrenoossed sooleosad haavast välja ja haava servad õmmeldakse nende ümber. Peale üldseisundi paranemist tehakse uus operatsioon, millega need sooleosad eemaldatakse ja allesjäävate otsad ühendatakse.

N.M. Volkovitš soovitas järgmist operatsiooni neil juhtudel, kus võib oodata soolegangreeni. Ära- ja juurdetoova soolekääru vahel tehakse anastomoos, mis viiakse kõhuõõnde, eluvõimelt kahtlane ling aga jäetakse kõhuõõnest välja. Kui soole eluvõimelisus mõne aja pärast taastub, viiakse ta samuti tagasi kõhuõõnde. Kahtlusel, et need soolelingud pole elujõulised, otsustatakse küsimus laiendatud resektsiooni kasuks.

Osalisel sooleseina kärbusel tuleb teostada resektsioon. Seoses sooleseina perforatsiooniga areneb sageli songaflegmoon, mille puhul tuleb teha ainult lõige, et võimaldada mädale ja roojamassidele väljapääsu, s.o. tuleb tekitada soole fistul. Alles peale selle, kui haav on täielikult puhastunud, võib asuda operatsiooni teise osa juurde, mis seisneb soole fistuli likvideerimises.

O p e r a t s i o o n i j ä r g n e p e r i o o d kulgeb samaselt, nagu ükskõik millise laparotoomia puhul. Mida suuremad olid operatsioonieelsed patoloogilised muutused, seda enam on operatsioonijärgses perioodis välja kujunenud soolte atoonia nähud ja intoksikatsioon.

Tuleb märkida, et sooleparalüüs lõpeb tavaliselt soole ägeda tühjenemisega. Seoses pika soolesisu peetusega ja selle lagunemisega on roojal sageli väga vinav hais.

Soolepqralüüsi tulemusena tekkival pikemaajalisel roojapeetusel tuleb teostada ajutine jejunostoomia (tühisoole fistul). Operatsioonijärgses perioodis võib täheldada mõnikord ka sooleverejooksu, mis on nähtavasti seotud pitsunud

sooleosa limaskesta kahjustusega. Enamikul lõpevad sellised sooleverejooksud hästi. Vanematel haigetel täheldatakse mõnikord ka hilisemaid verejookse, mis tekivad soonte rebenemisest ateromatoosi tõttu.

Peale pitsumist esineva tüsistusena täheldatakse ka soolestenoosi selle soolekääru piirkonnas, mis oli pitsunud, kusjuures stenoos tavaliselt areneb limaskestanekroosi tulemusena. Kliiniliselt arenevad need stenoosid erinevalt, mõnel juhul ägedalt, teistel juhtudel aga aeglaselt, järkjärgult. Ägedal stenoosi arengul täheldatakse ägeda soolesulguse sümptoome, kroonilisel arengul on peamiseks sümptoomiks vahelduvalt kõhukinnisused ja -lahtisused. Uurides haige anamneesi, milles esineb songa pitsumine, ja tehes õigeaegselt röntgenoloogilise uuringu, õnnestub tavaliselt avastada kaebuste tõelist põhjust. Arvestades hilisema stenoosi tekke võimalust, tuleb operatsioonil kudede prepareerimisel olla ettevaatlik. Eriti ettevaatlik tuleb olla soole reponeerimisel. Soole serooskesta vigastused tuleb hoolikalt kinni õmmelda.

Operatiivse ravi tulemused krooniliste ja pitsunud songade puhul sõltuvad vanusest, operatsiooni kulust ja komplikatsioonide esinemisest (kopsupõletik, mädanikud). Tuleb märkida, et inimestel, kes teevad füüsilist tööd, esineb retsidiive vähem kui teenistujatel.

Reiesongad.

Reiesongi täheldatakse peamiselt naistel, harva ka meestel, aga peaaegu mitte kunagi nooremas elueas ja lastel. Reiesongade sagedasem esinemine naistel on seletatav vaagna suurema laiusega. Reiesonga väljumiskohaks on reiekanal, mis asetseb Pouparti sideme all.

Reiekanali eesmise seina moodustab fascia lata sirbikujuline jätke, tagumise seina fascia cribrosa, välise seina reieveeni tupp. Reiekanalil on kaks ava. Sisemiseks nimetatakse ava, mida piiravad: väljastpoolt reieveen, seest Gimbernati side, eest Pouparti side ja tagant niude-häb[illegible]ne side. Väline ava vastab suure alajäseme suubumiskohale reieveeni.

Ta on moodustatud laia sidekirme sirbikujulise jätke poolt ja teda nimetatakse ovaal-auguks.

Reiekanalipiirkonnas on järgmised kihid: nahk, nahaalune sidekude, lamina cribrosa, mis on pindmise fastsia hästi väljaarenenud sidekoeline jätk, sidekoeline kirme, mis moodustub kõhu-ristsidekirmest, ja preperitoneaalne sidekude.

Tavaliselt asetseb songakott m. pectineus'e peal, kuid songa väljumine trigonum Scarpae'st võib olla erinev. Songakott võib väljuda: 1) vahemikus, mida nimetatakse lacuna musculorum, 2) veresoonte tupe kaudu (kirurgile väga ohtlik variant), 3) väljaspool reie veresooni, 4) sõelsidekirme alt, 5) läbi harjalihase. Reiesonga sisuks võib olla sama mis kubemesongalgi, kuid kunagi pole reiesong nii suur kui kubemesong.

Reiesongad pitsuvad sagedamini kui kubemesongad. Pitsumine esineb tunduvalt sagedamini naistel kui meestel. Operatsioonil tuleb silmas pidada, et songa sisemise rõnga läheduses kulgeb reieveen ja arteria epigastrica inferior. Reiesonga diagnostika tugineb kõikidele songadele omastele sümptoomidele.

Peamiseks reiesonga sümptoomiks on väljasopistise teke allpool Pouparti sidet. Paksudel inimestel on paksu rasvapolstri tõttu reiesonga diagnoosimine mõnikord raskendatud.

Teatud tähtsus on ka väljasopistise kujul, mis võib olla kerataoline, rippuda alla või ulatuda üles, minnes Pouparti sideme taha, simuleerides kubemesonga. Seda tüüpi reiesong võib valmistada diferentsiaaldiagnostilisi raskusi.

Reiesonga võib segada suurenenud lümfisõlmega. Seepärast tuleb meeles pidada, et songa puhul on väljasopistis pehme konsistentsiga ja kaob temale vajutamisel. Lümfadeniitilise tuumori puhul jääb tuumor liikumatuks ja kõvaks ning ägeda põletiku puhul ka valulikuks. Mõnikord segatakse reiesonga ära ka suure alajäseme nahaaluse veeni varikoossete laienditega, kuid sõlme pehme konsistents, tema kadumine käega vajutâmisel ja kiire taasilmumine peale käe eemaldamist selgitavad haiguse päritolu.

Diagnoosimisel tuleb meeles pidada ka laskuvaid abstsesse, mis kaovad haigel horisontaalses asendis. Primaarse tuberkuloosse kolde väljaselgitamine kergendab diagnoosimist.

Reiesonga ravi peab olema operatiivne. Kasutatakse paikset regionaarset või infiltratsioontuimastust. Arvestades veresoonte lähedust, tuleb opereerida äärmise ettevaatusega.

Operatsioonimeetodeid on soovitatud palju, kuid parimad neist on Pouparti sideme õmblemine Cooperi sideme või fascia cribrosa'ga.

Reiesonga pitsumist täheldatakse sageli. Sümptoomid on üldiselt samad mis kubemesonga pitsumisel; valud kubemes reiepiirkonnas, mittereponeeritav väljasopistis Pouparti sideme all, mis senini kadus ja oli reponeeritav. Soolelingude pitsumist iseloomustab rooja- ja gaaside peetus. Midagi spetsiifilist kliinilise sümptomatoloogia osas pitsunud reiesonga puhul ei ole.

Nabasongad.

Nabasongad arenevad naba rõnga laienemise tulemusena, mis on põhjustatud rõhu tõusust kõhuõõnes (köha, kõhukinnisus) Täiskasvanutel on peale nimetatu tähtis ka üleliigne rasva ladestus.

Nabasongade puhul on naba rõnga piirkonnas tihe väät, selgesti kombeldav lõhe, millest sageli tungib esile kõhukelme. On olemas songa rõngas, songakott ja kõik songa koostisosad. Songakott on kaetud kõhu-ristsidekirmega ja õhenenud nahaga.

Eraldatakse: embrüonaalseid, lapseea ja täiskasvanute songi.

E m b r ü o n a a l s e d s o n g a d on kaasasündinud kõhuseina väärarengud.

L a p s e e a s o n g a d arenevad tavaliselt esimese 6 kuu kestel peale sündi. Nad pole eriti suurte mõõtmetega ja sulguvad sageli spontaanselt. Nabasonga sisuseks võib olla suur rasvik või ka sool. Songade tekke vältimiseks on laste juures vaja rakendada rida profülaktilisi võtteid, mis

on suunatud kõhuõõnesisese rõhu tõusu vastu, mis võib toimuda kõhukinnisuse, köha jne. tulemusena. Nabasongade operatsioonil on vajalik hoolikas aseptikanõuete täitmine. Õigel hoolitsemisel paraneb enamik laste nabasongadest spontaanselt.

N a b a s o n g a d t ä i s k a s v a n u t e l pitsuvad sageli. Tulemused on samad, mis teiste songade puhulgi: valu, mittereponeeritavus. Tingituna sellest, et songakoti kattekihid on õhukesed, läheb põletikuline protsess songalt kiiresti üle nahaalusele koele ja nahale. Arenevad flegmoonid.

Valgejoonesongad.

Valgejoonesongade teke on üldiselt sama mis teistelgi kõhuseinasongadel.

Valgejoone moodustavad üksteisest läbipõimunud aponeuroosikimbukesed. Tänu põimumisele tekivad ka lõhed, mille kaudu rõhu tõusu tulemusena kõhuõõnes surutakse välja preperitoneaalne rasv ja seejärel ka peritoneum.

Need songad asetsevad keskjoonel ükskõik millises kõrguses, kuid kõige sagedamini ülemisel poolel. Sellist songa nimetatakse hernia epigastrica. Song võib asetseda ka naba kohal (hernia supraumbilicalis) või naba kõrval (hernia paraumbilicalis).

Songa arenguaste võib olla erinev, alates preperitoneaalsest lipoomist kuni väljaarenenud songani. Kliinilise pildi raskus ei vasta nende songade puhul sageli väljasopistise mõõtudele.

Epigastraalsete songade puhul on haige kaebused sageli maohaavandi kaebustega sarnased. Rindade all esinevad valud on mõnikord seoses söömisega, kusjuures haige lokaliseerib neid nii väljasopistise kõrgusele kui ka sellest kõrgemale. Valud tugevnevad füüsilistel pingutustel. Väikest väljasopistist ei õnnestu uuringutel alati leida. Pannud haige lamama täiesti lõtvade kõhuseintega, võib palpeerida ka väikest moodustist. Teinud kindlaks preperitoneaalse lipoomi või valge-

joonesonga ja kuulnud seejuures haige kaebusi, mis on omased mao- või kaksteistsõrmikuhaavandi puhul, tuleb teha spetsiaalseid uuringuid (röntgenoloogilisi, maomahla analüüs) haavandtõve võimalikkuse väljalülimiseks.

Operatsioon teostatakse paikse tuimastusega. Songakott töödeldakse tavalisel meetodil, aponeuroos lõhestatakse külgsuunas ja tugevdatakse temast dublikatuuri moodustamisega.

Diafragmasongad.

Diafragmasongad võivad olla kaasasündinud või omandatud (traumaatilised). Tavaliselt toimub kaasasündinud songade väljumine normaalselt olemasolevate diafragma avade ja kaasasündinud defektide kaudu või läbi söögitoruluumeni. Omandatud songade puhul võib songa ava olla diafragmal kõikjal.

Diafragmasonga sisuks võib olla iga kõhuõõne organ, kuid kõige sagedamini on selleks magu, põrn ja sool.

Omandatud diafragmasongale on omane songakoti puudumine. Rinnaõõnde väljuvad sisikonna osad on tavaliselt omavahel liitunud, samuti on nad liitunud ka pleuraga ja kopsudega. Diafragmasonga kliinilised nähud on erinevad. Omandatud songade diagnoosimisel on oluline anamnees (haavamistel külmrelvaga haava kanali suund, kliinilised sümptoomid haavamise momendil). On väga oluline teada, kas haavamisel tekkis õhkrind (sinisus, lürpiv heli). Sageli esinevad düspeptilised kaebused. Rindkere röntgenoskoopial võib sedastada liitumisi, piirdunud gaasikogumeid, kõhuõõneorganite asetsemist rinnaõõnes. Diafragmasongade pitsumine toimub kiiresti, tuletades meelde strangulatsiooni-iileuse pilti. Kaasuvad tugevad hingamishäired (tsüanoos, sügav hingamine on võimatu tugeva valulikkuse tõttu). Pitsunud diafragmasonga diagnoosimine pole kerge (kui pole nähtude süvenemist). Veelgi raskem on see siis, kui song on kaasasündinud.

R a v i on ainult operatiivne. Parem on diafragmasonga opereerida külmas perioodis. Ligipääs toimub läbi rinnaõõne, kaheksandast, üheksandast roidevahemikust.

XIV peatükk.

MAKSA, SAPIPÕIE JA SAPITEEDE KIRURGILISED HAIGUSED.

Maksa traumad.

Maksavigastusi jaotatakse kinnisteks või nahaalusteks ja lahtisteks, mis tekivad külm- või tulirelvavigastuse tulemusena.

Kõhuõõne organite vigastustest on esikohal maksa traumad. See seletub maksa suure ruumalaga, väikese elastsusega ja vähese liikuvusega. Peale selle toetub maks kogu oma eesmise pinnaga rindkerescinale, mis loob soodsad tingimused tema traumatiseerimiseks.

Maksa traumale võivad olla soodustavateks faktoriteks mitmesugused haigused, mis on haigel praegu või mida ta on põdenud kunagi minevikus (hepatiit, tsirroos, hepatolienaalne sündroom).

Maksa kinniste vigastuste - maksa terviklikkuse katkemise sümptoomiks on valu maksapiirkonnas, raskendatud kõhuhingamine, eriti sissehingamine. Suurematel maksavigastustel esinevad kõhukelme ärrituse nähud, mis simuleerivad peritoniiti. Sellega samaaegselt täheldatakse ka pulsisageduse suurenemist, arteriaalse rõhu langust ja teisi sümptoome, mis on iseloomulikud šokile.

Maksavigastustel esineb tavaliselt verejooks, mille ulatus sõltub maksa kahjustuse ulatusest. Mida tugevamalt on kahjustus välja kujunenud, seda suurem on verejooks. Maksavigastustel võib puududa selgelt kuuldav soolte peristaltika

ja niudepiirkonnas võib üksikutes osades esineda tümpaanilise kõla tumestusi verevalumi tulemusena, kuna see laskub siia oma raskuse tõttu.

Juhul, kui tekib kahtlus maksavigastusele, on näidustatud operatiivne ravi. Kui diagnoos on selge, toimub lõige rööbiti paremale roidekaarele, ebaselge pildi puhul tehakse lõige keskjoonel ja kui tarvis, tehakse sellele lisaks ristlõige paremale. Maksa rebendid õmmeldakse kätgutiga, kasutades maksa haava tamponeerimiseks lihaseid või suurt rasvikut.

Haige raske seisundi puhul on vaja rakendada enne operatsiooni ja operatsiooni ajal šokivastaseid võtteid massilise vereülekande näol (1-1,5 l).

Maksa lahtisi vigastusi täheldatakse kõige sagedamini tulirelvavigastuste puhul. Vigastuse iseloom võib olla mitmesugune, kuid tavaliselt on siiski tegemist rebestus-, mõnikord ka purustushaavaga. Enamikul juhtudest kuuluvad sellised kahjustused raskete hulka.

Maksa sündroomsed haigused.

Paljudel kirurgidel tuleb teha tegemist rea haigustega, mis viivad vereringe häiretele portaalsüsteemis, nn. portaalsele hüpertooniale. Siia kuuluvad maksa-, põrnasündroomiga haigused: värativeeni kokkusurumine tuumorite poolt, mis on lähtunud teistest organitest (kõhunäärmest papilla Vater'i piirkonnas jt.), maksa tsirroos.

Portaalne hüpertensioon annab rea tüsistusi, nendest kõige olulisemaks on astsiit, mao- ja seedetraktiverejooks ja maksa funktsioonihäired.

Hepato-lienaalse sündroomi puhul annab põrna eemaldamine mõnikord pikaajalist remissiooni, soodustades mõnikord isegi tervistumist.

Portaalse hüpertensiooni raviks on ette nähtud rida operatsioone, mida võib üldiselt liigitada järgmiselt:

1. Astsiidivedelikule äravoolu võimaldamine kõhuõõnest (Kalbi, Ruthi jt. operatsioonid).

2. Anastomoosi tegemine alumise õõnesveeni ja värativeeni vahel (N.V. Ecki, N.A. Bogorazi jt. operatsioonid).

Käesoleva rühma haiguste hulka kuulub ka värativeenitromboos ja tromboflebiit. Tavaliselt on see haigus sekundaarne ja areneb ligamentum hepatoduodenale piirkonna, mao- ja sooletraktihaiguste tulemusena (apenditsiit, sooleinfektsioon).

Värativeeni ägeda tromboosi sümptoomid on järgmised: järsk valu paremal roiete all, väljakujunenud kõhukelme ärritusnähud, mis lähevad üle peritoniidiks, sellele kaasuva soolte püsiva pareesiga. Nahaalused veenid laienevad (Meduusa" pea).

Trombi infitseerumist iseloomustab haiguse äge septiline kulg. Areneva pilephlebitis'e tulemusena ilmub maksas palju väikseid abstsesse.

Haiguse ülieminekul kroonilisesse staadiumi vereringe häired vaibuvad pisut, kuna arenevad kollateraalringed. Söögitoru- ja maoveenid laienevad.

Maksapõletikud.

Maksapõletikud arenevad infektsiooni tulemusena, mis tungib maksa väga mitmesugusel teel, kõige sagedamini sapi või vereteid kaudu. Kolmas tee on lümfogeenne, ligamentum hepatoduodenale või retroperitoneaalsest piirkonnast.

Põletikud võivad olla ägedad ja kroonilised.

Maksa ägedad põletikud, nagu märgitud eespool, on sekundaarsed. Difuusne hepatiit areneb peente maksajuhade infitseerumisel. Areneb kolangiit, mis põhjustab maksa difuusset kahjustust - hepatiiti. Selle arenemisel tekivad maksas väikesed abstsessid.

S ü m p t o o m i d on järgmised: temperatuuri tõus vappekülmaga, maksa suurenemine, valulikkus paremal roietekaare all, kollasus. Abstsesside arenemisel võtab haigus ägeda septilise iseloomu.

R a v i seisneb põhihaiguse ravis. Kui haigus areneb kolangiidinähtudega, siis on vajalik dreenida ühissapijuha.

Maksa-abstsess areneb tavaliselt sekundaarselt. Tema kõige sagedasemaks põhjuseks on apenditsiit, äge kolangiit ja maksavigastused.

Täheldatakse ka maksa düsenteerilisi abstsesse, peamiselt amöboidse düsenteeria puhul.

Maksa-abstsesse võib esineda nii üksikult kui ka hulgaliselt. Nende mikrofloora on mitmekesine. Sageli esineb soole mikrofloora. Hilinenud juhtudel võib abstsess murduda läbi vabasse kõhuõõnde või subdiafragmaalsesse ruumi.

Maksa-abstsessi sümptoomid sõltuvad tema asukohast. Mida tsentraalsemal asetseb abstsess, seda nõrgemalt on kujunenud välja paiksed sümptoomid.

Maksa-abstsessi puhul ilmuvad valud paremal roiete all. Valud on pakitsevad ja tugevnevad palpeerimisel. Haiged köhnuvad pidevalt, neil ilmub mullakarva näovärv. Temperatuur tõuseb, olles mõnikord hektilise iseloomuga. Temperatuuri tõustes võivad esineda ka vappekülmad.

Objektiivsetest nähtudest paelub tähelepanu pisut suurenenud valulik maks, kusjuures valulikkus on eriti välja kujunenud kuuendas, seitsmendas, kaheksandas ja üheksandas roidevahemikus paremal poolel, eesmisel aksillaarjoonel. Väikese abstsessi sügava asendi puhul võivad need sümptoomid puududa.

Röntgenoloogiliselt iseloomustab suurt abstsessi peale maksa suurenemise veel piirdunud ovaalne esilevõlvuvus maksa ülemisel pinnal. Kudede lagunemisel ja gaasi tekkel on röntgeniülesvõttel nähtavad gaasimullid.

Vere uuringul täheldatakse kõrget leukotsütoosi väljakujunenud neutrofiilide nihkega vasemale, mis juhib tähelepanu mädase protsessi olemasolule.

P r o g n o o s maksa-abstsessi puhul on alati suhteliselt halb.

R a v i on ainult operatiivne. Kunagi ei tohi teha enne operatsiooni proovipunktsiooni. Amöboidse düsenteeria puhul soovitatakse ravi emetiiniga (ööpäevane doos 0,1, ühekordne 0,05).

Maksa ehhinokokk.

Maks on organiks, kus ehhinokokki esineb kõige sagedamini. See seletub sellega, et inimestel toimub nakatumine peamiselt seedetrakti kaudu.

Ehhinokokk kuulub paelusside hulka. Ta areneb keeruliselt. Arengu esimene faas toimub vaheperemehe organites tsüsti kujul, teine faas pärisperemehe sooles paelussi kujul. Vaheperemeesteks ehhinokokile võivad olla: inimene, suured sarvloomad, hobune, lammas, siga. Pärisperemeheks on koer.

Paeluss areneb koera peensooles. Tema küpsemisel esineb väljaheites massiliselt mune. Organismist väljumisel reostavad nad looma karvu ja esemeid, millega loom kokku puutub. Reostatud toiduainete ja joogiveega satuvad munad inimese seedetrakti, kes hakkab vaheperemeheks. Inimese sooles lahustuvad muna kestad ja vabastatud idu tungib värativeeni kaudu maksa. See on peamine nakatumise moodus.

Peale selle võib nakatumine toimuda ehhinokoki munade sissehingamisel karjamaal, seepärast esinevad sarvloomadel ja lammastel tsüstid kõige sagedamini kopsus. Peale selle on olemas veel nakatumisoht haavade kaudu ehhinokoki operatsioonidel.

Tsüstiline ehhinokokk.

Peale ehhinokoki idu sattumist maksa hakkab sellest arenema tsüst. Tsüst kasvab väga aeglaselt - aastakümnetega. Dévé, Madelung jt. näitasid, et enamik ehhinokoki kandjatest nakatuvad juba lapseeas.

Nende ehhinokoki lokalisatsioonide puhul, kus sümptoomid ilmuvad varakult (aju ja klaaskeha ehhinokokk) diagnoositakse haigust juba lapseeas.

Tsüsti ehitus on küllalt keerukas. Ta koosneb kestadest, mis jagunevad kahte kihti, ja ehhinokoki vedelikust, mis täidab tsüsti õõnt. Väline e. kitiinkest ümbritseb tsüsti pantserina. See kiht on algul õrn ja läbipaistev, täiskasvanud tsüstil aga tihe, piimja värvusega. Vananedes ta muutub kol-

lakaks ja kortsub. Seesmine kiht on idukiht. Temas arenevad päised ja tütarpõied. Päised eemalduvad idukihist ja moodustavad tsüsti põhjas sademe - "liiva". Nad säilitavad oma eluvõime ka idukihist eraldununa ja isegi väljaspool tsüsti. Täheldatakse ka sugutuid tsüste, s.o. selliseid tsüste, mille idukiht ei kanna mingeid arenguelemente, kuigi tsüst suureneb. Tütarpõied, kapsli idukiht kui ka päised võivad areneda iseseisvalt, ilma et nad läheksid üle paelussistaadiumisse. Sellega seletubki sekundaarse ehhinokoki areng samas organismis (maksa tsüsti perforatsioonil külv kõhuõõnde).

Surve tulemusena areneb maksas parasiidi ümber tihe fibroosne kapsel, mis ei kuulu parasiidile, vaid parasiiti kandvale organismile.

Ehhinokoki vedelik on vaheperemehe vere produkt. Ta on peaaegu värvitu ja sisaldab sooli, viinamarjasuhkurt, merivaikhapet ja muud. Peale selle on vedelikus veel spetsiifilisi aineid, mille olemasolu tehakse kindlaks komplemendi sidumise reaktsiooniga (Weinberg) või paikse anafüllaktilise reaktsiooniga (Katzson, Botteri).

Ehhinokoki põied maksas võivad olla mitmesuguste mõõtmetega: kõige pisemast (tavaliselt mitte diagnoositud) kuni hiigelsuurteni, kus tsüst täidab peaaegu kogu kõhuõõne, simuleerides astsiiti. Tavaliselt on tsüste üks, kuid neid võib olla ka enam (8%).

Ehhinokoki tsüsti asend maksas võib olla erinev. Kõige sagedamini haigestub parem sagar, kuna parempoolne värativeeni haru on suurem ja selle kaudu satub idu sagedamini maksakoesse. Maksas võivad tsüstid asetseda subdiafragmaalses osas, eesmisel serval, alumisel pinnal ja tsentraalselt. Tsüsti asukohast sõltub haiguse sümptomatoloogia ja võimalikud tüsistused.

Tavaliselt nihkub tsüst suurenedes ettepoole, kusjuures on palpeeritav kerakujuline tuumor maksapiirkonnas. Tuumor on hingamisel liikuv, pingul, elastse konsistentsiga. Kui tsüst surub sapiteedele, võib esineda ka kollasus. Surve värativeenile põhjustab astsiiti. Koputades käega tuumorile, on mõnikord

võimalik tunda teise, tuumorile pandud käega sügavat värinat, fluktuatsiooni. Tsüstid, mis asetsevad diafragma all, tõstavad diafragma üles ja võivad simuleerida eksudatiivset pleuriiti. Tsüstid, mis asetsevad maksa keskel, annavad sellele üldise suurenemise pildi. Ehhinokoki hävimisel täitub tsüst lubjaga või armkoega.

Tsüst suureneb, võib perforeeruda ja kogu selle eluvõimeline sisu valgub kõhuõõnde. Selliseid tsüsti perforatsioone esineb Dévé andmeil 14%, Nadeždini andmeil 22% kõikidest maksa ehhinokokkidest. Peale tsüsti perforatsiooni ilmuvad anafüllaktilise šoki nähud (okse, kõhulahtisus, nõgestõbi, südametegevuse häired) ehhinokoki vedeliku resorbtsiooni tulemusena. Edasi hakkavad arenema päistest ja idukapslist uued ehhinokoki tsüstid - tütarpõied. Areneb sekundaarne kõhuõõne ehhinokkoos.

Maksa ehhinokoki d i a g n o o s i m i n e ei ole tavaliselt raske, kui tsüst asub aga sügaval maksa koes, võib see osutuda ka raskeks. Anamnees, haige elamine eriti ehhinokokirikastes rajoonides, kontakt koertega ja kariloomadega aitab sageli selgitada haiguse tõelist päritolu. Eosinofiilide arvu suurenemine veres ei ole sugugi spetsiifiline ehhinokokile ja ta võib kinnitada diagnoosi ainult siis, kui on olemas ka teised sümptoomid.

Kiiresti aitab ehhinokokki diagnoosida bioloogiline proov. Eriti kehtib see Katzsoni reaktsiooni kohta, mis seisneb selles, et süstitakse naha sisse tilk looma ehhinokoki põiest saadud tsentrifugeeritud vedelikku. Positiivse tulemuse puhul saadakse süste kohal tüüpiline punetus ja mõnikord ka villikene. See reaktsioon annab õigeid tulemusi 90% juhtudest. Komplemendi sidumise reaktsioonil kasutatakse antigeenina ehhinokoki põie vedelikku. Reaktsioon on positiivne ka kõikide teiste organismis olevate paelusside puhul.

Üheks raskemaks tüsistuseks on ehhinokoki tsüsti mädanik. See võib tulla peale grippi, samuti ka peale kõhu- või tähnilist tüüfust. Mac Laurini järgi mädaneb kuni 14% kõikidest ehhinokoki tsüstidest. Mädaneva ehhinokoki kliinilised

sümptoomid on samad mis maksa abstsessi puhulgi.

Maksa ehhinokoki r a v i on võimalik ainult operatiivsel teel. Põhiline ülesanne on tsüsti eemaldamine. Ühel juhul eemaldatakse ta koos fibrooskapsliga, teisel juhul ilma selleta.

Tsüsti eemaldamisel on vaja tarvitusele võtta ettevaatusabinõud, et vältida tsüsti sisu sattumist vabasse kõhuõõnde. Tsüsti lahtipreparеerimisel tuleb see marlitampoonidega hoolikalt piirata vabast kõhuõõnest. Seejärel punkteeritakse tsüsti torakaariga ja eemaldatakse selles olev vedelik. Tsüsti õõnde viiakse 1%-list formaliinilahust glütseriinis, et surmata kõik eod ja alles peale selle avatakse tsüst, eemaldatakse kitiinkest ja kõik tütarpõied. Fibrooskapsel õmmeldakse, samuti õmmeldakse ka kõhuseinad. (A.A. Bobrov, S.I. Spassokukotski).

Juhul, kui tekib õõne mädanemisoht või on karta, et sisu koguneb sappi, soovitatakse tsüsti õõne seinad fikseerida õmblustega kõhuseinte külge.

Kahemomentse meetodi puhul kutsutakse esile liited parietaalse ja vistseraalse peritoneum vahel. Selleks jäetakse mitmeks päevaks haava marlitampoon ja alles peale liidete teket avatakse ja puhastatakse välja tsüst. Seda meetodit kasutatakse eriti mädanevate ehhinokokkide puhul. Loiult areneva põletiku, s.o. vähe virulentse infektsiooni puhul kasutatakse ühemomentset operatsioonimeetodit ja isegi õmmeldakse haav kinni.

N.I. Napalkov loeb parasiitide eemaldamist kirjeldatud meetodil mitte küllalt radikaalseks ja soovitab teda eemaldada koos fibrooskapsliga. Selle operatsiooni puhul on sagedaseks, mõnikord isegi surmavaks komplikatsiooniks verejooks, mis tekib fibrooskapsli eraldamisel maksakoest. Ta on kergemini teostatav vasemas sagaras, kuna siin võib eemaldada ka kogu sagarat, on aga väga riskantne sügaval paremas sagaras, kus ehhinokokk tavaliselt just asetseb.

Operatsioonijärgne suremus ehhinokoki puhul kõigub mitte komplitseerunud juhtudel 7-9%, komplitseerunud juhtudel, kui

neid ravitakse lahtisel meetodil, samuti ka mädanevate ehhinokokkide puhul ulatub see 17-19%.

Alveolaarne ehhinokokk.

Erinevalt tavalisest ühekambrilisest ehhinokokist kaldub alveolaarne ehhinokokk infiltratiivsele kasvule (pahaloomuliste kasvajate tüüpi). Ta infiltreerib koed ja naaberorganid, hävitades neid ja andes metastaase ka kõige kaugematesse organitesse. Tsentrumis moodustub lagunev kolle. See erinevus lubas N.F. Melnikov-Razvedenkovil, Dévél jt. autoritel arvata, et haigust ei põhjusta tavaline, vaid alveolaarse ehhinokoki tekitaja, mis erineb täiesti tavalise tsüstilise ehhinokoki tekitajast.

Alveolaarne maksa ehhinokokk kujutab endast ebakorrapärast krobelist väga tiheda konsistentsiga tuumorit. Tuumor ei anna end kaua aega millegagi tunda. Hiljem tekib surve ja raskustunne rinnaaluses piirkonnas. 80-90% juhtudest kaasub haigusega kollasus.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb arvesse maksa tsirroos, vähk ja süüfilis. Katzsoni reaktsioon on kirjanduse andmeil positiivne, samuti ka antigeeni reaktsioon alveolaarsele ehhinokokile. S.I. Spassokukotski kliinikus saadi positiivset Katzsoni ja antigeeni reaktsiooni ka tsüstilisele ehhinokokile.

Alveolaarse ehhinokoki aeglane areng (6-10 a.) muudab prognoosi palju paremaks, kui see on pahaloomuliste kasvajate puhul. Samuti on ka operatsioonidel, kui need on tehtud varases staadiumis, paremaid tulemusi.

R a v i seisneb alveolaarse ehhinokoki eemaldamises terve koe piirilt. Operatsiooni on võimalik teostada vasema sagara ehhinokoki puhul, parema sagara puhul on see võimalik ainult varases staadiumis, kus haigus sageli on avastatud juhuslikult.

Maksakasvajad.

Maksakasvajad võivad olla nii hea- kui ka pahaloomulised.

Healoomulised kasvajad.

Maksas esineb side- ja epiteelkoe healoomulisi kasvajaid. Sidekoe healoomulisi kasvajaid (fibroom, lipoom, müksoom) esineb maksas äärmiselt harva. Teatud määrani võib healoomuliste kasvajate hulka lugeda ka veretsüstid, mis arenevad nähtavasti varem esinenud verevalumi kohal. Neid täheldatakse harva, sagedamini kavernoome, kavernoosseid kasvajaid. Tavaliselt esinevad need vanemas eas. Selliste tuumorite traumatiseerimine võib viia tugevatele verejooksudele. Healoomulisi epiteliaalseid kasvajaid on samuti harva, kuid sõltumata vanusest. Nad lähtuvad maksa parenhüümist või sapiteedest, esinedes hulgaliselt või üksikute sõlmedena, millede suurus on erinev.

Neid kasvajaid on raske eraldada pahaloomulistest ja lõplik diagnoos pannakse tavaliselt alles peale nende histoloogilist uurimist.

Primaarsete maksa healoomuliste tuumorite diagnostika on raske, kuna nad end mitte millegagi ei avalda. Suurte kasvajate puhul on neid võimalik mõnikord palpeerida läbi kõhuseinte, kuid seda ainult kõhnadel inimestel.

Pahaloomulised kasvajad.

Maksavähk võib olla primaarne kui ka sekundaarne (metastaas). Primaarse vähi esinemissagedus maksas kõigub 0,16-1,02% piirides kõikidest vähkkasvajatest. Palju sagedamini esineb sekundaarne maksavähk (B.S. Finkelsteini andmeil 1:60).

Morfoloogiliselt lähtub primaarne vähk maksaparenhüümist (pahaloomuline adenoom - hepatoom) või rakkudevahelistest sapiteedest (cholangioma). Viimased kuuluvad tavaliselt adenokartsinoomide hulka ja iseloomustuvad sageli rohke lima eritusega.

Hilinenud juhtudel on primaarne vähk raskesti eraldatav metastaasidest. Primaarne vähk on suurem, on keskelt nekrotiseerunud, krobeline, palpeerimisel kõva. I.V. Davõdovski eraldab "massiivset" vähki ja vähi tsirroosi.

V.N. Samov jt. arvavad, et maksa primaarne vähk areneb maksa tsirroosi taustal, mõnikord peale traumat. Kliiniliselt areneb maksa primaarne vähk varjatult, ta võib aga areneda ka välkkiirelt, viies haige surma 1-2 kuuga. Neil juhtudel täheldatakse temperatuuri tõusu, kollasust, nõrkust, kõhnumist, iiveldust ja haiguse viimases järgus ka oksendamist.

Pikaldasele haigusele on iseloomulikud püsivad valud paremal, roidekaare all, mis sageli ilmuvad peale ebakorrapärast söömist. Sageli peetakse primaarse maksavähi sümptoome hepatoholetsüstiidi sümptoomideks. Väga sageli osutub maksa primaarne vähk juhuslikuks leiuks operatsioonil.

Kui esineb hästi isoleeritud pindmiselt asetsev kasvaja sõlm, võib teda eemaldada elektrinoaga.

Sekundaarsed pahaloomulised kasvajad esinevad maksas sageli. Primaarselt kahjustatud organiks osutub seejuures kõige sagedamini magu.

Healoomuliste kasvajate puhul on prognoos hea. Isoleeritud tsüstadenoomid kuuluvad eemaldamisele, samuti ka tavalised adenoomid, kuna need võivad üle minna pahaloomulisteks.

Leides maksas kõva tuumorit, eriti, kui see on konarliku pinnaga, tuleb mõelda pahaloomulisele kasvajale, samuti aga ka ehhinokoki ja gumma võimalusele.

Prognoos maksa pahaloomuliste kasvajate puhul on halb.

Sapipõie ja sapiteede kirurgilised haigused.

S a p i p õ i e t r a u m a d esinevad tavaliselt koos teiste organite vigastustega, eriti maksavigastustega. P r i m a a r n e s a p i p õ i e v ä h k on äärmiselt haruldane haigus. Operatsioone teostatakse peamiselt sapipõiepõletiku tõttu ja vähk avastatakse juhuslikult operatsioonil või alles patohistoloogilisel uuringul.

Düskineesia.

Sapipõie- ja sapiteede haiguste seas eraldatakse rühma nn. düskineetilisi haigusi, mille puhul tavaliselt ei esine põletikulisi muutusi. Siia kuuluvad: sapi pais sapipõies, sapipõie- ja sapiteede spasmid.

Kõige sagedamini esineb pais sapipõies. Selle all mõistis Aschoff suurenenud sapipõit ilma vähimategi muutusteta selle seinas. Avaldades käega survet sellisele sapipõiele, tühjeneb see kergesti, kuid peale mehhaanilise surve lõppemist täitub ta uuesti. Sapipõiesein on pehme, lõtv.

S.I. Spassokukotski arvates on sapipõie pais kaksteistsõrmiksoolesisese rõhu tõusu tulemus (duodenostaas). Teised autorid kalduvad arvamusele, et haiguse peamiseks põhjuseks on sapipais. Kliiniliselt avaldub sapipõie pais lühiajalistes koolikutes, millega ei kaasu temperatuuri tõusu.

Sapipõie paisu diagnoositakse tavaliselt alles operatsioonil, mida teostatakse arvatava koletsüstiidi tõttu. Sapipõie eemaldamine tema paisu puhul on vastunäidustatud.

Koletsüstiit ja sapikivitõbi.

Sapipõiepõletik võib esineda ilma, et temas oleks kive (nn. kividevaba koletsüstiit), samuti võib ta aga esineda ka koos kividega (kividega koletsüstiit). Kividega koletsüstiit jaguneb omakorda infitseerituks ja infektsioonivabaks. Enamik sapipõie- ja sapiteede haigusi on seotud infektsiooniga.

Koletsüstiiti ilma sapikivideta esineb sageli (A.D.Otškini andmeil 24,3% kõikidest koletsüstiitidest). Tuleb märkida, et kivid võivad sapipõies olla ka ilma igasuguste sümptoomideta. Sellist leidu täheldavad patoloog-anatoomid sageli. Enamikul juhtudest ilmuvad sapikivitõve sümptoomid alles koos infektsiooniga.

Sapikivide sagedane esinemine koos sapipõiepõletikuga annab õiguse teha järeldust, et sapikivid on üheks soodustavaks faktoriks infektsiooni arengul. Juba sapipõie arenenud infektsioossetel kahjustustel on kivid kaheldamatult ainult kõrvalise tähtsusega.

Infektsiooni sissepääsuteed on järgmised: 1. Ülenev tee. Infektsioon tuleb kaksteistsõrmiksoolest sapiteid kaudu ja võib levida samaaegselt ka kõhunäärmele. 2. Alanev tee. Infektsioon satub sapiteedesse ja sapipõide maksast, maksa aga suure vereringe arteriaalse süsteemi kaudu. Neil juhtudel on mikroflooraks tavaliselt mäda tekitajad (stafülokokid ja streptokokid). Kui infektsioon satub maksa värativeeni kaudu, esineb siin peamiselt soole mikrofloora. 3. Kolmas tee on lümfogeenne tee. Infektsioon satub sapipõide kahjustatud organitelt neid ühendavaid lümfiteid kaudu.

Mikroobide olemasolu ei tähenda veel, et on tegemist sapipõie- ja sapiteede põletikuga. Infektsiooni puhang on võimalik ka pikka aega peale mikroobide tungimist sapipõide. Infektsiooni arenguks on vajalikud veel soodustavad faktorid, neist peamine on sapi pais. Ainult nende faktoritega kombinatsioonis algab sapipõie- ja sapiteede põletik. Sapi pais võib olla põhjustatud paljudest faktoritest, nende hulgas ka pais sapipõies ja sphincter Oddi spasm.

Sapipõiepõletik iseloomustub mitmesuguste morfoloogiliste vormidega, mida võib jagada kolme rühma: 1) katarraalsed, 2) flegmonoossed ja 3) destruktiivsed koletsüstiidid.

Sageli esinevad need vormid koos. Neil juhtudel loetakse teda kõige raskemate kahjustustega koletsüstiidi ruhma. Näiteks: kui üldise katarraalse põletiku puhul esinevad sapipõies ka flegmonoossed muutused, mis võivad olla ka väga väikesed, loetakse teda flegmonoossete sapipõiepõletikkude hulka.

K a t a r r a a l s e t e l vormidel on sapipõie seerooskiht hüpereemiline. Sapipõies on seroosset või seroos-limast vedelikku. Limaskestal võib leida ümar-rakulisi infiltraate. Põletikuline protsess piirdub tavaliselt ainult limaskestaga ja haiged paranevad ilma operatiivse vahelesegamiseta. Prognostiliselt on see sapipõiepõletiku vorm kõige parem.

F l e g m o n o o s s e vormi puhul esineb tugev seerooskesta hüpereemia ja turse. Põletikust on haaratud kõik sapipõieseina kihid. Esineb ka mädane eksudaat ja sapipõis võib liituda naaberorganitega. Tugevad liited võivad põhjus-

tada mõnikord isegi valude retsidiive ka peale selle, kui sapipõis on juba eemaldatud.

D e s t r u k t i i v s e t e vormide puhul, nii nagu see selgub juba nimetusest, esineb sapipõieseinas nekroos (gangrenoossed osad), mis tekib verevarustuse häirete tulemusena, kuna sapipõie veresoontes on paisnähud ja esinevad ka trombid. See sapipõiepõletiku vorm annab sageli perforatsioone ja lõpeb peritoniidiga. Sapipõieperforatsioon võib toimuda ka lamatise tulemusena, mida põhjustavad sapikivid.

Erilist tähelepanu väärib nn. sapiperitoniit ilma nähtava perforatsiooniavata. Seda põhjustab sapi läbiimbumine sapipõieseinast väikestel pindmistel sapipõievigastustel ja mõnikord ka mikroperforatsioon, mida on raske leida.

Sapipõie p e r f o r a t s i o o n kaetakse sageli lähedal asetseva lig. hepato-duodenale ja kaksteistsõrmiksoole poolt, samuti ka jämesoole, flexura hepatica poolt. See viib tavaliselt protsessi heale piirdumisele.

Sapikivitõbi võib esineda ilma põletikuliste nähtudeta ja kahjustusteta sapiteedes. Esinevad valud võivad olla puhtreflektoorsete spasmide tulemuseks, mis tekivad kivide pitsumisel. Paljudel inimestel, kelledel puuduvad igasugused haigusnähud, on leitud sapiteedes sapikive.

On rida teooriaid, mis selgitavad sapikivide teket.

Üheks soodustavaks momendiks on liigne söömine, seepärast esinevad sapikivid sagedamini inimestel, kelledel on kalduvus paksuks minna.

Varem arvati, et kive moodustavaks faktoriks on sapi paisule kaasuv põletik. See teooria ei suuda aga seletada sümptoomidevabade sapikivide olemasolu, samuti ka mitte sapikoolikute esinemist ilma infektsioonita.

Teised autorid peavad sapikivi tekitavaks faktoriks ainult sapi paisu. Kolmandad näevad haiguse põhjusena suurenenud kolesteriini sisaldist veres.

Sapikivide arv võib olla erinev.

Ühel haigel näiteks on eemaldatud sapipõiest 512 kivi.

Sapikivid on kujult ja keemiliselt koostiselt erinevad.

Oma koostiselt jagunevad nad kolme rühma:

1. Kolesteriinkivid vähese lubja- ja pigmendisisaldusega. Nad on tavaliselt valget või kollakat värvust. Lõikepind on kirju ehitusega. Nad põlevad ja on vees mittelahustuvad.

2. Segakivid, koosnevad holesteriini, bilirubiini ja kaltsiumi segust. Lõikepind on kihiline, tuletab meelde puud. Enamikus esinevad nad hulgaliselt.

3. Pigmentkivid, mis peaaegu ei sisalda kolesteriini. Nad koosnevad lubjasooladest ja bilirubiinist, on väikese läbimõõduga, musta või tumevioletse värvusega. Neid esineb suhteliselt harva, kuid hulgaliselt.

Sapikivitõbi, millega ei kaasu infektsiooni, kulgeb ilma põletikuliste sümptoomideta. Tavaliselt esineb haigel koolik, mida iseloomustavad teravad valud. Sageli ei lokaliseeri haige neid valusid täpselt. Peale selle, kui kivi on läbinud sapijuha, vaibub koolik. Arvatakse, et nende valude aluseks on sapipõie- või sapiteede spasm, sõltuvalt sellest, kus kivi on pitsunud. Valu on terav, rebiv, pakitav. Ataki kõrgpunktil võib olla ühekordne või ka korduv oksendamine. Kunagi ei täheldata ulatuslikke peritoneaalärrituse nähte. Isegi pinge paremal roietekaare all pole tavaliselt välja kujunenud. Temperatuur on subfebriilne. Verepilt pole peaaegu muutunud.

Sapikivikooliku atakk võib anda stenokardia kliinilisi sümptoome, seda eriti inimestel vanemas eas. Sellele nähule juhtis tähelepanu juba Botkin.

Peale ataki esineb haigetel puhitustunne. Ägeda hoo ajal võib täheldada paremal roietekaare all kaitserefleksi, mis pole põhjustatud mitte niivõrd patoloogilistest muutustest kui teadmisest, et uurimine suurendab valu.

Vaheaeg üksikute atakkide vahel on mõnikord pikk, hood võivad aga järgneda üksteisele väga lühikeste ajavahemikkude järele. Nad kurnavad haige täielikult, muutes ta töövõimetuks. Need sageli korduvad hood esinevad tavaliselt soolitaarsete kivide puhul, mis perioodiliselt pitsuvad sapipõiekaelas, pöördudes seejärele uuesti tagasi oma lähteasendisse.

Püsivad pitsumised võivad viia sapipõie sisu muutustele, sapi koostisosade imendumisele. Vedeliku kogunemisel sapipõide (vere transudaat), venitatakse välja sapipõis. Tema seinad õhenevad, ta suureneb kiiresti ja muutub hästi palpeeritavaks läbi kõhuseinte. Sellist seisundit nimetatakse sapipõievesitõveks (hydrops vesicae felleae). Tavaliselt kaebavad haiged raskustunde üle paremal roietekaare all. Senini pole veel selge, kas sapipõievesitõbi kulgeb alati ilma infektsioonita või mitte. Põhjuseta ei arva A.D. Otškin, et sapipõievesitõbi kulgeb ilma infektsioonita, sest sapipõit täitev vedelik pole tavaliselt mitte eksudaat, vaid transudaat, mis eritub sapipõieseintes tekkiva paisu tulemusena. Peale selle puudub selle haiguse puhul ka kõhukelme reaktsioon (liited).

R a v i on operatiivne ja seisneb sapipõie eemaldamises.

Infektsioonita sapiteede kivitõve kliinilist pilti iseloomustavad atakid tugevate valudega. Ühissapijuha sulgus annab pisut teisi sümptoome. Esineb kerge kollasus, väljaheide on akooliline. Kui kivi läheb juba edasi kaksteistsõrmiksoolde, kaovad kõik kliinilised pitsumisnähud, sealhulgas ka kollasus.

Real juhtudest kiilub kivi papilla Vater'isse. Sellisel juhul püsib kollasus, kuigi koolikunähud kaovad.

Anamneesis esinevad perioodilised sapikivikoolikud annavad õiguse eitada kõhunäärmekasvajat. Haiged, kes kannatavad kivide pitsumise all, kõhnuvad vähe. Mitteinfektsioossetel sapikivitõve juhtudel puuduvad põletikulised muutused: pole välja kujunenud kõhukelme ärritust, isegi mitte paremal, roietekaare all. Temperatuur on subfebriilne või normi piirides. Muutused veres pole nimetamisväärsed. Sapipõie suurenemist esineb harva.

Peamiseks ja kõige raskemaks tüsistuseks sapikivitõve puhul on <u>obturatsiooni-ikterus</u> (selliseks kollatõveks nimetatakse kõiki ikterusi, mis arenevad sapiteede sulguse tulemusena). Pika kestusega kollatõbi mõjustab vere füüsilisi omadusi, vähendades hüübumist ja luues kalduvuse veritsemistele, mida ni-

metatakse koleemiliseks, kuna ta on põhjustatud sapi tekke ja erituse häiretest.

R a v i on tavaliselt operatiivne, seisnedes kivi eemaldamises sellele järgneva sapiteede drenaažiga.

Järgmine, praktiliselt sapiteede haiguste põhigrupp, on sapipõie- ja sapiteede põletikud (s.o. haigused, milledega kaasub infektsioon). Tuleb märkida, et see, kas esineb sapipõies ja sapiteedes kive või mitte, pole olulise tähtsusega. Põhiline, nagu juba eespool tähendatud, on infektsiooni olemasolu.

Enamikul juhtudest kulgeb sapikivitõbi koos põletikuga, eriti sapipõies.

Sapiteede põletikuliste protsesside kliiniline pilt on väga mitmepalgeline. See viis mitmete klassifikatsioonide loomisele.

S.P. Fjodorov peab kõige sobivamaks järgmist jaotust:

I. Sapipõiepõletikud:
   1. Äge primaarne koletsüstiit.
   2. Krooniline, mittetüsistunud, retsidiveeruv koletsüstiit.
   3. Komplitseerunud, retsidiveeruv koletsüstiit.
   4. Sapipõiesklerooos.

II. Sapiteedepõletikud:
   1. Alaäge kolangiit.
   2. Äge kolangiit.
   3. Mädane kolangiit.

A.D. Otškin soovitab lihtsamat skeemi.

A. Äge koletsüstiit:
   1) katarraalne,
   2) flegmonoosne,
   3) destruktiivne.

B. Komplitseerunud, retsidiveeruv koletsüstiit.

C. Kolangiit:
   1) äge kolangiit,
   2) krooniline retsidiveeruv kolangiit.

Äge koletsüstiit algab järsku, ägedate valudega. Kui esinevad ka kivid, on valud koolikutaolised. Valud lokaliseeruvad paremal, roiete all, levides mõnikord üle kogu kõhu poole. Sageli kiirguvad valud ka selga, abaluu alla.

Täheldasime üht haiget, kellel tugev koletsüstiidiatakk algas põletava kuuma tundega parema abaluu all.

Ataki kõrgpunktil täheldatakse sapi- või limasegust okset. Pulsisagedus on suurenenud. Kauakestvate valude puhul, kui atakk venib pikale, arenevad ka südametegevuse häired.

Uurimisel sedastatakse tugevalt väljakujunenud valulikkust paremal roietekaare all. Lihaste kaitserefleks ja Blumberg Stšotkini sümptoom on eriti välja kujunenud paremal, roiete all. Mõnikord täheldatakse teatud kõhuseina esilevõlvuvust, mis seletub soolte pareesiga.

Verepilti iseloomustab leukotsüütide arvu tõus ja nihkumine vasemale. Mida suurem on neutrofiilide nihkumine vasemale, seda suurema tõenäosusega võib oodata sapipõies flegmonoosseid kahjustusi.

Ägeda koletsüstiidi puhul asenduvad esimesel või teisel päeval koolikutaolised valud tumedate valudega. Mõnikord esineb ka palpeeritav infiltraat. Haiguse kestus pole alla 10-16 päeva. Neil juhtudel, kui on tegemist destruktiivse protsessiga, pikeneb haiguse kestus mitmele nädalale.

Protsessi vaibumisel langeb temperatuur, väheneb leukotsütoos jne. Kerge valulikkus säilib veel kaua.

Arvestades seda, et ülalkirjeldatud kliiniline pilt esineb kõige sagedamini flegmonoosse koletsüstiidi puhul, viib regeneratsioon sapipõie ja sapiteede seinte armistuvatele muutustele ja need kordituvad (negatiivne Courvoisier sümptoom).

Courvoisier sümptoomi mehhanism on järgmine: kui kivi ductus hepaticus'es rõhub ductus cysticus'ele, kuid ei lüli seda välja, sapipõis kontraheerub. Kivi ductus hepaticus'e ülemises osas kutsub esile mehhaanilise ikteruse: sapipõis on vaba sapi juurdevooluks, kuid ta ei täitu. Kasvaja ühissapijuha alumises osas katkestab sapi väljapääsu juhadest ja sa-

pipõiest ja need on välja venitatud. (Positiivne Courvoisier sümptoom) (N.I. Leporski). Viimasel juhul areneb kollasus ilma atakkideta.

Retsidiveeruva koletsüstiidi puhul põhjustavad patoloogilisi muutusi ja rikuvad normaalseid anatoomilisi olukordi pika kestusega atakid.

T ü s i s t u s e d sõltuvad suurel määral sapipõies tekkivate muutuste iseloomust. Flegmonoossete ja destruktiivsete vormide puhul on perforatsioonioht vabasse kõhuõõnde ja naaberorganitesse, eriti kaksteistsõrmiksoolde. Nende vormide puhul võivad tekkida maksas ka mädakolded kas üksikult või hulgaliselt.

Raskete ägedate koletsüstiitide, eriti destruktiivsete vormide puhul võib alaneva infektsiooni tõttu tekkida kõhunäärmepõletik, mis võib minna kuni nekrotiseerumiseni.

R a v i ägedate koletsüstiitide puhul, kui ilmuvad protsessi peritoneumile ülemineku nähud, on möödapääsematu operatiivne vahelesegamine. Operatiivset ravi tuleb teostada ka haigetel retsidiveeruvate koletsüstiitidega.

Sapipõie eemaldamist võib alustada kaelaosast või põhjaosast. Enamik operatsioone teostatakse viimasel viisil. Peale sapipõit katva peritoneumi läbilõikamist vabastatakse põis subseroosselt kuni sapipõiejuhani. Viimane ligeeritakse, kusjuures on soovitav ligeerida eraldi sapipõiearter. Peale sapipõie eemaldamist peritoniseeritakse sapipõiejuha kõnt ja sapipõie loožl kohal õmmeldakse peritoneum maksaga. Peale operatsiooni soovitatakse jätta sapipõiejuha kõndi lähedusesse dreen ja tampoon, mis piirab loožl muust kõhuõõnest.

Kolangiit.

Kolangiit on kõige sagedamini ägeda koletsüstiidi komplikatsiooniks. Kui ta areneb raskekujulise ägeda koletsüstiidi komplikatsioonina, siis on tema kulg äärmiselt raske ja sellega kaasuvad sapijuhade seinte muutused. Tavaliselt on protsessist haaratud kogu sappi äraviiv süsteem, seepärast nimetatakse teda sellisel juhul angiokoliidiks.

Patoloogilis-anatoomiliselt sedastatakse haavanduvaid protsesse limaskestas. Nekroosid ulatuvad kuni naabruses oleva maksa koeni. Maksas arenevad väikesed abstsessid. Haigus võtab veelgi raskema iseloomu, kui temaga kaasub ühissapijuha sulgus kivi tulemusena. Kliiniline pilt on väga raske: kõrge temperatuur, sagedane defekatsioon, külmavärinad, kiirelt arenev kollatõbi.

Kui kivi läbib ühissapijuha, arenevad tugevad koolikutaolised valud.

Operatsiooniga ei tohi kaua oodata. Tuleb tingimata dreenida ühissapijuha.

Täheldatakse ka, kuigi harva, primaarset ägedat kolangiiti, mis esineb siis, kui ülenev infektsioon levib sapijuhadele, minnes mööda sapipõiest. Kõige sagedamini esineb katarraalne vorm. Kliiniliselt väljendub haigus ebamääraselt: haiglane olek, subfebriilne temperatuur, mõõdukas leukotsütoos, kerge kollasus). Viimast loetakse hepatogeenseks, s.o. põletikuline protsess läheb üle maksaparenhüümile.

R a v i on algul konservatiivne, kuid kui haigus võtab ülalkirjeldatud iseloomu (angiokoliit), on näidustatud operatiivne vahelesegamine ühissapijuha drenaaži näol.

XV p e a t ü k k .

KÕHUNÄÄRMEHAIGUSED.

Kõhunääre asetseb kõhuõõne tagumises seinas, I-III nimmelüli kõrgusel. Tema pea ja keha eesmine pind, samuti ka saba on kaetud peritoneumiga.

Kõhunääre koosneb sagaratest, mis on üksteisest eraldatud sidekoekihtidega. Sellise ehitusega seletub asjaolu, et prot-

sess ei levi mitte alati kogu kõhunäärme ulatuses.

Kõhunäärmekoes on peale tavaliste rakkude, mis produtseerivad pankrease sekreeti, veel suure mõõtmega rakud, nn. Langerhansi rakud. Need asetsevad tavaliselt kõhunäärme sabaosas. L.V. Sobolev vaatleb neid kui antidiabeetilise fermendi valmistamiskohti, kust see satub otse verre. Banting isoleeris hiljem neist rakkudest tugevatoimelise antidiabeetilise aine - insuliini. Kõhunäärmel on seega ka sisesekretoorne funktsioon.

Kõhunäärme traumad.

Kõhunäärmevigastused võivad olla nii kinnised kui ka lahtised. Esimesi esineb väga harva. Nad tekivad nüri jõu toimimisel ülakõhtu - puhvrite vahele jäämisel, masinaga või vankriga ülesõitmisel jne.

Kinnistel vigastustel katkeb kõhunääre teda tabava löögi tagajärjel tugevast väljavenitusest või painutusest. Võimalik, et näärmerebend toimub sellepärast, et ta asetseb tihedas kontaktis selgrooga. Sellega on teatud määrani seletatav ka rebenemiste sagedane esinemine näärme keha osas. Sümptoomid: raske üldseisund, šokinähud, järsud difuussed valud eriti kõhu ülaosas, oksendamine, kõhupuhitus.

R a v i on kirurgiline: laparotoomia, näärme õmblemine ja tampooni sisseviimine.

Lahtised vigastused esinevad külm- ja tulirelvahaavamistel. Sümptoomid: šokk, kõhupuhitus, sage ja nõrga täitumisega pulss.

R a v i on kirurgiline, sama mis kinnistel vigastustel.

Kõhunäärmepõletikud.

Äge pankreatiit.

Ägedaks pankreatiidiks nimetatakse kõhunäärme kahjustust, mis kulgeb ägedate kliiniliste sümptoomidega.

Ägedate pankreatiitide etioloogia ja patogenees pole senini veel täpselt selgitatud. Osa autoreid arvab, et peamine osatähtsus on infektsioonil, mis võib sattuda kõhunäärmesse viimajuha kaudu sapiteedest või kaksteistsõrmiksoolest, samuti ka kõhunäärmevigastustel, lümfogeensel ja hematogeensel teel ja põletikulistelt naaberorganitelt.

Teised autorid arvavad, et infektsiooni osatähtsus on teisejärguline ja peamise tähtsusega on sapi sattumine kõhunäärmejuhasse. Sellisel juhul kahjustub kõhunäärmekude sapi hapete toimel ja seeditakse näärmes aktiveeritud pankrease sekreedi poolt (autolüüs). Mikroobide sissepääs ja paljunemine kahjustatud näärmekoes loovad tingimused ägedaks põletikupuhanguks. Viimasel ajal on saanud valitsevaks teine toodud seisukoht. Kõhunäärme enese seedimine võib põhjustada ulatuslikku kärbust ja isegi sekvestrite moodustumist. Infektsiooni kaasudes tekib kärbunud osas mädanik ja areneb abstsess.

Soodustavaks faktoriks ägedate pankreatiitide tekkel on ainevahetushäired: rasvumine, veresoonte skleroos, maksa- ja sapiteede haigused, mis V.S. Leviti andmeil eelnevad pankreatiitidele 80–90% juhtudest. P.D. Sokolov omistab suurt tähtsust allergilistele seisunditele.

Palju pooldajaid on ka ägeda pankreatiidi tekke neurotroofilisel teoorial. Seda iseloomustab hästi I.G. Rufanov, kes arvab, et hemorraagilise nekroosi aluseks pankreases on veresoonte neurotroofilised muutused (spasm, paralüüs, pais, tromb).

Arvatakse, et sapikivikoolikud võivad esile kutsuda veresoonte spasme pankreases ja selletõttu tuleb otsida kõhunäärme haigestumise põhjust sapikivitõve puhul sellest.

Tähtis koht selle haiguse vahetul algusel on ülemäärasel söömisel. I.P. Pavlovi tähelepanekute kohaselt suurendavad hapud, teravamaitselised lihatoidud kõhunäärme eneseseedimise omadusi. Seos pankreatiidi ja liigsöömise vahel viib selleni, et sageli suunatakse pankreatiidihaiged ravile vale diagnoosiga – toidumürgistus.

Viimastel aastatel avastatakse seoses diagnostiliste meetodite täienemisega ägedat pankreatiiti tunduvalt sagedamini kui varem, kuid ka praegu ulatub lahkdiagnooside protsent mõnedes haiguse staadiumides 70-75%.

Ägeda pankreatiidi esinemissagedus pole eriti suur ja nn. "äge kõht" juhtudest moodustab ta 0,83-1% (V.M. Voskresenski).

Nagu eespool märgitud, pannakse diagnoosi "äge pankreatiit" oma iseloomult väga mitmesuguste kõhunäärmekahjustuste puhul (põletik, trauma, hemorraagia, nekroos). Siit on ka arusaadav, miks soovitatakse rida selle haiguse erinevaid klassifikatsioone.

Kuulsad saksa patolooganatoomid (Lubarsch, Henke), tuginedes ainult morfoloogilistele tunnustele, soovitasid järgmist klassifikatsiooni:

1. Äge katarraalne pankreatiit.
2. Äge parenhümatoosne pankreatiit.
3. Difuusne mädane pankreatiit.
4. Abstsedeeruv pankreatiit.
5. Flegmonoosne pankreatiit.
6. Hemorraagiline pankreatiit.
7. Hemorraagiline pankrease nekroos.
8. Pankrease nekroos.

Palju lihtsam ja ka õnnestunum klassifikatsioon on esitatud I.G. Rufanovi poolt.

1. Steriilsed põletikulised pankreatiidid (hemorraagiline pankreatiit, nekrootiline vorm rasvnekroosiga või ilma selleta).

2. Kõhunäärme abstsessid (mitmesugustes arengufaasides).

D i a g n o s t i k a . Ägeda pankreatiidi diagnoosimine valmistab real juhtudel raskusi. See on seletatav paljude pankreatiidi vormide olemasoluga. Nii täheldatakse kõhunäärmeturse kiiresti taandarenevaid vorme, hemorraagilisi muutusi ja nekroosi. Kliinilised nähud võivad olla väga tormilised ja järsud, sarnanedes maohaavandi mulgustumisele, ägedale koletsüstiidile või ka soole pöördumisele. Nad võivad

olla ka kergemad ja vähe silmatorkavad.

Diagnoosimisel on oluline anamnees, kusjuures sageli on vaja täpselt selgitada mitte üksnes sapikivitõve olemasolu, vaid ka selle iseloom ja kulg. Erilist tähelepanu väärib ka mao- või kaksteistsõrmikuhaavandi penetratsioon pankreasesse (sellest räägivad tumedad valud nimmepiirkonnas).

Lõpuks tuleb arvestada mitmesuguseid infektsioone ja septilisi protsesse kui ägeda pankreatiidi lähtevõimalusi.

Lastel võib olla hematogeense pankreatiidi põhjuseks põetud epideemiline parotiit.

Kõige sagedasemaks ja tüüpilisemaks ägeda pankreatiidi sümptoomiks on valu ja okse. Valu on tavaliselt terav ja piinav, võib olla pigistava iseloomuga, kiirgub õlga, nimmepiirkonda või vasemale roidekaare alla. Valud algavad tavaliselt järsku ülakõhupiirkonnas. Nad võivad olla niivõrd intensiivsed, et viivad haige šokiseisundisse. Järskude valude teke seletub plexus solaris'e ärritusega, millele kõhunääre asetseb anatoomiliselt väga lähedal.

A.M. Fundõler täheldas ägeda pankreatiidi puhul šokki 33%, V.M. Voskresenski 25% haigetest.

Ägeda pankreatiidi puhul täheldatakse harilikult oksendamist. Mida ägedam on pankreatiit, seda sagedasem ja intensiivsem on oksendamine. Oksemassides pole midagi tüüpilist. Algul sisaldab okse värskelt söödut, hiljem võib esineda ka sappi. Esineb kõhulahtisus vahelduvalt kõhukinnisusega. Haiged on rahutud, rabelevad, ei leia endale asendit, karjuvad valude pärast. Mida raskem on näärme kahjustus, seda raskem on ka kliiniline pilt ja haige üldseisund. Temperatuur pole tavaliselt kõrge, ta on kas normaalne või subfebriilne. Küünte all ja nähtavatel limaskestadel täheldatakse ägeda pankreatiidi puhul sageli tsüanoosi.

Pulsisagedus on haiguse algul langenud, hiljem tõuseb. Eriti tuleb silmas pidada seda, et pulsi muutused ei kulge rööbiti temperatuuri muutustega. Mida suurem lahknevus esineb, seda raskem on haige seisund.

Kõhu vaatlusel täheldatakse esilevõlvuvust, eriti ülal-

pool naba. Samas piirkonnas esineb ka valulikkus palpatsioonil. Ägeda pankreatiidi vormidel, isegi nekroosi puhul, ei esine kunagi sellist kõhuseinte seisundit, nagu seda mõeldakse väljenduse all "kõht nagu laud".

Haiguse kaugelearenenud staadiumides levib valulikkus kõigile kõhuseinte osadele (kõikjal täheldatakse positiivset Blumberg-Štšotkini sümptoomi).

Laboratoorsetest uuringutest on kõige olulisem uriini analüüs diastaasile. Kõhuval enamikul juhtudest on diastaas kõrgenenud, kuid selle sümptoomi puudumisel ja teiste kliiniliste sümptoomide puhul ei tohi jätta arvestamata ägeda pankreatiidi võimalust. Diastaasi esinemine uriinis räägib kõhunäärme sisesekretoorsest häirest. Normaalseks tuleb lugeda diastaasi esinemist 16-64 ühiku piirides. Igasugune pankrease sekreedi äravoolu häire põhjustab diastaasi sattumist verre sellele järgneva eritumisega uriinis. S.V. Lobatševa arvates on pankreatiitide puhul diastaasi hulk alati suurenenud, mõnikord isegi väga kõrgete arvudeni. Mikkelson näitas oma töös, et diastaasisisaldise suurenemine võib ägedate pankreatiitide puhul olla 4000-8000,isegi 12 000 ühikut. Ägedatel pankreatiitidel võib diastaasisisaldis olla ka normaalne. V.M. Voskresenski leidis diastaasi kõrgenemist 67% haigetest, kuid 33% oli see normaalne. Seisundi paranemisel langeb diastaasi hulk uriinis kiiresti. Diastaasi hulga langus on võimalik ka haige seisundi halvenemisel, sellistel juhtudel võib see vihjata progresseeruvale pankrease kärbusele.

Tugevalt väljakujunenud näärme turse puhul esineb tavaliselt ka tugev diastasuuria, kuid haige seisund seejuures pole eriti raske. Näärme nõrga turse puhul pole diastasuuria suur, haige seisund jääb rahuldavaks. Destruktiivseid vorme iseloomustab haige raske seisund, kuid diastaas võib olla seejuures vähe kõrgenenud või isegi normaalne.

Valgevere uurimisel ilmneb tavaliselt leukotsüütide arvu suurenemine ja verepildi nihkumine vasemale. Sageli täheldatakse vere suhkrusisaldise suurenemist ja isegi suhkrut uriinis. Nähtavasti sõltub see protsessi raskusest ja tema leviku

ulatusest näärmele. Näiteks: kogu näärme kahjustusel, kui on tegemist tursega, on suhkrupeegel normaalne, mädanikul ja nekroosil on ta aga kõrgenenud (V.M. Voskresenski).

Ägedat pankreatiiti tuleb diferentseerida maohaavandi perforatsioonist, ägedast koletsüstiidist, ägedast soolesulgusest, soolekinnisti veresoonte tromboosist, mürgistusest, ägedast apenditsiidist.

Ägedale koletsüstiidile on iseloomulik valude lokalisatsioon, samuti ka valulikkuse piirdumine paremal, roidekaare all. Diastaasi väärtused on normaalsed.

Maohaavandi perforatsioonil algavad järsku tugevad teravad torkavad valud. Haige on liikumatu, kõht sissetõmbunud, "kõva nagu laud". Oksendamine tavaliselt puudub, diastaas pole kõrgenenud.

R a v i võib ägeda pankreatiidi puhul olla nii konservatiivne kui ka operatiivne. Kui oksendamine väheneb või täielikult lakkab, on kõhusein valulik ainult nabast kõrgemal, keel on niiske, pulsisagedus on aeglane (alla 100 löögi minutis), siis ei tule operatsiooniga rutata. Haigele tuleb määrata 1 ml atropiinilahust (1:1000), jätta ta toiduta, süstida lihastesse 400 000 Ü penitsilliini ööpäevas (100 000 Ü 4 korda päevas, iga 6 tunni järele).

Kui haiguse sümptoomid süvenevad, pulsisagedus suureneb, keel muutub kuivaks, valulikkus kõhus levib, on vajalik operatiivne vahelesegamine. Arvestades haige rasket seisundit, on kõige parem teostada operatsioon paikse tuimastusega või vähemalt alustada paikse tuimastusega. Kõhuõõneelunditest hea ülevaate saamiseks kasutatakse kesklõiget. Hemorraagilise vedeliku või rasvnekrooskollete leid, mis tavaliselt on suures rasvikus, kinnistis või seinapidises kõhukelmes, on iseloomulikud ägedale pankretiidile. Nende sümptoomide puudumisel ei tohi aga teha järeldust, et pankreatiiti ei ole. Tuleb lõigata läbi mao ja ristkäärsoole vaheline side ning teostada kõhunäärme vaatlust ja komplemist. Mõnikord esineb nähtav turse, hemorraagiline värvus, sõrmega palpeeritav näärme tihenemine ja suurenemine. Hemorraagilisest kuni kilt-

kivi värvusega mitmesugused tursunud kolded kõhunäärme kapslil juhivad tähelepanu kõhunäärme destruktiivsete muutuste olemasolule.

Kõhunäärme kapsel (õigem teda kattev kõhukelme) tuleb läbi lõigata ja näärme juurde viia tampoon ja dreen. Kõhu haav õmmeldakse kuni tampoonini ja dreeni kaudu viiakse sisse 2 g streptomütsiini ja 400 000 Ü penitsilliini. Operatsioonijärgset ravi teostatakse nii, nagu seda tehakse peritoniitide puhul, kuid toidurežiimi piiratakse enam. Lülitatakse välja liha ja rasv (antakse morssi, kisselli, kartulipüreed, veega keedetud mannaputru). Haige pannakse Fouleri asendisse.

Ägedate pankreatiitide konservatiivne ravi seisneb kindlas voodirežiimis. Haige toitmine suu kaudu lülitatakse välja 3–5 päevaks. Talle süstitakse 2 korda päevas 1–1,5 ml 0,1%-list atropiinilahust ja 3–4 korda päevas 1 ml pantopooni. Sõltuvalt veresuhkru näitajatest süstitakse veeni 20 ml 40%-list glükoosilahust kas koos insuliini manustamisega või ilma selleta. Iga päev süstitakse naha alla 1–1,5 l füsioloogilist lahust tilkmeetodil. Kasuliku toimega on ka süstemaatiline antibiootikumide süstimine ja paranefraalne blokaad.

Prognoos sõltub haige vanusest ja kahjustuse iseloomust. Inimestel üle 60 aasta halveneb prognoos tunduvalt ning on eriti halb nekrootilistel vormidel. Parem on ta kõhunäärmeabstsessidel ja -flegmoonidel. Hea on prognoos kõhunäärme turse puhul. Kui turse hakkab alanema juba enne operatsiooni, ei tule üldse opereerida.

Surma põhjusteks ägedatel pankreatiitidel, kui surm saabub väga kiiresti (nn. äkksurm), on šokk. Hiljem on surma põhjuseks peritoniit ja tokseemia.

Viimasel ajal on saavutatud ägedate pankreatiitide ravil märgatavat edu, mis on viinud üldise suremuse langusele kuni 9 % ja operatsioonijärgsetel rasketel juhtudel kuni 21 % (S. V. Lobatšev).

Krooniline pankreatiit.

Kroonilist pankreatiiti täheldatakse kaasajal tänu diagnostika täpsustumisele tunduvalt sagedamini kui varem.

Krooniliste pankreatiitide teke on seoses sapiteede haigustega, eriti sapikividega ühissapijuhas (sekundaarne infektsioon).

Kliinilistest sümptoomidest esinevad kõhnumine, valud nabapiirkonnas, kõhulahtisus, rasva osakesed väljaheites, uriinis esineb sageli suhkrut.

Kui krooniline pankreatiit areneb maksa ja sapiteede haiguste tulemusena, viib nende operatiivne ravi ka kõhunäärme paranemisele.

Kõhunäärme tsüstid.

Kõhunäärme tsüste täheldatakse tänu diagnostika täpsustumisele sagedamini kui varem. Nad jagunevad tõelisteks - retentsiooni või proliferatiivsed ja eba- ehk pseudotsüstideks. Viimased arenevad pankrease lähedaste kudede pehmenemise tulemusena.

Tsüstid võivad olla suured. Nende sisus võivad esineda kõik kolm fermenti, kõige sagedamini esineb diastaas.

S ü m p t o o m i d ilmuvad sageli surve tulemusena naaberorganitele. Surve maole põhjustab oksendamist. Surve maksaväratile varativeenipiirkonnas põhjustab portaalse hüpertensiooni nähte, surve alumisele õõnesveenile põhjustab alajäsemete turset. Valude esinemine seljas võib olla põhjustatud survest plexus solaris'ele.

Läbi kõhuseinte on tsüst palpeeritav elastse tuumorina ainult näärme tunduval suurenemisel. Suhkru leid uriinis kinnitab pankrease tsüsti diagnoosi.

R a v i on ainult kirurgiline.

Kõhunäärmekasvajad.

Pankreasekasvajad võivad olla nii hea- kui ka pahaloomulised.

Healoomulised on tavaliselt adenoomid ja fibroomid.

Pahaloomulised kasvajad võivad olla primaarsed ja sekundaarsed (metastaasid).

Oma ehituselt võib olla pankreasevähk skirroosne või medullaarne. Neil juhtudel, kui vähk kahjustab pankrease pead, suureneb see ja rõhub ühissapijuha väljapääsule, mis toob enesega kaasa kollasuse. Teistest sümptoomidest esineb kaheksia, valud seljas , hüperglükeemia ja glükosuuria.

Ravi on kirurgiline. Kui on võimalik, eemaldatakse osa näärmest, mis on kahjustatud tuumori poolt. Neil juhtudel, kui kasvaja ei ole eemaldatav ja on takistatud sapi äravool, tehakse anastomoos sapipõie või ühissapijuha ja soole või mao vahel.

XVI peatükk.

PÄRASOOLEHAIGUSED.

Pärasool kujutab endast toru, mis defekatsiooni ajal oma keskosas tunduvalt laieneb. See osa on 10-12 cm pikk, algab III ristluulüli kõrguselt ja ulatub kuni diafragma pelvis'eni. Seda osa nimetatakse pars pelvina recti ehk ampulla recti. Allpool läheb ta üle pärasoole kitsamaks osaks - pars perinealis recti (lahkliha osa) ja lõpeb pärakuavaga. Perineaalne osa on 2,5-3 cm pikk ja oma alumises osas ümbritsetud sulgurlihasega - sfinkteriga.

Arteriaalset verd saab pärasool järgmistest lähtekohtadest: mittepaarilisest ülemisest pärasoolearterist, mis lähtub alumisest kinnistiarterist, kahest paarilisest keskmisest pärasoolearterist ja alumisest pärasoolearterist, mis lähtub

häbemearterist. Kõik need arterid on omavahel ühenduses väga rikkalike anastomoosidega, seepärast ei vii isegi suurte arterite ligeerimine pärasoole verevarustuse häiretele.

Mõnede haiguste, nagu hemorroidide patogeneesi mõistmiseks on vaja tutvuda ka pärasoole venoosse süsteemiga. Siinsed veenid vastavad samanimelistele arteritele, s.o. ülemine pärasoole veen, mis kuulub värativeeni süsteemi, kaks keskmist ja kaks alumist pärasooleveeni, mis kuuluvad alumise õõnesveeni süsteemi. Kõik need veenid anastomoseeruvad omavahel, moodustades hästi väljaarenenud: 1) ülemise pärasoolepõimiku, mis asetseb pärasoole limaskesta all ja 2) alumise pärasoolepõimiku, mis asetseb pärakuava ümbruses, vahetult naha all. Pärasoole alumises osas kulgevad voldid mitte ristsuunas, nagu see on ampulla osas, vaid pikisuunas (columnes rectales Morgagnii). Nende voltide vahele jäävad väikesed urked.

Pärasoole uurimismeetodid.

Pärasoole uurimismeetodite hulka kuuluvad: pärasoole ümbruse välisvaatlus, palpeerimine sõrmega, vaatlus anoskoobi või peeglite abil, rektoskoopia ja röntgenoloogiline uurimine. Tavaliselt toimub anaalpiirkonna vaatlus haige lamades seljal, kusjuures jalad on painutatud vastu kõhtu, kuid vaatlust võib teostada ka põlvili kummarduvas asendis. Vaatlusel on nähtav nahk pärakuava ümbruses ja kui haige pingutab kõhtu, tungib esile anaalne piirkond. Vaatlusel on kindlakstehtav väliste hemorroidaalsõlmekeste olemasolu (nii tavalised kui ka põletikulised - tromboseerunud). Seesmised sõlmed on nähtavad nende pitsumisel. Samuti on nähtavad ka põletikulised protsessid, lõhed ja fistulid, mis esinevad pärasoolepiirkonnas.

Pärasoole uurimist sõrmega tuleb teostada kummist kindaga varustatud käega. Kinnastatud sõrm määritakse vaseliiniga ja viiakse ettevaatlikult pärasoolde. Sõrm läbib pärasoole perineaalset osa ja ulatub ampulla alumisesse ossa.

Paremaks orienteerumiseks tuleb pärasool enne puhastada klistiiri abil, samuti tuleb tühjendada ka põis. Ampulla tagumises seinas on palpeeritav sabaluu ja ristluu eesmine pind. Eespool on meestel palpeeritav eesnääre, naistel aga emakas. Kui viimane on tagasilangenud asendis, on ta ampullas ulatuslikult palpeeritav ja vilumatud arstid peavad seda mõnikord tuumoriks.

Palpeerides pärasoolt sõrmega, on võimalik avastada kasvajaid: varre otsas asetsevaid polüüpe, limaskesta haavandumise kohta, pärasoole kitsendeid ja armistumisi. Sõrmega saab uurida pärasoolt 8-10 cm ulatuses. Kui osutub vajalikuks uurimine sügavamalt, soovitavad mõned autorid uurida haiget kükkasendis. Veelgi sügavama uurimise vajadusel tuleb teostada rektoskoopia.

U u r i m i n e p e e g l i a b i l . Seda uuringut võib teostada nii mitmesuguste üksikpeeglite kui ka anoskoobi abil. Viimane kujutab endast mandrääniga varustatud toru, mida on kergem viia pärasoolde. Peegel viiakse pärasoolde tavaliselt haige olles põlvili kummarduvas asendis. Peegli välispind peab olema hästi määritud vaseliiniga. Peale peegli sisseviimist venitatakse see ettevaatlikult laiali ja fikseeritakse kruvi abil. Pöörates peeglit, on võimalik näha 10-12 cm ulatuses.

R e k t o r o m a n o s k o o p i a . Pärasoole uurimisel tema ülemises osas ja S-käärsoole uurimisel alumises osas on kõige täiuslikumaks meetodiks rektoskoopia, mis võimaldab vaadelda kogu rektumi, samuti ka S-käärsoole alumise osa limaskesta.

Uuringut teostatakse järgmiselt: haigele viiakse (kõige sagedamini põlvili, kummargil asendis) pärasoolde rektoskoobi toru. Toru pikkus on 20-30 cm ja diameeter 1,5-2 cm (täiskasvanul). Algul viiakse mandrääniga toru pärasoolde, sulgurlihasest pisut kõrgemale, siis vahetatakse mandrään luupsüsteemiga ja rektoskoobi edasiviimine toimub juba silma kontrolli all. Seda tuleb teha väga ettevaatlikult, kuna soole kahjustuse puhul on sügavamal uuringul olemas perforatsioo-

ni oht, mille tulemusena areneb peritoniit. Pärasoole uurimisel täidetakse see õhuga vastava õhupumba abil. Enne uurimist tuleb soolestik hoolikalt puhastada.

R ö n t g e n o l o o g i l i n e u u r i m i n e võimaldab diagnoosida pärasoolekasvajaid ja polüüpe. Täites pärasoolt kontrastainega, võib neil juhtudel sedastada täitumuse defekte. Pärasoole fistulite puhul kasutatakse fistolograafiat. Kasutades seda meetodit, on võimalik saada selge ettekujutus kõikidest fistuli käikudest, mis on väga oluline operatiivse ravi näidustuse ja operatsiooni ulatuse määramisel.

Pärasoole väärarengud.

Pärasoole väärarengutest täheldatakse kõige sagedamini päraku sulgust, atreesiat. Pärasoole väärarengud sõltuvad tema arengu seismajäämisest mitmesugustel embrüonaalsetel staadiumidel. Väärareng võib seisneda pärasoole sulguses mitmesugusel kõrgusel või oraalsema pärasooleosa ühenduses olekus fistuli kaudu mõne naabruses oleva vaagnaorganiga (kusepõis, tupp jt.). Esmarchi järgi jaotatakse kõik pärasoole väärarengud kolme põhirühma.

1. <u>Atreesia ilma fistulita</u> teistesse organitesse. Siia kuuluvad: a) lihtne pärakuava atreesia (atresia ani), mis on kõige sagedamini esinevaks päraku väärarengu vormiks. Pärasool on sel juhul arenenud tervikuna, kuid pärakuava on esilevõlvuvus,kus nahk on kerge surve all; b) atresia recti.Selle väärarengu puhul on pärakuava hästi arenenud, kuid sellest pisut kõrgemal lõpeb pärasool umbselt. Ka oraalsem pärasoole ots lõpeb umbselt. Nende umbsete sooleotste kaugus teineteisest võib olla väga erinev; c) atresia ani et recti - kõige raskem pärasoole väärarengu vorm, kuna puudub pärakuava ja ka pärasool, jämesool aga lõpeb umbselt väga kõrgel.

Kõik need pärasoole väärarengu vormid annavad väljakujunenud soolesulguse sümptoome. Ilma operatiivse vahelesegamiseta surevad lapsed soolesulguse või peritoniidi tulemusena

4.-5. päeval. Pärakuavapiirkonna vaatlus ja uurimine sõrme abil võimaldavad selle väärarengu diagnoosimist tavaliselt ilma eriliste raskusteta.

2. Atreesia koos seesmiste ühendustega pärasoole ja naabruses olevate organite vahel. Sellisel juhul on vastavate organite eritus ebanormaalne ja nende sondeerimine võimaldab haiguse õiget diagnoosimist.

3. Atreesia koos väliste ühendustega, fistulitega perineumil, pärasoole välise ava läheduses.

R a v i on kõikide atreesia vormide puhul ainult operatiivne. See seisneb vaheseina läbilõikamises kahe pärasooleosa vahel ja pärasoole limaskesta kokkuõmblemises päraku nahaga. Kui pärasool lõpeb kõrgel, on võimalik ainult anus preternaturalis'e tegemine kõhul. Atreesia koos fistuliga nõuab spetsiaalseid, sageli väga keerukaid plastilisi operatsioone.

Pärasoole traumad.

Pärasoolevigastused toimuvad seest limaskesta poolt. Sellised traumad võivad olla tekitatud võõrkehadega, klistiiritoru otsaga või ka meditsiiniliste instrumentidega, mis viiakse pärasoolde uurimise otstarbel või laiendamiseks. Vigastus seestpoolt võib tekkida ka kukkumisel või istumisel teravatele esemetele. Sagedamini kui seestpoolt, esineb pärasoolevigastusi väljastpoolt. Rahuajal tekivad sellised vigastused peamiselt perineumi rebenditel, mis ulatuvad pärasooleni. Sõja-ajal on nad enamikus tulirelvavigastuse tulemused. Pärasoolevigastustega võivad kaasuda pehme koe, põie ja vaagnaluude vigastused. Pärasoolevigastustega, mis ei ulatu kõhuõõnde, kaasub pärasoole ümbruse flegmoonide tekke oht ja viimastega sageli sepsis. Pärasoolevigastused, mis ulatuvad kõhuõõnde, põhjustavad väga rasket tüsistust peritoniidi näol.

Kui pärasoolest tuleb verd, on vaja mõelda pärasoolevigastuse võimalusele. Vigastuse lõplikuks diagnoosimiseks on vaja hoolikat vaatlust, pärasoole uurimist sõrmega steriilse kinda abil ja mõnikord ka peeglite kasutamist.

R a v i . Pärasoolevigastused, millega on kaasunud kõhukelmevigastus, vajavad kohest operatiivset vahelesegamist - laparotoomiana. Teistel juhtudel on vaja avada laialt vigastatud koht ja see tamponeerida, et võimaldada haava sekreedile äravoolu. Kõikidel rasketel pärasoolevigastustel, mis pole seotud sulgurivigastusega, on näidustatud kunstliku päraku või jämesoole fistuli tegemine selleks, et roojamassid väljuksid selle kaudu ja vigastatud koht saaks rahu. Pärasoolevigastuse tulemusena võivad tekkida kitsendid ja soole fistulid.

Võõrkehad pärasooles.

Pärasoolde sattuvad võõrkehad võivad olla väga mitmesugused. Nad võivad sattuda sinna juhuslikult või meelega allaneelatuna. Enamikus on need väikesed esemed, nagu luutükid, pärlid, nööbid, nööpnõelad, proteesid, nõelad, naelad, splindid, traaditükid, uksevõtmed, uuriketid, rattad, noad, kahvlid, lusikad ja muud.

Peale selle võivad võõrkehad sattuda pärasoolde ka päraku kaudu. Siia kuuluvad mitmesuguste instrumentide otsad ja nende tükid ja ka suuremad võõrkehad, mis on viidud pärasoolde ulakuse pärast või ka vägivaldselt teiste isikute poolt.

Mõnikord viivad endale võõrkehi pärasoolde ka vaimuhaiged. Samuti viiakse neid sinna ka ebanormaalse seksuaalse tungi rahuldamiseks. Sellistel põhjustel sisseviidud võõrkehade hulka kuuluvad kepid, pliiatsid, pudelid,klaasid jt. Võõrkeha võib sattuda pärasoolde ka haava kaudu selle tekkel, samuti ka kukkumisel mõnede esemete otsa. Mõnikord võivad roojakivid, s.o. tahked roojamassid, mis laskuvad alla soole ülemistest osadest, püsida võõrkehadena pärasooles kuude viisi. Nad võivad olla väga kõvad ja neid võib pidada ekslikult tuumoriteks.

S ü m p t o o m i d võivad pärasoole võõrkehade puhul olla väga mitmesugused. Nad sõltuvad võõrkeha asukohast, tema suurusest, kujust ja pinnast. Võõrkeha võib põhjustada kõhukinnisust, täielikku soolesulgust, sooleseina lamatisi, mulgustumist, proktiiti, urineerimistakistusi ja muud.

D i a g n o s t i k a on lihtne, võõrkehad on palpeeritavad pärasoolde viidud sõrmega.

R a v i seisneb võõrkeha eemaldamises. Tavaliselt õnnestub see lihtsalt. Pikad võõrkehad, mis asetsevad põikasendis, tulevad viia eelkõige pikiasendisse. Suurte võõrkehade puhul võib osutuda vajalikuks pärasoole sulgurlihase väljavenitamine. Seda on võimalik teha nii paikse tuimastusega kui ka narkoosis.

Pärasoolepõletikud.

Äge ja krooniline proktiit.

Proktiidiks nimetatakse pärasoole limaskesta põletikku. Patoloogilis-anatoomiliselt iseloomustub äge proktiit samade nähtudega kui teiste organite limaskesta katarrgi, s.o. hüpereemiaga ja tursega. Sellele järgneb epiteeli irdumine, lima või mäda eritus ja põletiku levik limaskesta-alustele kihtidele. Limaskesta osalisel kärbusel tekivad haavandid, mis võivad paraneda kiiresti, võivad aga ka levida sügavuti, põhjustades abstsesse ja roiskpõletikulisi koldeid pärasoole ümbruses. Viimasel juhul tekivad sageli pärasoole fistulid.

Kroonilisele proktiidile kaasub peale limaskesta ja limaskesta-aluse põletiku tavaliselt ka lihastiku hüpertroofia. Limaskest on tihenenud, temal esinevad lõhed, polüpoossed moodustised ja haavandid.

Ägedad ja kroonilised proktiidid võivad areneda primaarselt pärasooles või levida sellele naaberorganitelt (põielt, emakalt, eesnäärmelt jne.). Primaarsed proktiidid võivad tekkida limaskesta ärritusest võõrkehadega, mis esinevad roojamassides, samuti ka parasiitide ärritusest. Proktiitide etioloogias tuleb eriti silmas pidada vereringehäireid seoses

kroonilise kõhukinnisusega. Suured roojakogused, mis peatuvad pärasooles, rõhuvad limaskesta all asetsevale venoossele põimikule, takistades venoosset tagasivoolu. Tulemuseks on verepais, mis viib limaskesta toitehäiretele, langetades tema resistentsust.

Ägedat proktiiti iseloomustavad valud ja põletav kuumatunne pärasooles. Esinevad ka tenesmid. Eritub lima ja mäda. Krooniliste proktiitide puhul kaebavad haiged raskustunnet pärasooles, võib erituda ka lima ja mäda. Peale selle häirib haiget sügelemine pärakupiirkonnas. Sageli esinevad siin ka ekseemid.

Loetletud sümptoomide alusel on võimalik diagnoosida proktiiti ilma erilise raskuseta.

Proktiidi r a v i l tuleb eelkõige eemaldada teda põhjustav faktor. Rasketel juhtudel tuleb määrata haigele voodirežiim ja ratsionaalne dieet. Väljaheide peab olema pehme, pudrutaoline. Lokaalselt tuleb tugevdada pärasoole limaskesta ja võidelda tenesmidega. Soovitatakse argentum nitricum'i klistiire lahjenduses 1:2000, tanniini 1:200, kalium permanganicum 1:3000. Väga häid tulemusi annab vismuti kasutamine klistiirina (1 teelusikatäis vismutit klaasi sooja vee kohta) või küünaldena (1g Bismuthi subnitrici 1 küünla kohta).

Spetsiifilised põletikud.

Pärasoole limaskesta põletik võib olla põhjustatud ka spetsiifilistest tekitajatest. Nii on tuntud gonorroiline proktiit, mida esineb kõige sagedamini naiste juures, kellel tupest eritub mäda. Infektsioon võib olla edasi kantud ka käte abil, samuti esineb seda ka pederastidel.

D i a g n o o s i m i s e k s uuritakse, kas pärasoole eritises esineb gonokokke.

R a v i on energiline antigonorroiline, millele lisandub tavalise proktiidi ravi.

Süfiliitilist pärasoole kahjustust võib täheldada süüfilise kõikides staadiumides. Infektsioon võib sattuda siia ju-

huslikult, kantuna sõrmega või ka pederastilise akti kaudu. Süüfilise esimeses staadiumis esineb pärasoolepiirkonnas süfiliitiline haavand ja valutu kubeme lümfisõlmede suurenemine. Teises staadiumis võivad tekkida laiad kondüloomid ümber päraku. Kolmandas staadiumis arenevad gummad ja haavandid päraku läheduses.

R a v i peab olema üldine antilueetiline. Lokaalselt kasutatakse põletamist.

Pärasooletuberkuloos on sekundaarne. Infektsioon lähtub tavaliselt primaarsest tuberkuloosikoldest. Harva võib ta sattuda siia ka kriimustuste ja lõhede kaudu.

Täheldatakse mitmesuguseid tuberkuloosseid kahjustusi, pärasoole luupus, haavandid pärasoole ava ümbruses ja pärasoole limaskestal, isegi ampullapiirkonnas. Võivad esineda fistulid, sageli mitu, mis asetsevad päraku ümbruses. Võivad esineda ka soolatüükad ja käsnjad moodustised pärakuavause ümbruses. Kõik need kahjustused, eriti aga haavandid ja fistulid, ei ole paranemistendentsiga hoolikale ravile vaatamata. Haavand on kaetud kahvatu granulatsiooniga, mille ümbruses esinevad üksikud kõrgemad osad.

Diagnostiliste raskuste puhul on vaja teha biopsia mikroskoobiliseks uurimiseks.

R a v i peab olema nii nagu kõikide tuberkuloosi vormide puhul üldine, tugevdav. Lokaalselt kasutatakse salvsidemeid. Kaugelearenenud juhtudel kasutatakse kirurgilist ravi, kaasa arvatud ka pärasoole eemaldamine. Arvestades seda, et pärasooletuberkuloos on sekundaarne protsess, on vaja ravida ka algkollet (streptomütsiin jt.).

Paraproktiit.

Paraproktiidiks nimetatakse pärasoolt ümbritsevate kudede põletikku. Viimane lähtub enamikul juhtudest pärasoolest. Infektsiooni sissepääsu võimaldavad pärasoole limaskesta vigastused roojamassidega või võõrkehadega, samuti ka pärasoolehaavandid ja -haavad.

Paraproktiidid võivad esineda difuussete mädanikkudena, mis on väga rasked septilise kuluga, või piirdunud paraprok-

tiitidena, mis moodustavad paraproktiitilisi abstsesse. Viimased on sagedasemad.

Piirdunud abstsesse jaotatakse: 1. Pindmised, mis asetsevad naha all, pärakuava läheduses. Sel juhul kaebavad haiged valu põletikukolde kohal, nahk on punetav, esineb turse, temperatuur on kõrgenenud. 2. Sügavamad abstsessid fossa ischiorectalis'es. Nende abstsesside puhul on sümptoomid teravalt välja kujunenud. Valud on tugevamad, temperatuur kõrge, võivad esineda ka vappekülmad. Sügavamal asetseva põletikukolde tõttu on lokaalsed nahasümptoomid vähem märgatavad. Nende diagnoosimine on mõnikord raske. Need abstsessid kas perforeeruvad soolde või läbi naha pinnale. Üksikjuhtudel võib toimuda mäda perforeerumine ka retroperitoneaalsesse ruumi, põhjustades rasket septilist pilti. 3. Suhteliselt harva esinevad abstsessid pelviorektaalruumis.

R a v i seisneb penitsilliini manustamises ja varases intsisioonis. Lõiked ei tohi olla liiga väikesed. Tuleb vältida sulgurlihasevigastusi, kuna see võib hiljem põhjustada rooja või gaaside pidamatust. Pikemaajalist dreenimist või tamponeerimist ei kasutata.

Pärasoole fissuurid.

Pärasoole fissuurid või lõhed tekivad limaskesta voltides selle üleminekukohal nahale. Nad asetsevad radiaalselt ja kõige sagedamini pärakuava tagumisel serval, keskjoonel. Etioloogiliseks faktoriks on pärasoole marrastused kõvade roojamassidega, hemorroidid, proktiidid jne. Need fissuurid on kroonilise iseloomuga ja paranevad väga visalt, sest nad alluvad pidevale ärritusele, mida põhjustavad sinna sattuvad roojamassid. See ärritus põhjustab ka püsivat sulgurlihase spasmi.

Fissuurid on rombikujulised kuiva halli granulatsioonita põhjaga.

Sümptoomideks on tugevad valud defekatsioonil või peale seda, mil tekib sulgurlihase spasm. Valud on niivõrd tugevad,

et haiged hoiduvad söömisest ja tarvitavad oopiumitinktuuri selleks, et kõht oleks kinni. Defekatsioonil tekivad rebendid uuesti ja haigetel algavad valud, mis võivad mõnikord viia ka teadvuseta olekuni.

D i a g n o s t i k a pole raske, kuna fissuurid asetsevad madalal ja neid on hoolikal vaatlusel alati võimalik näha.

R a v i võib värskete fissuuride puhul olla konservatiivne. Tuleb jälgida, et roojumine toimuks regulaarselt ja roojamassid oleksid pehmed. Seda on võimalik saavutada vastava dieediga ja medikamentidega (nõrgatoimelised lahtistid). Kasutatakse küünlaid antiseptiliste ja valusid vaigistavate vahenditega, istevanne ja ultralühilaineravi. Kui see ei anna tulemusi, kasutatakse haavandite söövitamist 5%-lise põrgukivilahusega. Haavandeid tuleb enne seda tuimastada kokaiini- või dikaiinilahusega. Kui ka see ei anna tulemusi, soovitatakse laiendada sulgurit Recamier'i järgi. Sellega väldidakse sulgurlihase spastilisi kontraktuure ja fissuurid paranevad sageli ilma, et rakendataks uusi, täiendavaid ravivõtteid. Kui haigel esinevad pärasoolefissuuri kõrval ka hemorroidid, siis viib iga hemorroidide raviks kasutatav operatsioon ka fissuuri paranemisele, sest kõikide nende operatsioonide puhul teostatakse ka pärakuava laiendamist.

Päraku avause ja pärasoole uurised.

Pärasoole fistulid (fistulae ani et recti) on mädased uurised, mis esinevad pärakuava ümbruses ja pärasoole alumises osas. Nad jäävad tavaliselt järele pärasoolt ümbritsevates kudedes esinevate abstsesside paranemisel, kuna need peale perforatsiooni ei parane spontaanselt. Samuti võib neid jääda ka peale abstsesside hilinenud avamist, eriti aga siis, kui lõiked tehti liiga väikesed ja mädale ei võimaldatud vaba väljapääsu. Fistulid võivad olla ka tuberkuloosse päritoluga.

Oma kujult võib jagada fistuleid: mittetäielikud sise-

mised fistulid, mis algavad pärasoolest ja lõpevad umbselt kudedes, mittetäielikud välised, mis algavad nahalt ja lõpevad samuti umbselt kudedes, ja täielikud fistulid, mis on kahe avaga: üks nahal ja teine pärasooles. Fistulid võivad olla pindmised või ulatuda sügavamale ischiorektaalruumi ja isegi veel kõrgemale, väikese vaagna kudedesse.

Pärasoole fistuleid esineb küllalt sagedasti ja peamiselt meestel (80-85%).

Fistulite k l i i n i l i n e p i l t on mitmekesine sõltuvalt fistuli iseloomust ja asukohast. Täielikkudest fistulitest eritub peale mäda veel vedelat roojamassi ja gaasi. Väga sageli esineb fistuli ümbruses nahal eksematoosseid muutusi ja sügelemist. Neil juhtudel häirib haigus haiget tugevasti.

D i a g n o s t i k a on fistulite puhul tavaliselt lihtne. Ettevaatlikul sondeerimisel on võimalik kindlaks teha fistuli ühendust pärasoolega, sest pärasoolde sisseviidud sõrmega on võimalik tunda sondi otsa. Fistuli lähemal vaatlusel ja tema palpeerimisel sõrmega on sedastatav kõva vall, mis kulgeb pindmiselt või sügavamalt fistuli avast pärasooleni.

Fistuli käik võib olla looklev, sellisel juhul ei õnnestu sondi viimine pärasoolde. Fistul võib olla ka mitmeharuline, olles ühenduses pararektaalruumis asuvate mädakolletega. Selliste fistulite iseloomust ei saa ettekujutust tavaliste võtetega, vaid tuleb teostada fistolograafia, s.o. tuleb teostada röntgenoloogiline uuring peale fistuli täitmist kontrastainega (baarium, lipiodool). Ainult sellisel teel võime saada hea ja täieliku ettekujutuse fistuli käikudest.

R a v i . Pärakuava ja pärasoole fistulid ei parane peaaegu mitte kunagi spontaanselt ja nad võivad püsida aastakümneid vahetevahel ajutiselt paranedes. Fistuli kinnijäämine viib põletikulise protsessi uuele ägenemisele. Konservatiivsed ravivõtted ei vii sihile, sellepärast kasutatakse konservatiivset ravi harva.

Tulemusi annab ainult kirurgiline ravi. Kasutatakse fis-

tuli lahtilõikamist, mis toimub lihtsalt: fistulisse viiakse renniga sond ja kõik sondile jäävad koed lõigatakse läbi. Mitte täielik fistul muudetakse täielikuks, viies sondi otse pärasoolde. Fistuli käik kraabitakse hoolikalt välja ja haava ravitakse lahtisel meetodil, kasutades tamponeerimist. Seda meetodit on võimalik kasutada ainult seal, kus fistul asetseb madalal ja lõige ei puuduta sulgurlihast. Viimase vigastamisel tekib rooja ja gaaside peetamatus.

Soovitatakse ka teist operatsiooni: kogu fistuli käigu eemaldamist tervest koest sellele järgneva hoolika kudede kinniõmblemisega. Sulgurlihasevigastusel õmmeldakse ka see. Peale sellist operatsiooni toimub haava paranemine tavaliselt esmaspingsalt ja mitte teisespingsalt, nagu see toimub fistuli lahtilõikamisel. See meetod on keerulisem teostada, kuid ta annab häid tulemusi sel juhul, kui kõik fistuli käigud on eemaldatud tervest koest. Selleks, et seda teostada, on vaja täpset ettekujutust fistuli käikude suunast. Eelnevalt on vaja teha fistolograafia.

Kui rohkesti hargneval fistulil jääb osa läbilõigatud harudest sisse, on retsidiivi teke möödapääsmatu. Väga ulatuslikult hargnenud kaugele ulatuvate käikudega fistuleid, samuti ka hulgaliselt esinevaid tuberkuloosseid fistuleid tuleb lugeda kirurgilisele ravile mittealluvateks. S.I. Spassokukotski soovitab selliste fistulite söövitamist Chlumsky lahusega, mida süstitakse fistulisse 3-4 päeva järele, igakord 0,3-0,5 ml. Kui sellist ravi viia läbi 7-10 söövitusest koosnevate kuuridena, ei anna see küll täielikku paranemist, kuid soodustab mädaerituse ja haigusnähtude vähenemist.

Edukalt on kasutatud fistulite sulgemiseks ka limaskesta plastikat (J.J. Džanelidze). Fistuli seesmise ava juures lõigatakse limaskest läbi, ülalpool fistulit prepareeritakse limaskestast lapp, millega suletakse fistuli ava ja mis fikseeritakse uuele kohale õmblustega.

Hemorroidid.

Hemorroidid (varices haemorrhoidales) on veenide laiendid pärasoole alumises osas. Eraldatakse väliseid hemorroide, mis lähtuvad alumisest hemorroidaalpõimikust ja kuuluvad alumise õõnesveeni süsteemi, ning sisemisi hemorroidaalsõlmi, mis lähtuvad ülemisest venoossest põimikust ja suubuvad alumise mesenteriaalveeni kaudu värativeeni. Mõlemad hemorroidaalpõimikud anastomoseeruvad omavahel rikkalikult. Selle süsteemi veenidel ei ole klappe. Igasugune äravoolu takistus selles süsteemis viib veenide laienemisele ja suurenenud hemorroidaalsõlmekeste ilmumisele.

Hemorroidid võivad areneda väga mitmesugustel põhjustel, mis takistavad vere äravoolu hemorroidaalveenidest, nagu: kasvajad vaagnas, rase emakas, püsiv kõhukinnisus. Samuti soodustab hemorroidide teket nähtavasti ka pidev seismine, istuv elukutse jne. Varikoosseid laiendeid, mis arenevad mõne teise põhihaiguse tulemusena (kasvaja, maksatsirroos) nimetatakse sekundaarseteks hemorroidideks. Sagedamini esinevad hemorroidid meestel (62%) vanuses üle 40 eluaasta.

K l i i n i k . Algstaadiumis ei häiri hemorroidid võrdlemisi pikka aega haiget. Hiljem ilmub ebamugav tunne pärakuavapiirkonnas, sügelemine, kõrvetus, täis tunne jne. Välised hemorroidide sõlmed asetsevad naha all pärjana ümber päraku ava. Kõige sagedasemaks tüsistuseks väliste hemorroidide puhul on sõlmekeste infitseerumisel arenev äge tromboflebiit. Tromboflebiidi puhul muutub sõlmeke kõvaks ja on palpeerimisel valulik. Defekatsioon on raskendatud ja väga valulik. 5-8 päeva möödumisel vaibub põletikuline protsess ja algab paranemine. Abstsesside teket peale tromboflebiiti täheldatakse äärmiselt harva.

Sisemised hemorroidid valmistavad haigele tunduvalt rohkem vaevusi. Nad tekivad Morgagnii siinuste piirkonnas pehmete ümarjate moodustistena, mis võivad olla tavalise või ka kreeka pähkli suurused ja on kaetud tursunud limaskestaga. Möödudes vigastavad roojamassid sõlmi, tekib verejooks, mis

võib olla väike (mõni tilk) või ka väga rohke. Mõnikord võib selline verejooks väga visa olla ja viia sekundaarsele aneemiale. Peale verejooksu on haigetel sageli kergem, sest väheneb vere pais. Seesmised hemorroidaalsõlmed asetsevad liikuvates kudedes ja on seetõttu ka ise hästi liikuvad. Neist mööduvad roojamassid toovad neid allapoole ja nad langevad läbi sulgurlihase välja. Algul reponeeruvad väljalangevad sõlmed ise, hiljem aga, kui limaskestaalune kiht juba välja venib, ei reponeeru sõlmed enam ja haige peab neid peale defekatsiooni reponeerima käega. Väljalangenud sõlmed võivad ka pitsuda, sest sulgurlihas võib spastiliselt kokku tõmbuda. Pitsumisega kaasuvad tugevad valud, roojapeetus ja mõnikord ka väljalangenud sõlmede kärbus.

Enamikul juhtudest esinevad hemorroidide puhul väljakujunenud ägeda või kroonilise proktiidi nähud. Haigestunud limaskest tursub, on väga valulik, eritub lima ja mäda. Roojamassid on limased ja esinevad tenesmid. Proktiitide puhul on peale ülalkirjeldatud tüsistuste sageli lõhesid, paraproktiite, uuriseid ja muud. Hemorroidid on nende haiguste oluliseks etioloogiliseks faktoriks.

Hemorroidide diagnoosimine ei valmista erilisi raskusi. Kui aga diagnoos pole otsekohe selge, on vajalik hoolikas pärasoole uurimine nii peeglite kui ka sõrme abil. Tuleb uurida ka pärasoole ampulla piirkonda, et veenduda, kas hemorroidide taga ei ole mõnd teist raskemat haigust, mis võib anda samu sümptoome (polüübid, lõhed, vähk). Kõige täpsemaks pärasoole uurimismeetodiks on rektoskoopia, mida tuleb kasutada kõikide pärasoolehaiguste puhul. Vähimagi kahtluse puhul diagnoosis on rektoskoopia kasutamine möödapääsmatu.

Prognoos hemorroidide puhul on üldiselt hea. Peale ägedaid tromboflebiite saabub tavaliselt pikemaajaline rahuperiood. Tugevate verejooksude puhul, mis põhjustavad sekundaarset aneemiat, või sisemiste hemorroidaalkomude sagedasel väljalangusel ja nende pitsumisel on prognoos halvem. Neil juhtudel on vajalik operatiivne ravi.

R a v i . Hemorroidide ravil peab olema peamine tähe-

lepanu pööratud pärasoole venoossetes põimikutes põhjustatud paisu likvideerimisele. Paljudel juhtudel osutub selleks krooniline kõhukinnisus. Ravil on vaja võidelda sellega ja taastada regulaarne sooletegevus. Selleks on võimalik kasutada vastavat dieeti (hapu piim jt.). Haigetel soovitatakse võtta hommikul tühja kõhuga nõrgatoimelisi lahtistajaid: 1 teelusikatäis Botkini pulbrit poole teeklaasi veega, 1-2 teelusikatäit lagritsa pulbrit jt. Eriti rasketel juhtudel on näidustatud klistiirid seebiveega või hüpertooniliste lahustega. Selliste võtetega on võimalik taastada normaalne soolte funktsioon. Selle tulemusena toimub haige järsk paranemine ja teda häirivad sümptoomid kaovad.

Proktiitide puhul on vajalik kasutada ka lokaalselt pärasoole limaskestale toimivaid, parkivaid ja desinfitseerivaid vahendeid. Kiiret proktiidinähtude kadumist ja hemorroidaalataki likvideerumist on võimalik saavutada järgmise koosseisuga küünlaid kasutades:

Rp.

Bismuthi subnitrici	1,0
Calcii chlorati	0,1
Xeroformii	0,05
Extr. belladonnae	0,015
But. cacao q. s. ut f. supp.	

1 küünal viiakse pärasoolde 1/4 tundi enne magamaheitmist.

Hemorroidaalkomude kontraktsioonile viimiseks kasutatakse ka kõrgsagedusvoolu (d'Arsonval). Väliste hemorroidaalkomude ägeda tromboflebiidi puhul toimib hästi mähis 25%-lise Burowi lahusega, mida tehakse kaks korda päevas (hommikul ja õhtul) 15 minuti kestel.

Sisemised veenikomud, mis langevad välja läbi pärakuava ja milledel puuduvad põletiku või tromboosi tunnused, tulevad reponeerida. Seda tehakse kinnastatud käega, määrides seda enne vaseliiniga. Haige asetatakse seejuures kas küljeli lamavasse või põlvili kummargile asendisse.

Kui väljalangevatel sisemistel veenikomudel esinevad

pitsumise, põletiku või ka tromboosi tunnused, tulevad need reponeerida, operatiivset vahelesegamist ei kasutata emboolia ohu tõttu.

Hemorroidaalsõlmedest esineva verejooksu puhul soovitatakse süstida veeni 10 ml 10%-list kaltsiumkloriidi ja kasutada küünlaid vismutiga ja kaltsiumkloriidiga ülaltoodud koosseisus. Visalt püsivatel verejooksudel, sageli esinevate põletikkude puhul ja komude sagedastel väljalangemistel on näidustatud operatiivne ravi.

H e m o r r o i d i d e o p e r a t i i v n e r a v i. Hemorroidide ravil kasutatavaid operatsioonimeetodeid tuleb jagada veristeks ja veretuteks. Veretute meetodite hulka kuulub mitmesuguste skleroseerivate vahendite süstimine veenikomudesse, millega kutsutakse esile nende tromboseerumist ja armistumist. Selleks on süstitud karbolhappe õlilahust (Lange), 96%-list piiritust (Boas) ja 20%-list keedusoolalahust (N. Kukin). See meetod pole levinud, kuna ta jääb oma radikaalsuselt maha ohutust sõlmede ligeerimise meetodist ega oma selle ees mingeid eeliseid.

Veristest operatsioonimeetoditest on kaasajal kõige enam levinud lihtsaim ja ohutuim - veenikomude ligeerimine. Harvem kasutatakse ka vana meetodit - komude põletamist. Peale selle kasutatakse veel sulgurlihase väljavenitamist (M.S.Subbotin) ja hemorroidaalkomude väljalõikamist Whiteheadi järgi.

Enne operatsiooni peab pärasool olema hoolikalt puhastatud. Haigetele antakse operatsioonile eelneval päeval lahtisteid (kastoorõli või mõru- ehk inglissoola). Õhtul tehakse klistiir ja antakse 10 tilka oopiumitinktuuri. Peale operatsiooni antakse haigele roojumise vältimiseks 3 korda päevas 7-8 tilka oopiumitinktuuri ja vedelat toitu. 5. või 6. päeval antakse lahtistit ja määratakse haigel tavaline dieet.

Operatsioon viiakse haigel läbi "kivide eemaldamise" asendis. Enamikul juhtudest kasutatakse paikset tuimastamist, harvem lumbaaltuimastust või ka narkoosi. Kõigepealt venitatakse sõrmede abil tugevasti välja sulgurlihas. Ureetra- ja eesnäärmevigastuse vältimiseks teostatakse venitamist istmi-

kukõbrukeste suunas. Peale sulgurlihase väljavenitamist muutuvad sisemised veenikomud kättesaadavaks. Kui opereeritakse komude ligeerimise meetodil, haaratakse neid klemmidega, nende baasisest viiakse läbi siidniit ja seotakse see tugevasti kinni. Sellele järgnevalt lõigatakse ära komu pealmine osa selleks, et veri pääseks välja. Ligeeritud komu jäänus langeb maha mõne päeva pärast.

Opereerides põletamise meetodil, pannakse komule peale Langenbeki või Dombrovski klemm ja põletatakse sõlm maha Baccellini aparaadiga. Järelejääv haav paraneb kooriku all. Operatsioon, mille puhul eemaldatakse veenikomud koos kogu pärasoole distaalse osa limaskestaga (Whiteheadi operatsioon), on muidugi kõige radikaalsem, kuid ta on palju komplitseeritum, andes väga ebameeldivaid ja raskelt paranevaid komplikatsioone armistuvate kitsenemiste, limaskesta väljalanguse, rooja ja gaaside peetamatuse näol.

Kõige lihtsam ja ohutum operatsioon on komude ligeerimine, mis on küllalt radikaalne juhul, kui seejärel eemaldatakse ka haiguse arenemise põhjus.

Pärasoole väljalangus.

Pärasoole väljalangusel laskuvad selle alumised osad allapoole ja väljuvad pärakuava kaudu.

Väljalangus võib olla kas osaline või täielik. Osaliseks nimetatakse teda siis, kui langeb välja limaskest üksi, mis on võimalik seetõttu, et limaskestaalune sidekude on lõtv ja limaskest lihaskesta suhtes hästi liikuv. Täielikuks nimetatakse väljalangust siis, kui langevad välja kõik pärasoolekihid, s.o. siis, kui pärasoole- ja vaagnaseinte vaheliste sidemete lõtvuse tulemusena laskub alla pärasool tervikuna.

Eraldatakse pärasoole pärakuava osa väljalangust - prolapsus ani ja pärasoole vaagnaosa väljalangust - prolapsus recti. Kui langevad välja mõlemad koos, nimetatakse seda prolapsus recti et ani.

Esimene väljalanguse vorm on sageli osaline, viimased

kaks aga täielikud.

Lastel täheldatakse pärasoole väljalangust palju sagedamini kui täiskasvanutel. Vaagna, õigem ristluu ehituse iseärasuste tõttu on neil selleks anatoomiline eelsoodumus. Kõik faktorid, mis rikuvad tasakaalu kõhuõõne rõhu, vaagna põhja vastupidavuse ja sulgurlihase jõu vahel, soodustavad pärasoole väljalangust. Nii võib lastel olla pärasoole väljalangus läkaköha, fümoosi, sagedaste kõhukinnisuste jt. haiguste tulemus, millega kaasub kõhuseinte pinge tõus. Täiskasvanutel võib pärasoole väljalanguse põhjuseks olla hemorroidide esinemine, kus komud langevad välja, visa kõhukinnisus, lahkliha rebendid, üldine atroofia ja vaagna põhja lihaste lõtvus.

K l i i n i l i n e p i l t on pärasoole väljalanguse puhul väga mitmekesine. Haiguse algul langeb välja ainult limaskesta serv ükskõik millises osas. Harva langeb välja kogu limaskest korraga. Väljalangus toimub ainult defekatsioonil ja peale selle lõppu tõmbub limaskest kohe tagasi: ta pole muutunud ja häirib selles staadiumis haiget vähe. Pärasoole kõrgemate osade väljalangemisel sõltuvad selle kuju ja suurus väljalangenud soole ulatusest. Sulgurlihas venitatakse välja, sool ei paigaldu ja haigel tuleb seda paigaldada käte abil. Mida enam venib välja ja lõtvub sulgurlihas, seda vähem on väljavaateid pärasoole iseseisvaks paigaldumiseks ja seda kergemini langeb ta välja kõhu iga pingutuse puhul uuesti (köhimine, aevastamine). Soole limaskestal areneb põletik, ta hüpertrofeerub, temale tekivad marrastused ja haavandid. Vahetevahel täheldatakse ka väljalangenud sooleosa pitsumist, mis võib olla väga ohtlik neil juhtudel, kui koos sooleosaga pitsub ka peritoneumi volt, mis satub siia koos sisikonnaga. Hilinenud juhtudel võib sool olla ka mittereponeeritav, kusjuures sulgurlihase täieliku lõgastuse tulemuseks on rooja ja gaaside peetamatus.

D i a g n o o s pärasoole väljalanguse puhul ei ole raske, kuna ta on sedastatav silmaga, kui haige pingutab tavalises roojumise asendis. Vaatamata sellele tuleb teostada uurimine digitaalselt, et mitte jätta diagnoosimata kaasuvaid haigusi (polüüp, haavand jt.).

R a v i pärasoole väljalanguse puhul tuleb alustada nende etioloogiliste faktorite likvideerimisega,mis soodustavad selle haiguse teket. Tuleb vältida kõike, mis põhjustab kõhulihaste pingutamist ja rõhu tõusu kõhuõõnes. Sool tuleb ettevaatlikult paigaldada ja hoida normaalses asendis. Kõik selleks soovitatud bandaažid ja bellotid ei vii tavaliselt sihile, seepärast tuleb rakendada operatiivset ravi.

Operatiivseid meetodeid pärasoole väljalanguse ravil võib jagada nelja rühma (V.A. Saak).

1. Operatsioonid pärakuavapiirkonnas selle kitsendamise sihiga.

Pärakuava ümber viiakse traat Thierschi järgi või siidniit. Parem on traadi asemel kasutada fascia lata'st võetud riba, mis viiakse pärakuava ümber ja pingutatakse diameetrini, mis laseb läbi väikese sõrme. Lastel püütakse saada anaalrõnga tugevnemist sel teel, et süstitakse pärakuava ümbrusesse kolmest punktist 5–8 ml 70%-list alkoholi.

2. Vaagna põhja tugevndamine plastiliste, enamikus keeruliste operatsioonidega (N.I. Bereznegovski, N.I. Napalkov).

3. Pärasoole õmblemine kas kõrgemate jämesooleosade või vaagna periosti külge. Rektopeksial õmmeldakse pärasool vaagna periosti külge. Kolopeksial, operatsioonil, mis teostatakse läbi kõhuõõne, fikseeritakse sool ligamentum longitudina'le anteriori külge ülalpool promotooriumi. Operatsioon annab häid hilistulemusi.

Siia rühma kuuluvad ka operatsioonid, millega tekitatakse pärasoole väljalanguse vältimiseks tema ümber liiteid. Pärasool vabastatakse poolkaarja lõikega pärakuavapiirkonnas ristluust ülespoole promotooriumi ja tekitatud õõnde viiakse 3–4 nädalaks tampoon. Operatsioon annab kindlaid tulemusi (V.A. Saak).

4. Resektsioonimeetodid, millega eemaldatakse väljalangev sooleosa (Mikulitz).

Hoolikas haige uurimine võimaldab kirurgil otsustada, millist meetodit on kõige sobivam kasutada.

Pärasoole kitsenemine.

Pärasoole kitsenemine võib areneda peale mitmesuguseid haavandumisi ja põletikulisi protsesse, mille tulemusena tekivad armid. Sellisteks haigusteks on kolmanda järgu süüfilise haavandid, tuberkuloossed haavandid, rasked proktiidid. On kirjeldatud ka armistumisi peale düsenteeriat. Armistumisi võib tekkida ka haavade ja operatiivsete vahelesegamiste puhul (Whiteheadi op.). Enamikul juhtudest on armid 5-6 cm kaugusel pärakuavast ja ulatuvad sügavuti 3-5 cm.

S ü m p t o o m i d . Esineb raskendatud defekatsioon, mis võib viia soolesulguseni.

D i a g n o o s . Pärasoole uurimine sõrmega kui ka peegliga võimaldab kindlaks teha haiguse iseloomu. Real juhtudest on haiguse põhjuse väljaselgitamiseks näidustatud biopsia ja mikroskoobiline uuring.

Prognoos pole hea, kuna haigus allub väga raskesti ravile.

R a v i . Eelkõige on vajalik teostada põhihaiguse ravi, mis on etioloogiliseks momendiks pärasoole kitsenemisel. Juba väljakujunenud striktuuri puhul on võimalik ainult mehhaaniline või operatiivne ravi. Esimese all mõeldakse bužeerimist, mis annab kindla, kuid lühiajalise tulemuse. Operatiivsetest meetoditest on kõige radikaalsem resektsioon või pärasoole amputatsioon, kusjuures mõnel juhul on paratamatult näidustatud anus praeter naturalis colon sigmoideumil.

Pärasoolekasvajad.

Pärasooles esineb nii hea- kui ka pahaloomulisi kasvajaid.

Healoomulised kasvajad.

Healoomulistest kasvajatest esinevad pärasooles fibroomid, lipoomid, müoomid, lümfangioomid, kavernoomid. Enamiku neist täheldatakse äärmiselt harva ja nad on vaid kasuisti-

lise tähtsusega. Healoomulistest kasvajatest esinevad kõige sagedamini polüübid.

Polüübid kujutavad endast kasvajat, mis on lähtunud epiteelist. Pärasooles esinevad kõige sagedamini üksikud polüübid, mis on varre küljes või kinnituvad laiale alusele. Nad on suuruselt herneterast kuni tavalise pähklini, pehmed ja veritsevad väga kergesti. Nad asetsevad peaaegu alati ampullas, pärasoole madalamas osas, seetõttu on nad kergesti diagnoositavad sõrme ja peeglite abil.

R a v i on sellistel polüüpidel ainult operatiivne, kuna need võivad üle minna ka pärasoolevähiks. Operatsioon seisneb kasvaja jala ligeerimises ja kasvaja eemaldamises või tema põletamises. Kui polüübi jalg on lai, lõigatakse polüüp ära ja limaskestale pannakse mõned õmblused. Vanematel inimestel täheldatakse mõnikord ka hatulisi polüüpe (tumor villosus, papilloma recti). Nad on tavaliselt suuremad, asetsevad laial alusel ja on kaetud pikkade pehmete näsadega. Hatulised polüübid võivad üle minna vähiks ja kuuluvad seetõttu eemaldamisele.

Pärasooles pole alati mitte üks, vaid mõnikord ka palju polüüpe, mis võivad olla erineva suurusega. Sellisel juhul räägitakse pärasoolepolüpoosist. Kliiniliselt avaldub see sagedase defekatsiooniga, kusjuures roojaga eraldub ka verd ja lima. Esinevad ka tenismid ja mõnikord kahheksia.

Prognoos polüüpide puhul on kahtlane, kuna polüüp läheb sageli üle vähiks.

R a v i on raske, sageli sümptomaatiline. Üksikud polüübid kuuluvad eemaldamisele.

Pärasoole pahaloomulised kasvajad.

Pärasoolevähk.

Pärasoolevähk esineb suhteliselt sageli. Kõikidest seedetraktivähkidest on esikohal maovähk, teisel kohal söögitoruvähk ja kolmandal kohal pärasoolevähk. Meestel esineb teda kaks korda sagedamini kui naistel.

Soodustava momendina tuleb mainida pidevat limaskesta

ärritust ampullaarses osas peatuvate roojamasside poolt (just pärasoole ampullaarses osas esineb vähk kõige sagedamini, 60-70% kõikidest pärasoolevähi juhtudest). Peale selle võivad olla vähi lähteks ka mitmesugused teised haigused, hemorroidid, proktiit, lõhed, polüübid. Kirjanduses on vihjeid (V.A. Saak, A.G. Brżozovski), et mõned professionaalsed kahjustused ja tervist kahjustavad töötingimused, nagu töö aniliinvärvide tööstuses, võivad anda teatud eelsoodumist vähi arenguks.

Oma asendilt võib pärasoolevähki jaotada järgmistesse rühmadesse (N.N. Petrov): 1) anaalne ja anorektaalne, 2) madal ampullaarne, 3) kõrge ampullaarne, 4) rekto-sigmoidaalne.

Primaarne vähisõlm areneb limaskesta epiteelist. Ta infiltreerib kiiresti kogu sooleseina, seejärel levib ta sooleseina lümfiteid kaudu lähemasse ümbrusesse. Sõltuvalt kasvaja kasvust moodustub kas vähi tuumor, mis kasvab krobelise pinnaga moodustisena soolevalendikku, või kõvade konarlikkude servadega vähihaavand või ka rõngakujuline moodustis, mis stenoseerib sooleluumeni (viimast vormi täheldatakse peamiselt kõrgetel ampullaarsetel ja rektosigmoidaalsetel vähi vormidel). Edasi kasvab vähk läbi sooleseina ümbritsevatesse kudedesse ja organitesse (põis, eesnääre, kusiti, tupp jne.). Kasvajamassidega läbikasvamise tulemusena võivad tekkida nende organite perforatsioonid, mis muidugi tunduvalt halvendavad juba haige niigi rasket seisundit. Edaspidine metastaseerumine toimub lümfiteid kaudu. Võivad tekkida ka kaugmetastaasid veresoonte kaudu (maks, kops jne.).

Histoloogiliselt eraldatakse kaht rühma pärasoolevähki.

1. Lamerakuline vähk (väikene rühm, 5-6% kõikidest vähi vormidest), mis asetseb kõvade servadega haavandina ümber pärasoole anaalse osa. 2. Silinderrakuline vähk, mis moodustab enamiku pärasoolevähkidest.

K l i i n i l i n e p i l t . Esimesed pärasoolevähi sümptoomid on väga ebamäärased. Pikka aega võib kulgeda haigus täiesti ilma sümptoomideta ja esimesed tüüpilisemad nähud ilmuvad alles siis, kui kasvaja on arenenud juba kaugele. Esimesteks sümptoomideks tuleb lugeda sagenenud defekatsiooni-

tungi. Limaskesta katarraalsete muutuste tõttu tuumori ümbruses eraldub sagenenud defekatsioonil ainult lima. Edasi muutuvad tenesmid üha sagedasemaks ja tugevamaks. Kasvaja haavandumisel täheldatakse väljaheites lagunevat verd ja mäda ning laguneva tuumori osakesi. Selles, esimeses staadiumis võib haige üldseisund jääda veel kahjustamata.

Vastavalt kasvaja arengule ja tema lagunemisele omandab eritus vastiku vinava haisu ja ärritab nahka pärakuava ümbruses. Ilmuvad valud vaagnapiirkonnas, roojapeetus ja mõnikord isegi soolesulgus. Kõhukinnisus võib vahelduda kõhulahtisusega. Roojamassid on pudru-või ka lindikujulised ja neis võib leida kasvaja osakesi.

Intoksikatsiooni ja verekaotuse tulemusena arenevad väljakahheksianähud. Ilmuvad kaugmetastaasid ja kasvaja naaberorganitesse sissekasvamise nähud, mille tõttu haige seisund veelgi raskeneb.

P r o g n o o s ilma operatsioonita on lootusetu. Haiged elavad tavaliselt alates esimeste selgete haigussümptoomide ilmumisest 1 kuni 2 aastat.

D i a g n o o s pärasoolevähi puhul ei valmista enamikul juhtudest raskusi. Tuleb märkida digitaalse uurimise erilist tähtsust, mida sageli ei teostata kõikidel haigetel, kes saabuvad pärasoolehaigustega. Arvestades seda, et rõhuv enamik pärasoolevähkidest asetseb ampullas ja pärasoole anaalses osas, kus neid sõrmega palpeerides on kerge diagnoosida, on vaja, et kõikidel haigetel, kes saabuvad kaebustega ühe või teise pärasoolehaiguse suhtes, uuritaks pärasoolt digitaalselt.

Sõrmega uurimisel on tavaliselt palpeeritav kõva konarlik tuumor või kõva valliga piiratud haavand, millel on samuti lagunev konarlik pind. Kui kasvaja on liikumatu, näitab see, et ta on kokku kasvanud ümbritsevate kudedega. Sõrmega on võimalik määrata ka kasvaja üleminekut naaberorganitele, mis on palpeeritavad. Kõrgel asetseva kasvaja puhul on võimalik palpeerida ainult tema alumist serva, tervikuna pole ta aga palpeeritav. Rektoskoopia annab neil juhtudel kasvaja põhjalikuks uurimiseks võimaluse.

Haigustest, milledest tuleb diferentseerida pärasoolevähki, tuleks nimetada muutunud sisemisi hemorroide, samuti ka väliste hemorroidide tromboseerunud sõlmi, kuid teised hemorroididele tüüpilised sümptoomid võimaldavad siin vahet teha. Samuti ei asetse need sõlmed ka vähile tüüpilistes kohtades.

Peale selle tuleb vähki diferentseerida tuberkuloosist ja pärasoolesüüfilisest. Ka neil juhtudel aitab arsti teiste haigussümptoomide olemasolu. Diferentseerides vähki aktinomükoosist, tuleb meeles pidada, et viimast esineb pärasoolepiirkonnas harva, tal on rohkesti fistuleid, mis eritavad truuse sisaldavat mäda.

R a v i . Pärasoolevähi ravil kasutatakse tänapäeval kaht meetodit: operatiivset ja kiiritusravi. Esimene neist on peamine, teine aga teisejärguline.

Radikaalsele operatiivsele ravile kuuluvad haiged, kellel ei ole veel metastaase kaugemal asetsevates organites, kasvaja ise pole liitunud ümbritsevate kudedega ning on liikuv ja haiged ei ole veel kahheksilised. Kui radikaalset operatsiooni pole võimalik teostada, siis tehakse, kui see on näidustatud, kunstlik pärakuava S-käärsoolele. Kasutatakse ka operatiivse ja kiiritusravi kombinatsiooni.

Pärasoolevähi radikaalseks eemaldamiseks on olemas rida meetodeid. Ühe või teise meetodi kasutamine sõltub tuumori lokalisatsioonist.

1. Pärasoole amputatsioon (amputatio recti). Eemaldatakse terve koe piirilt kogu pärasoole alumine osa koos kasvajaga.

2. Pärasoole ekstirpatsioon (extirpatio recti) - täielik pärasoole eemaldamine. Kasutatakse kõrgel asetsevate kasvajate puhul.

3. Pärasoole resektsioon (resectio recti) - osaline pärasoole eemaldamine teatud ulatuses, kusjuures säilitatakse sulgurlihas koos pärasoole anaalse osaga. Pärasoole ülemine ja alumine kõnt ühendatakse õmbluste abil.

Arvestades seda, et pärasool asetseb sügaval vaagnas ja on raskesti ligipääsetav, on kasutusel mitu juurdepääsuteed.

Perineaalse ligipääsu puhul prepareeritakse pärasool välja ümara lõike kaudu perineumil. Ligipääsu ristluu kaudu kasutatakse soole resektsioonil ampullaarse vähi puhul, kusjuures säilitatakse sulgurlihas. Ligipääsu kõhuõõne kaudu kasutatakse kõrgel asetsevate kasvajate puhul. On võimalik ka abdominaalse ja perineaalse või sakraalse ligipääsu kombineerimine. Viimasel ajal kasutatakse viimast meetodit pärasoolekasvajate eemaldamisel kõige sagedamini.

Nõrkadel haigetel, samuti ka siis, kui esinevad soolesulguse nähud, soovitatakse operatsiooni teostada kahes seansis, kusjuures esimeses etapis tehakse ainult soole fistul.

N.N. Petrovi kliiniku andmeil on pärasoolekasvajate kombineeritud operatsioonimeetodi puhul suremus kaasajal umbes 9,6%. Haigete protsent, kes elavad peale pärasoole kombineeritud operatsiooni üle 5 aasta, ulatub 30-40%.

Pärasoolesarkoom.

Pärasoolesarkoomi esineb 200 korda harvem kui pärasoolevähki. Ta ei vaja eraldi kirjeldamist, kuna ta kliiniline pilt ei erine vähi omast.

XVII peatükk.

KUSE- JA SUGUELUNDITE HAIGUSED.

Uroloogiliste haiguste põhilised sümptoomid ja uurimismeetodid.

Kuse- ja suguelundite haiguste puhul esinevad haigetel enamikul juhtudest nii iseloomulikud kaebused, et ilma eriliste raskusteta on võimalik otsustada haiguse olemuse üle. Kusesüsteemihaiguste puhul on põhilised: 1) tüüpiline lokali-

satsioon, 2) urineerimishäired, 3) muutused uriinis.

Uroloogilise haige uurimine peab toimuma kindla süsteemiga, samuti kui iga teise haige uurimine. Alatakse vaatlusega, palpatsiooniga, uriini analüüsiga. Sellele järgnevalt võib üle minna spetsiaalsele instrumentaalsele ja röntgenoloogilisele uurimisele.

Valud.

Mõnede uroloogiliste haiguste puhul võivad valud puududa, teiste juures nad on aga haiguse peamisteks sümptoomideks.

Valud võivad olla ägedad, nagu see esineb neerukivitõve, hüdronefroosi ja nefroptoosi puhul, nad võivad aga olla ka tumedad, tuimad.

Valude lokalisatsioon ja nende irradiatsioon võimaldab enamikul juhtudest määrata diagnoosi.

Neerude ja kusejuhade haigestumisel võivad valud irradieeruda kubemepiirkonda, reide, munandikotti, naistel aga häbemekokkadesse, mida tavaliselt ei esine apenditsiidi, koletsüstiidi ja teiste haiguste puhul.

Kusemishäired.

Kusemishäireid täheldatakse kusepõie-, kusiti- (urethra) ja eesnäärmehaiguste puhul.

Ööpäevane uriini hulk ehk diurees on tervel inimesel umbes 1500 ml. Normaalse kusepõie mahu puhul (250-300 ml) toimub urineerimine tavaliselt 5-6 korda ööpäevas, mõnede haiguste korral, nagu polütsüstiline neer, diabeet jt. tõuseb diurees. Sellisel juhul räägitakse polüuuriast. Teiste haiguste puhul aga väheneb diurees, siis räägitakse oliguuriast. Neeru funktsioon võib häiruda ka selliselt, et kuse eritus lakkab. Niisugusel juhul räägitakse anuuriast.

Anuuriaga ei tohi segada täielikku uriinipeetust, retentsiooni. Anuuria puhul on kusepõis tühi, uriinipeetuse puhul on aga põies uriini ja haigetel esineb urineerimistung, kuid nad pole suutelised urineerima. Sellist kusepeetust nimetatakse ischuuriaks.

Uriini koostise muutused.

Mõnede kusesüsteemihaiguste puhul ei esine muutusi uriini koostises ja see võib jääda täiesti normaalseks. Teistel juhtudel on aga uriini muutused peamiseks haigussümptoomiks.

Meestel tuleb võtta uriini uurimiseks kahes osas (peale suguti pea puhastamist lastakse neid urineerida kahte klaasi). Selline uriini uuring võimaldab sageli haigust diagnoosida. Näiteks, kui uriini esimene osa sisaldab mäda, teine osa aga on normaalne, tuleb arvesse uretriit (kusiti eesmise osa põletik). Kui aga uriini esimene osa on puhas ja mäda esineb teises osas, tuleb otsida põletikku eesnäärmest või seemnepõiekestest ja kui mõlemad uriini osad on mädased, tuleb arvestada ülemiste kuseteede ja kusepõiepõletikuga. Naistel tuleb võtta uriini uurimiseks kateetri abil.

Normaalselt peab uriin olema hapu reaktsiooniga. Korduvalt leitud leelisene kuse reaktsioon räägib kas infektsioonist, mis lammutab kusinikku, või fosfaatuuriast. Uroloogilistel haigetel võib valk uriinis puududa, teda võib aga esineda ka erineval hulgal 0,5-1,0 °/oo.

Mõnede uroloogiliste haiguste puhul (neerukivitõbi, hüdronefroos, kasvajad) esineb uriinis verd - hematuuria.

Eraldatakse mikroskoobilist ja makroskoobilist hematuuriat. Esimesel juhul on veri (punalibled) sedastatav ainult mikroskoobi abil, teisel juhul on uriin värvunud verest punaseks ja vere olemasolu on sedastatav ka palja silmaga.

Eraldatakse järgmisi palja silmaga määratavaid hematuuriaid: 1. Initsiaalne - uriini esimeses osas on veri, teises osas aga ei ole. Initsiaalse hematuuria põhjuseks on patoloogilised protsessid kusiti kanalis. 2. Terminaalsed - uriini esimene osa ei sisalda verd ja veri ilmub alles kusemise lõpul. Terminaalse hematuuria põhjuseks on patoloogilised protsessid kusepõies. 3. Totaalne hematuuria - uriini kõik osad on värvunud verega. Totaalset hematuuriat täheldatakse mõnedel põie- ja neeruhaigustel, kõige sagedamini kasvajate puhul.

Vaatlus.

Mõnikord võimaldab juba ainult haige vaatlus orienteeruvat diagnoosi panna. Kaugelearenenud paranefriitidel täheldatakse nimmepiirkonnas esilevõlvuvust ja punetust. Esilevõlvuvust kõhu eesmise seina ülemises kvadrandis täheldatakse hüdronefroosi või kasvaja puhul.

Palpatsioon.

Kuse- ja suguelundite uurimisel tuleb alati kasutada ka palpatsiooni. Neerude palpeerimist teostatakse tavaliselt haige lamades seljali või küljel.

Ülemiste kuseteede haiguste puhul annab palpatsioon võimaluse määrata neeru asendit, selle suurust ja pinda. Neer võib olla suurenenud kasvajate, suure hüdronefroosi ja neeru tsüstide puhul. Terve neeru pind on sile, kasvajate puhul on ta aga konarlik ja kõva, tsüstide puhul on konarlik pind pehmem ja hüdronefroosi puhul on tuumor elastse konsistentsiga.

Perkussioon.

Kui kasvaja asub kõhukelme taga (neerukasvaja, tsüst jt.), siis sedastatakse perkussioonil tavaliselt tümpaaniat; kui aga kasvaja asetseb kõhuõõnes, sedastatakse tavaliselt tumestust. Seljale koputamisel esineb neerupiirkonnas valulikkus (Pasternatski sümptoom). Valulikkuse esinemine vihjab neeruhaigusele, selle puudumine ei lülita aga neeruhaiguse võimalust välja.

Tsüstoskoopiline uurimine.

Mõnede kusiti kanali ja kusepõiehaiguste diagnoosimisel on võimalik kasutada lihtsaid instrumente. Kasutatakse bužiisid ja kateetreid. Kateeter erineb bužiist selle poolest, et tal on keskel ava, mis bužiil puudub.

Tsüstoskoopia võimaldab kusepõie õõne uurimist ja limaskesta, üleminekuvoltide ja kusejuhade avade vaatlust. Temaga on võimalik avastada tuberkuleid, haavandeid, kive, võõrkehi, kasvajalisi moodustisi jne.

Enne tsüstoskoopia tegemist tuleb haigel soovitada kus-

ta, mis võimaldab näha kusejoa läbimõõtu, tema iseloomu ja peale tsüstoskoobi sisseviimist jääkuriiini olemasolu. Üeldu kehtib peamiselt meeste kohta.

Peale tsüstoskoobi viimist põide eemaldatakse selle optiline osa ja loputatakse kusepõis puhtaks. Loputamiseks kasutatakse keedetud vett, sooja füsioloogilist lahust, 2%-list boorhappelahust jne. Loputamist teostatakse väikeste vedelikukogustega seni, kuni loputusvedelik jääb täiesti läbipaistvaks. Sogases keskkonnas pole tsüstoskoopia võimalik. Peale loputamist täidetakse põis sama vedelikuga. Normaalse põie mahu puhul viiakse sinna 200–250 ml vedelikku.

Peale seda viiakse sisse optiline süsteem ja tsüstoskoobile pannakse külge käepide, mis on juhtme abil ühendatud vastava transformaatoriga. Lülitakse sisse lamp ja asutakse kusepõie süstemaatilisele vaatlusele.

Normaalne kusepõie limaskest on sile, kollakasroosa värvusega, läikiv; veresoonte hargnemine on selgesti nähtav. Kusejuhade avauste piirkonnas on veresoonte võrgustik rohkem arenenud. Kusepõiepõletikkudel on limaskest difuusselt punane, matt, mõnikord sametja välimusega. Mõnede tsüstiitide puhul on osa limaskestast kaetud fibrinoosse mädase katuga, mõnes osas võib esineda haavandumisi.

Tuberkuloossele kahjustusele on kõige iseloomulikum tuberkulite esinemine kusepõie limaskestal. Need on kollaka värvusega hirsiterakujulised moodustised ja asetsevad tavaliselt normaalse limaskesta foonil.

Kusepõie divertiikul on ümara või ovaalse niši kujuline, mille suudme limaskestal on radiaalseid soppe. Kasvajate puhul on kusepõiel nähtav sissesurutus. Hästi on nähtavad tsüstoskoobiga ka kivid ja võõrkehad.

Kromotsüstoskoopia on kõige enam levinud ja lihtne neerude funktsiooni uurimismeetod. Kromotsüstoskoopiat teostatakse tsüstoskoobi abil. Tema tehnika sarnaneb kõigiti tavalise tsüstoskoopia tehnikale, kusjuures peale tsüstoskoobi sisseviimist süstitakse haigele veeni 3–4 ml 0,4%-list indigiokarmiinilahust. Neerude normaalse funktsiooni puhul on 3–4 minu-

ti möödumisel ureetrite suudmetes näha sinaka värvusega uriinijoakesi. Neeru funktsioonihäirete puhul hilineb indigokarmiini eritus, kusi võib olla värvunud vähem intensiivselt, samuti võib värvaine ka täielikult puududa.

Kusejuhade kateteriseerimine.

Peale vaatlustsüstoskoopide on olemas ka kateteriseerimistsüstoskoobid, mille abil on võimalik kusejuha suudmest sisse viia spetsiaalne ureetri kateeter. Kusejuhade kateteriseerimine võimaldab koguda ja uurida uriini mõlemast kusejuhast eraldi ja määrata, milline neer on kahjustatud. Peale selle on kateteriseerimisega võimalik määrata kusejuhade läbitavust, teostada neeruvaagna loputusi, viia spetsiaalseks röntgenoloogiliseks uuringuks sisse kontrastainet jne.

Peale kirjeldatud tsüstoskoopide on olemas ka operatsioonitsüstoskoop, mis on varustatud täiendavate instrumentidega, näpitsatega ja kääridega. Nende tsüstoskoopidega on võimalik eemaldada põiest väikseid võõrkehi, teha biopsiat kasvajate avastamiseks jne. Tsüstoskoop litotrüptorit (kivi purustaja) kasutatakse kivide purustamiseks kusepõies silma kontrolli all.

Kusesüsteemi röntgenoloogiline uurimine.

Kusesüsteemi röntgenoloogiline uurimine on suure tähtsusega.

Röntgenoloogiliseks uurimiseks on kasutatavad lihtsad ülesvõtted, s.o. ülesvõtted ilma kontrastaine sisseviimiseta, samuti ka ülesvõtted kontrastainega. Lihtsaid ülesvõtteid kasutataks tavaliselt neeru-, kusejuhade, põie- ja eesnäärmekivide kindlakstegemiseks. Kontrastainega tehakse röntgeniülesvõtteid tavaliselt peale eelnevat lihtülesvõtet.

Kontrastainena kasutatakse õhku või sergosiinilahust, mida viiakse sisse läbi ureetri kateetri. Seda nimetatakse retrograadseks püelograafiaks.

V e e n i s i s e n e u r o g r a a f i a on leidnud laialdast kasutamist viimase 30 a. kestel, kuna tal on rida eeliseid, võrreldes retrograadse püelograafia meetodi-

ga. Üks peamistest paremustest on see, et ta võimaldab samaaegselt määrata ülemiste kuseteede (neeruvaagen, neerukarikad ja kusejuhad) funktsionaalset kui ka anatoomilist seisundit. Peale selle on veenisisene urograafia valutu ega vaja tsüstoskoobi viimist põide.

Igaühel neist meetoditest on omad näidustused ja vastunäidustused, seepärast täiendavad nad üksteist ega saa üksteist asendada.

Enne kui teostada haigele veenisisest urograafiat, on vaja veenduda selles, et neerude funktsioon tervikuna oleks veel enam-vähem rahuldav. Selleks tehakse Semnitski proov, s.o. lahjendus, ja kontsentratsiooniproov.

Neerud ja kusejuhad.

Neeru, neeruvaagna ja kusejuhade väärarengud.

Kaasasündinud neeruanomaaliate hulka kuulub suhteliselt harva esinev ühe neeru täielik puudumine ehk a p l a a s i a . Juhul, kui üks neerudest on alaarenenud, nimetatakse seda h ü p o p l a a s i a k s .

Väärarengute diagnoosimisel on oluline kromotsüstoskoopia, kusejuhade kateteriseerimine ja spetsiaalne röntgenoloogiline uurimine.

Kõige sagedasemaks väärarenguks on kahestunud n e e r u v a a g e n ja k u s e j u h a . See võib olla ühepoolne või kahepoolne. Sellisel juhul on neer kahe neeruvaagna ja kahe kusejuhaga, mis suubuvad eraldi põide. Esineb ka juhte, kus kusejuhad algavad eraldi neeruvaagnatest ja ühinevad enne kusepõide suubumist ühiseks kusejuhaks, saabudes põide ühise avaga - nn. lõhestunud kusejuha.

Oluline väärareng on ka sünnipärane neeru asendi muutus, nn. düstoopia. See anomaalia seletub sellega, et embrüonaalses perioodis oli mingil põhjusel takistatud neeru nihkumine nimmepiirkonda ja koos sellega ka tema pöördumine oma telje ümber. Kui neer asetseb vaagnas, kannab see vaagna düstoopia nimetust, kui ta asetseb ristluu kõrgusel, nimetatak-

se seda niude düstoopiaks ja kui ta asetseb alumise nimmelüli kõrgusel - nimme düstoopiaks. Mõnikord asetseb düstoopiline neer vastaspoolel, normaalsest madalamal. Viimast nimetatakse ristuvaks düstoopiaks.

H o b u s e r a u a k u j u l i n e n e e r on anomaalia, mille puhul mõlemad neerud on omavahel kokku kasvanud kas alumiste või ülemiste poolustega. Sagedamini esineb kokkukasvamine alumiste poolustega. Mõlemad neeru pooled on sümmeetrilised ja asetsevad üks ühel, teine teisel pool selgroogu. Esineb ka juhte, kus üks neerudest asetseb keskjoonel ja on selgroo suhtes põiki, teine aga asetseb vastaval poolel.

S o l i t a a r n e t s ü s t on üks haruldastest väärarengutest, mis võib asetseda ükskõik kummas neerus. Tavaliselt esineb see ühes neerus. Kahepoolseid solitaarseid tsüste esineb äärmiselt harva.

Tavaliselt on solitaarne tsüst ümara või ovaalse kujuga.

P o l i t s ü s t i l i n e n e e r on väärareng, mille puhul neeru parenhüüm on asendatud tsüstidega. Tavaliselt on kahjustatud mõlemad neerud ja need kujutavad nagu viinamarjakobarat. Seda väärarengut nimetatakse sageli neeru tsüstiliseks degeneratsiooniks. Tegelikult ei ole siin parenhüümi muutumist tsüstideks ja õigem on teda nimetada politsüstiliseks neeruks.

See haigus võib esineda kaua aega haigele täiesti märkamatult. Hiljem progresseerub tsüstide kasv, neeru parenhüüm surutakse kokku ja ta hävib. Ilmuvad neeru insufitsientsusenähud ja surma põhjuseks on ureemia.

Neeru- ja kusejuhakivid.

Neeru- ja kusejuhahaiguste hulka, mille puhul peamiseks sümptoomiks on valu, kuuluvad neerukivitõbi, hüdronefroos ja patoloogiliselt liikuv neer (nephroptosis).

Neerukivitõbi on sageli esinev haigus ja oma esinemissageduselt uroloogiliste haiguste hulgas esikohal.

Teda esineb igas vanuses, kõige sagedamini aga 20-50 eluaasta vahel. Neerukivitõve esinemissagedus meestel ja naistel

on enamvähem võrdne. Sagedamini esineb ta paremal poolel, haigus võib aga olla ka kahepoolne.

Oma keemiliselt koostiselt on kivid tavaliselt uraadid, oksalaadid ja fosfaadid. Uraadid koosnevad peamiselt kusihappesooladest ja -kristallidest. Nende pind on sile, värvus kollakaspruun. Oksalaadid koosnevad peamiselt oblikhapukaltsiumi sooladest. Tavaliselt on nad ümarja kujuga, kareda pinnaga, teravate nurkadega, mustja või šokolaadi värvusega. Sageli kuuluvad neerukivide koostisse ka fosfaadid ja fosforhappe soolad. Nende kivide pind on tavaliselt sile, nad on valged või kollakasvalged.

Üheks momendiks, mis soodustab neerukivide teket, peetakse kuse kolloidide ja kusiniku, oblikhappe ja fosfaatide omavahelise suhte muutumist. Toiduga seosesolevad ainevahetushäired, A ja D vitamiinide vähesus, vees esinevate mineraalide üliküllus, kuse pais kui ka infektsioon kusepõies on soodustavateks faktoriteks kivide tekkel. Kivide teket soodustavad ka närvisüsteemi häired.

S ü m p t o o m i d võivad neerukivitõve puhul kaua aega puududa ja haigus avastatakse juhuslikult mao, seedetrakti või sapiteede uurimisel. Enamikul juhtudest avaldub neerukivitõbi väga erineva intensiivsusega valudega ja kuse koostise muutustega. Valud võivad olla pakitsevad, mis haiget vähe häirivad, nii nagu need esinevad suurte neerukivide puhul, nad võivad aga olla ka ägedad, tüüpilised neerukooliku atakile.

Neerukivitõve puhul võivad kooliku atakid ilmuda igal ajal, nii päeval kui ka öösel, sõltumata tööst ja puhkusest, sagedamini võib neid aga täheldada peale pikemat käimist, jooksmist, hüppamist jne. Atakk algab ägedate valuhoogudega nimmepiirkonnas, mis kiirguvad ette, paremale või vasemale alakõhtu.

Valud on nii intensiivsed, et haiged karjuvad, vähkrevad voodis, otsivad mugavat asendit, kuid ei leia endale kusagil sobivat kohta.

Valud võivad kiirguda reide, munandisse, sugutipeasse

(naistel häbememokkadesse), erandjuhtudel ka abaluupiirkonda ja õlga. Esinevad neerukoolikud, mille puhul prevaleeruvad düspeptilised nähud kõhupuhitusega, iiveldusega, oksendamisega, tugeva defekatsioonitungiga või ka kõhukinnisusega. Väga sageli kaasuvad neerukoolikutega düsuurianähud, mis mööduvad hoo vaibumisel.

Kaua loeti neerukoolikule tüüpiliseks leiuks hematuuriat ja varem esinenud kivide väljumist koos uriiniga. Haigete uurimine kaasaegsete meetoditega näitab, et hematuuria ei ole kivitõve puhul alati esinev sümptooom. Palja silmaga sedastatav hematuuria esineb neerukivitõve puhul 25–30% juhtudest. Mikroskoobiliselt sedastatakse verd 40–45% juhtudest. Ülejäänud juhtudel ei sisalda uriin verd. Varasemat kivide väljumist uriiniga esineb umbes 10–15% haigetest.

D i a g n o o s . Neerukivitõve kahtlusel alustatakse haige uurimist vaatlusega, palpatsiooniga, uriini uurimisega ja röntgeniülesvõttega ilma kontrastaineta.

Arvestades seda, et neeru- ja kusejuhakivide sümptoomid on enamikul juhtudest sarnased, tuleb teha ülesvõte selliselt, et oleks terves ulatuses nähtavad neerud kui ka kusejuhad, samuti ka kusepõis. Kui arvestada ka seda, et 20% haigetest täheldatakse kahepoolseid kive ja et üks pool võib olla ka sümptoomideta, on vaja teha ülesvõte selliselt, et nähtavad oleksid mõlemad pooled, s.o.: tuleb teha ülevaatlik ülesvõte tervest kuseorganite süsteemist.

Võttes hoolikalt anamneesi ja uurides haiget süstemaatiliselt, pole neerukivitõve diagnoosimine enamikul juhtudest raske.

Üks sagedasematest vigadest neerukivitõve ja teiste kusesüsteemihaiguste diagnoosimisel on nende ärasegamine apenditsiidiga, kuna viimasega sageli kaasuvad valud neeru- ja kusejuhapiirkonnas.

Tähelepanekud näitavad, et need vead on enamikul juhtudest seoses mitte küllalt täpse anamneesi võtmisega. Tuleb meeles pidada, et neerukooliku tüüpiliste valudega ja valude irradiatsiooniga võivad kaasuda iiveldus, okse, gaaside pee-

tus, kõhuseinte pinge, kõhukelme ärritusnähud, temperatuur kui ka leukotsütoosi tõus.

Äge neerukooliku hoog kestab tavaliselt 1-2 tundi ja peale selle möödumist tunneb haige end täiesti rahuldavalt. Ta on järgmisel päeval töövõimeline. Ägeda apenditsiidi ja koletsüstiidi atakid kestavad tunduvalt kauem, samuti säilivad ka nende sümptoomid kauem.

Kui vaatamata hoolikale anamneesi võtmisele tekib kahtlus ägedale apenditsiidile, on kasulikum kalduda viimasele diagnoosile ja teostada apendektoomia, millega välditakse risk katastroofile kõhuõõnes.

R a v i . Kui neerukooliku atakk on põhjustatud väikesemõõtmelisest kivist ja on põhjust arvata, et kivi väljub ise, on ravi konservatiivne. Ataki ajal soovitatakse sooja vanni, paikset kuumutamist sooja kotiga ja ka narkootiliste vahendite süstimist naha alla (atropiin, morfiin, pantopoon). Tuleb jälgida, kas kivi eemaldub uriiniga.

Kirurgilist ravi kasutatakse juhul, kui vaatamata sageli korduvatele atakkidele ei välju kivid ja jäävad peatuma neeruvaagnasse või kusejuhadesse, viies neeru funktsiooni-häiretele.

Neerukooliku retsidiivide vältimiseks on vaja pidada dieeti. Sõltuvalt kivi koostisest määratakse haigele dieet. Kusihappekivide puhul piiratakse liha tarvitamist, keelatakse tugevad lihasupid ja vein. Oblikhappekivide puhul keelatakse suitsutatud ained, tomatid, redised, šokolaad, roheline sibul, roheline kapsas. Fosfaatkivide puhul piiratakse piima, munade ja jahutoitude tarvitamist.

Mõttetu on saata kuurortidesse (Železnovotsk, Essentuk, Truskavets jt.) haigeid, kellel kivid ei ole läbimineku tendentsiga. Ravi mineraalvetega kuurortides on näidustatud peamiselt haigetel peale kivi eemaldamist operatsiooni teel, samuti ka juhtudel, kui uriin on infitseeritud.

Hüdronefroos.

Tugevad tuimad valud nimmepiirkonnas võivad olla põhjustatud haigusest, mida nimetatakse hüdronefroosiks. Hüdronefroos areneb siis, kui on takistatud kuse vaba äravool neeruvaagnast.

Haiguse algul on neeruvaagen ja karikad vähe laienenud, sellisel juhul räägitakse püeloektaasiast, ja kui ei eemaldata kuse neeruvaagnast äravoolu takistavat põhjust, areneb hüdronefroos. Uriini äravoolu takistus võib olla kaasasündinud või ka omandatud.

Kaasasündinud hüdronefrooside põhjused võivad olla nii mehhaanilised kui ka dünaamilised. Hüdronefroosi mehhaanilisteks põhjuseks on kaasasündinud klapitaolised voldid ja neeruvaagna lähedase kusejuha osa kitsenemine. Siia kuuluvad ka lisa veresooned, mis komprimeerivad nimetatud kusejuha osa, niverdused, kivi neeruvaagnas või kusejuhas jne.

Hüdronefroosi dünaamiliste põhjustena on esiplaanil kuseteede (neeruvaagen, kusejuha) neuro-muskulaarse aparaadi patoloogiline seisund.

Hüdronefroos võib esineda igas vanuses, kuid kõige sagedamini esineb teda 20–40 a. vahel.

Haigestumissagedus on paremal ja vasemal poolel sama, vähestel juhtudel esineb ka kahepoolne hüdronefroos.

S ü m p t o o m i d . Hüdronefroos kulgeb sageli sümptoomideta ja neil juhtudel avastatakse ta alles infektsiooni kaasumisel. Kõhuõõne palpeerimisel võib mõnikord olla palpeeritav ka sileda pinnaga palloteeriva tuumorina hüdronefrootiline neer, kuid palpatsiooni ei tohi pidada põhiliseks meetodiks hüdronefroosi diagnoosimisel, sest hüdronefrootiline neer võib olla ainult pisut suurenenud või isegi normaalse suurusega.

Kõige sagedasemaks ja sageli ka ainukeseks hüdronefroosi sümptoomiks on valu, mis võib olla tuim või ka hoogi esinev, äge. Valu võib olla tüüpilise neerukooliku iseloomuga ja temaga võib kaasuda reflektoorne düsuuria. Sageli täheldatakse

hüdronefroosi puhul ka hematuuriat. 15-20% juhtudest täheldatakse palja silmaga märgatavat hematuuriat.

Valude iseloom, kuse uuringud ega ka palpatsioon ei anna küllaldaselt andmeid vahetegemiseks hüdronefroosi ja neerukivitõve vahel.

Diferentseerimiseks on vaja hoolikalt uurida kogu kusesüsteemi röntgeniülesvõtet. Neil juhtudel ei saa piirduda ainult ülesvõttega neerudest. Diagnostiliselt väärtuslikke andmeid annab ka kromotsüstoskoopia. Juhul, kui on tegemist hüdronefroosiga, ei eritu haigel poolel indigokarmiini, tervel poolel aga eritub seda intensiivse joana. Hüdronefroosi algstaadiumis, kui on veel tegemist püeloektaasiaga, algab indigokarmiini eritus tunduva hilinemisega ja see toimub nõrgalt värvunud joana.

Lõplikult on hüdronefroosi võimalik diagnoosida õhuga või kontrastainega teostatud retrograadse püelograafia abil. Püelogrammil saavad nähtavaks laienenud neeruvaagen ja neerukarikad.

Neerude funktsionaalse seisundi väljaselgitamiseks hüdronefroosi puhul kasutatakse veenisisest urograafiat, mida tuleb eelistada kromotsüstoskoopiale.

Ühepoolse hüdronefroosi puhul, kui teine neer on terve, on prognoos hea, kahepoolse hüdronefroosi puhul on aga prognoos halb.

R a v i on hüdronefroosi puhul kirurgiline. Kaugelearenenud ühepoolsel hüdronefroosil, kui on toimunud tugev neeru parenhüümi häving ja teine pool on terve, on näidustatud plastiline operatsioon või ka nefrektoomia.

Seda küsimust saab lahendada lõplikult alles operatsiooni kestel.

Varastel hüdronefroosi vormidel, kus neeru parenhüümi on säilinud veel küllaldaselt, on näidustatud organit säilitav plastiline operatsioon.

Nefroptoos (neeru allalangus).

Seoses hingamisliigutustega on ka neerud normaalselt teatud liikuvusega. Ptootiline, liikuv kui ka rändneer on haigused, mille puhul neer ei asu oma normaalsel kohal ja liigub tavalisest enam. Nefroptoosi puhul ei liigu neer mitte üksnes kaudaalses suunas, vaid ka oma piki- ja ristitelje ümber, seepärast oleks kõige õigem nimetada seda haigust patoloogiliselt liikuvaks neeruks.

Nefroptoosi haigestuvad ülekaalukalt naised vanusega 20–40 aastat. Enamikul juhtudest täheldatakse nefroptoosi paremal poolel, harva vasemal ja veel harvem mõlemal poolel korraga. Põhiliseks sümptoomiks nefroptoosi puhul on valu, mis esineb tavaliselt seoses füüsiliste pingutustega, pikema käimisega, sõitmisega põrutaval teel jne.

Erinevalt neerukivitõvest ja hüdronefroosist ei esine nefroptoosi puhul valu, kui haige on lamavas asendis. Nefroptoosil võivad esineda valud ainult siis, kui haige lamab tervel küljel, kuna see põhjustab neeru nihkumist. Nefroptoosihaiged armastavad lamada kas haigel küljel või seljal.

Nefroptoosihaigetel täheldatakse sageli düspeptilisi nähte, kõige sagedamini kõhukinnisust.

D i a g n o o s . Nefroptoosi diagnoositakse sageli tüüpilise anamneesi põhjal (valud seoses füüsiliste pingutustega ja pika käimisega, mis mööduvad haigel küljel lamamisel). Patoloogiliselt liikuv neer võib olla ka palpeeritav, kui haigel lasta lamada seljal või ka tervel poolel. See, et neer ei ole palpeeritav, ei lüli veel välja nefroptoosi võimalust. Neeru funktsioon nefroptoosi puhul tavaliselt ei kannata, mida tõendab kromotsüstoskoopia. Retrograadsel püelograafial sergosiiniga on neeru patoloogiline liikuvus haige asendi muutmisel (horisontaalseks ja vertikaalseks) selgesti nähtav. Vertikaalses asendis tehtud püelogrammil on nähtav neeru nihkumine.

R a v i võib nefroptoosil olla konservatiivne ja operatiivne.

Lõtvade kõhuseintega haigetel soovitatakse spetsiaalse bandaaži kandmist, mis tuleb panna ümber selili lamades. Bandaaži eemaldamine toimub samas asendis.

Kui bandaaži kandmine ei anna tulemusi ja valud häirivad haiget tema töös, tuleb soovitada operatiivset ravi, nefropeksiat. Nefropeksia on tehniliselt lihtne operatsioon ja ta seisneb neeru õmblemises XII roide külge.

Põletikulised haigused.

Neeru põletikulisi haigusi esineb sageli. Sõltuvalt protsessi lokalisatsioonist eraldatakse püeliite, püelonefriite ja püonefroose.

Püeliit. Püeliit on neeruvaagnapõletik, mil neeru parenhüüm pole põletikust kaasa haaratud. Püeliiti esineb loetletud põletikulistest neeruhaigustest kõige sagedamini. Teda põhjustav infektsioon võib sattuda neeruvaagnasse hematogeenselt, lümfogeenselt või kuseteid kaudu ülenevalt. Kõige sagedamini on püeliidi põhjustajaks kolibakter. Naised haigestuvad püeliiti palju sagedamini kui mehed.

Väga sageli esineb püeliiti esimese raseduse ajal, eriti selle teisel poolel.

S ü m p t o o m i d. Äge püeliit algab kõrge temperatuuriga, mis ulatub kuni 40° ja enam, külmavärinatega, ägedate valudega nimmepiirkonnas vastaval poolel. Valud võivad irradieeruda kubemepiirkonda ja alakõhtu.

Neerupiirkonna palpatsioon on valulik ja Pasternatski sümptoom on positiivne. Peale selle esinevad nõrkus, peavalu ja teised haigestumise üldsümptoomid. Rasketel juhtudel püsib temperatuur kuni 2 nädalat, kergematel juhtudel muutub ta normaalseks 6-7 päevaga.

Kõikidel juhtudel, kus püuuria püsib kaua aega, tuleb uurida haiget põhjalikult, selgitades välja selle tõelise põhjuse, ei tohi rahulduda lihtsalt kroonilise püeliidi diagnoosiga. Analüüsitavat uriini tuleb naistel võtta kateetriga, meestel aga lastakse urineerida kahte klaasi.

R a v i . Kõrge temperatuuriga kulgevatel ägedatel püeliitidel tuleb määrata esimestel päevadel voodirežiim. Nimmepiirkonda asetatakse soojad kotid. Soovitatakse lamamist selili või tervel küljel, kuna see soodustab uriini äravoolu haigest neerust. Mõnel juhul tuleb kasutada ägedate valude tõttu ka narkootikume.

Dieet ei tohi olla ärritav. Esimestel päevadel määratakse haigele piimatoit. Sellel perioodil, kui esinevad kõrge temperatuur ja ägedad valud, mis on seoses kuse äravoolu häiretega neeruvaagnast, tuleb piirata vedeliku hulka. Temperatuuri langemisel, valude vähenemisel ja uriini äravoolu paranemisel soovitatakse, vastupidi, rohkesti juua.

Hoolikalt tuleb jälgida soolte funktsiooni. Kõhukinnisusel võib kasutada lahtisteid ja klistiire. Medikamentoossetest preparaatidest kasutatakse diureetikume ja desinfitseerivaid vahendeid: urotropiini 1g 3-4 korda päevas suu kaudu või ka 40%-list urotropiinilahust 5-10 ml süstituna veeni.

Heade tulemustega kasutatakse penitsilliini 400 000 Ü ööpäevas (2 korda 200 000 Ü) süstimist lihastesse.

Kui medikamentoosne ravi ei anna tulemusi, valud ja temperatuur püsivad, tuleb viia neeruvaagnasse dreen. Põie kaudu viiakse ureetrisse kateeter ja jäetakse sinna 24-36 tunniks. Peale selle tavaliselt langeb temperatuur, valud vaibuvad ja haige seisund paraneb tunduvalt.

Püelonefriidi puhul on neeruvaagna kahjustuse kõrval kahjustatud ka neeru parenhüüm. Sellest tingituna sisaldab uriin valku ja peale selle esineb ka vormelementidena silindreid.

Kliiniline pilt püelonefriidi puhul on sama mis püeliidigi puhul, kuid haigus on pikalevenivam.

R a v i v õ t t e d on samad mis püeliidilgi.

Püonefroos. Kui mädane protsess neerudes progresseerub, arenevad neeru parenhüümis destruktiivsed muutused ja neer muutub mädaga täitunud kotiks. Püonefroos võib areneda samuti ka infitseeritud kivide tulemusena, kui need püsivad kaua, samuti aga ka neerutuberkuloosi tulemusena.

Püonefroosi peamiseks tunnuseks on väljakujunenud püouuria. Uriin, mis seisab nõus, annab rohke mäda sademe. Kromotsüstoskoopial ei eritu haigelt poolelt indigokarmiini, kuid on näha väikeste mädavorstikeste eritumist kusejuha avast.

Püonefroosi puhul osutub ainukeseks tõhusaks r a v i m e e t o d i k s neeru eemaldamine, seda eriti neil juhtudel, kui püonefroosiga kaasub temperatuuri tõus ja haige üldseisundi halvenemine.

Paranefriidiks nimetatakse neeru ümbritseva rasvkoe põletikku. Tavaliselt esineb paranefriidi äge mädane vorm.

Mäda-põletikulised protsessid, mis arenevad neeru ümbritsevas rasvkoes, jaotatakse primaarseteks ja sekundaarseteks. Primaarseteks loetakse neid paranefriite, mis arenevad vahetult peale nimmepiirkonna traumat või infektsiooni sattumisel neeru ümbritsevasse koesse hemotogeensel teel (näiteks peale furunkuloosi, angiini, üldinfektsioossetel haigustel jne.). Kui infektsioon läheb neeru ümbritsevale koele üle vahetult neerust (kalkuloosse või tuberkuloosse püonefriidi puhul), nimetatakse paranefriiti sekundaarseks.

Paranefriit võib kulgeda mitmeti. Ta võib alata järsku, tugevate valudega nimmepiirkonnas, kõrge temperatuuri ja vappekülmaga. Mõnikord areneb paranefriit varjatult, aeglaselt ja haigele märkamatult. Kõige sagedamini esinevaks sümptoomiks on valud nimmepiirkonnas. Väljakujunenud positiivset Pasternatski sümptoomi täheldatakse peamiselt tagumistel paranefriitidel. Aeglaselt võib areneda turse nimmepiirkonnas, mida täheldatakse samuti peamiselt tagumistel paranefriitidel. Kui vaadelda haiget selja tagant, paistab silma esilevõlvuvus haigel poolel. Kaugelearenenud juhul võib esineda selles piirkonnas ka punetus ja fistulid, sageli selgroo kõverdumine ja puusaliigese kontraktuur.

Paranefriitidel, mis pole lähtunud neerust, ei sisalda uriin mingisuguseid patoloogilisi lisandeid ja kusemisel puuduvad häired. Neeru päritoluga paranefriitidel sisaldab uriin mäda. Temperatuur tõuseb kuni 40° ja enam, kõikudes

ööpäevas kuni 2°. Krooniliselt kulgevatel juhtudel võib temperatuur kaua normaalne olla ja ainult üksikjuhtudel kõigub väikeses ulatuses.

Diagnostikas on suureks abiks ülevaatlik röntgenograafia neerude piirkonnast. Paranefriidi puhul pole haigel poolel, võrreldes terve poolega, m. psoase kontuur teravalt nähtav.

P r o g n o o s on paranefriitidel üldiselt hea, seda peamiselt siis, kui mädakolded avatakse õigeaegselt.

R a v i . Paranefriidi taandareng toimub sageli konservatiivse ravi tulemusena. Kasutatakse paikset soojendamist ja penitsilliini süstimist lihastesse 400 000 - 800 000 Ü ööpäevas. Enamikul juhtudest tuleb mädakolle avada nimmepiirkonnas.

Neerutuberkuloos.

Neerutuberkuloos on sekundaarne. Tuberkuloosi tekitajad kanduvad neeru mõnest teisest koldest hematogeensel teel, seepärast ei tule kuseorganite tuberkuloosi vaadelda isoleeritult. Harva satub infektsioon neeru ka lümfogeensel teel, samuti võib ta sinna sattuda ka kuseteid kaudu ülenevalt kusepõiest.

Kuseorganite tuberkuloos esineb kõige sagedamini 20.-40. eluaasta vahel, kuid ta võib esineda ka lastel ja vanemas eas.

Kõige varasemaks neerutuberkuloosi kliiniliseks sümptoomiks on mäda eritumine uriinis.

Tuberkuloosi puhul võib esineda ka totaalne hematuuria (5%), s.o.: kõik uriin on värvunud verega. Tavaliselt täheldatakse totaalset hematuuriat algava neerutuberkuloosi puhul ja ta võib olla ka haiguse esimeseks ja ainukeseks sümptoomiks. Protsessi üleminekuga kusepõiele algab neerutuberkuloosi kliinilises kulus uus faas. Haiguskollete ja haavandite tekkimisel kusepõie limaskestal ilmub sage kusemine nii päeval kui ka öösel. Kusemine on seotud valuga ja uriini tuleb

vähe. Eriti valulik on urineerimise lõpp.

Meestel kaasub neerutuberkuloosiga 45-50% juhtudest ka suguelundite (munandikotiorganite, eesnäärme ja seemnepõiekeste) tuberkuloos. Naistel kahjustub suguaparaat kuseorganite tuberkuloosi puhul harva.

Kauakestev püouuria, s.o. mäda esinemine uriinis ja püsiv düsuuria põhjustavad eelkõige kahtlust kuseorganite tuberkuloosile.

Kusesüsteemi tuberkuloosi puhul esineb uriini koostises rida iseärasusi. Tavaliselt on uriini reaktsioon happeline, temas esineb valku 0,03 kuni 1%. Esineb ka mäda. Erandi moodustavad haiged, kellel on haige neer funktsioonist täielikult välja lülitatud.

Meestel tuleb uurida uriini kahes osas, naistel peab see olema võetud kateetriga. Tuberkuloositekitajate leidmine mädases uriinis on kuseorganite tuberkuloosi kindlaks tõendiks.

Aseptiline püouuria, s.o. mäda esinemine uriinis ilma mikrofloorata annab küllaldast põhjust arvata, et on tegemist kusesüsteemituberkuloosiga.

Kusesüsteemituberkuloosi diagnoosimist täpsustab tsüstoskoopia, mille puhul kusepõie limaskestal on sedastatavad tuberkulid, haavandid või muud muutused. Diagnoosi täpsustamiseks, kas on tegemist ühe või kahepoolse protsessiga, on vaja võtta uriini mõlemast kusejuhast eraldi ja teha ülenev püelograafia kontrastainega (50%-line sergosiinilahus).

R a v i . Kuni viimase ajani oli ainukeseks ratsionaalseks neerutuberkuloosi ravimeetodiks nefrektoomia, sõltumata haiguse vormist.

Seoses sellise võimsa antibiootikumi tarvituselevõtuga, nagu seda on streptomütsiin, on kuseorganite tuberkuloosi operatiivne ravi indikatsioonid tunduvalt muutunud.

Streptomütsiini kasutamine neerutuberkuloosi algstaadiumis võib viia üksikjuhtudel kliinilisele paranemisele.

Neerukasvajad.

Neerukasvajad kuuluvad enamikus pahaloomuliste kasvajate

hulka. Healoomulisi kasvajaid (fibroomid, fibrolipoomid, lipoomid) esineb äärmiselt harva, seepärast ei ole nad praktilise tähtsusega.

Täiskasvanutel esineb neerutuumoritest kõige sagedamini hüpernefroom.

Neerukasvajatele iseloomulikuks sümptoomiks on totaalne hematuuria, palpeeritav tuumor ja valud nimmepiirkonnas. Ei tohi aga unustada, et neerukasvajad võivad areneda pikka aega, ilma et nad annaksid mingisuguseid sümptoome, ja sageli avastatakse nad alles metastaaside tõttu, siis, kui kasvaja on juba opereerimatu.

Totaalne hematuuria võib olla ainukeseks, vahel väga lühiaegseks sümptoomiks. Mõnikord esineb ta ainult üks kord. Tuleb silmas pidada, et totaalne hematuuria on ähvardav sümptoom ja selle esinemisel tuleb alati teha kohe kindlaks selle lähtekoht. Suureks abiks selle küsimuse lahendamisel on tsüstoskoopia, kui see on teostatav hematuuria ajal. Kui tsüstoskoopiat teostatakse peale hematuuria lõppemist ja põies ei saa sedastada verejooksu lähtekohta, tuleb teostada ülenev püelograafia kontrastainega. Kui hematuuria põhjuseks on neeruvaagnast või neerukarikatest lähtunud tuumor, on püelogrammil näha tüüpilised muutused, neeruvaagna või karikate deformatsioon. Mõnikord on sedastatav ka nende amputatsioon.

Neil juhtudel, kui kasvaja on palpeeritav, aitab perkussioon kaasa küsimuse lahendamisel, kas kasvaja on kõhuõõnes või selle taga. Juhul, kui kasvaja on retroperitoneaalselt, leitakse perkussioonil tavaliselt tümpaanilist kõla, kui ta asub aga kõhuõõnes, esineb tumestus.

R a v i . Õigeaegsel kasvaja avastamisel on näidustatud neeru eemaldamine. Opereeritavuse küsimus otsustatakse lõplikult sageli alles operatsioonilaual. Ravi tulemused sõltuvad õigeaegsest diagnoosist.

Kusepõie väärarengud.

Kusepõie ektoopia kuulub kaasasündinud väärarengute hulka, mille puhul puudub kusepõie eesmine sein ja osa eesmisest kõhuseinast. Läbi tekkiva defekti ulatub pinnale kusepõie tagumine sein. Viimase pinnal on nähtavad kusejuhade avad, kust kogu aeg väljub uriini. Enamik haigetest sureb lapseeas kusejuhasid kaudu üleneva infektsiooni tulemusena.

R a v i on kirurgiline ja seisneb kusejuhade istutamises pärasoolde. Peale selle on soovitatud ka teisi plastilisi operatsioone.

Kusepõie divertiikul on kusepõie seina kõikide kihtide väljasopistis piirdunud alal, mis moodustab nagu lisa õõne, olles ühenduses kusepõieõõnega kitsa kanali kaudu. Koos põiega meenutavad nad liivakella.

Kusepõie divertiikuli puhul on peamiseks kaebuseks kusemishäired. Haigel on tunne, et kusepõis pole tühjenenud täielikult.

Kusepõie divertiikulit d i a g n o o s i t a k s e e r i t a k s e tsüstograafia abil.

R a v i on sümptomaatiline. Ta seisneb süstemaatilises kusepõie kateteriseerimises ja selle loputamises. Kõige radikaalsemaks ravimeetodiks on divertiikuli kirurgiline eemaldamine.

Kusepõiepõletikud (tsüstiidid).

Tsüstiit on kõige sagedamini esinev kusepõiehaigus. Ta esineb mitte üksnes iseseisva haigusena, vaid sageli ka komplikatsioonina mitmesugustel kusepõiehaigustel.

Tsüstiit areneb infektsiooni sattumisel kusepõide. Kliinilised tähelepanekud, samuti ka loomkatsed aga on näidanud, et tsüstiidi arenguks on peale infektsiooni vaja veel teisi soodustavaid momente. Sellisteks on haigused, mis põhjustavad kusepeetust (eesnäärmeadenoom, kusiti kitsendid) ja hai-

gused, mis vigastavad kusepõie limaskesta (kivid ja teised võõrkehad). Nende haiguste tulemusena on põide sattunud mikroobidel head areguvõimalused. Kõige sagedamini esineb tsüstiiditekitajana stafülokokke, streptokokke ja kolibaktereid.

Infektsioon tungib kusepõide hematogeensel ja lümfogeensel teel, samuti võib ta sattuda sinna ka endo-vesikaalsetel protseduuridel (kateteriseerimine, bužeerimine jne.). Tuleb meeles pidada, et igasuguste instrumentide viimine põide nii diagnostiliseks kui ka ravi otstarbeks peab toimuma vastavalt kõikidele aseptikanõuetele.

Tsüstiidi peamisteks sümptoomideks on sage ja valulik urineerimine ja püouuria (mädakusesus).

Sagedane kusemine toimub nii päeval kui ka öösel, nii töö- kui ka rahuolukorras. Ägedatel tsüstiidijuhtudel tunnevad haiged urineerimistungi iga 20-30 minuti järele ja isegi sagedamini. Valud on eriti teravalt välja kujunenud kusemise lõpul.

Tavaliselt kestab äge tsüstiit kuni 15 päeva. Tsüstiidi diagnoosimine ei valmista erilisi raskusi. Juhtudel, kui tsüstiit võtab pikaleveniva kuju, tuleb teha spetsiaalsete uuringutena esmajärjekorras tsüstoskoopia. Tuleb välja selgitada haiguse pikalevenimise põhjus ja arvestada seda, et üks sellistest põhjustest võib olla kuseorganite tuberkuloos.

R a v i . Ägeda tsüstiidi puhul soovitatakse haiguse esimestel päevadel piima ja taimetoitu, sooje istevanne (36-38°) ja paikset soojendamist soojade kottidega. Peale selle kasutatakse valude vähendamiseks narkootilisi vahendeid küünaldena või pulbritena. Desinfitseerivatest vahenditest kasutatakse urotropiini, 1g kolm korda päevas sisse võtta või süstida veeni 5-10 ml 40%-list lahust. Head terapeutilist efekti annab süntomütsiin 0,5 kolm kuni neli korda päevas, mitme päeva kestel.

Kusepõiekivid.

Kusepõiekive esineb meestel rohkem kui naistel, igas vanuses, kuid sagedamini vanemas eas.

Kivid võivad areneda kusepõies eneses, kuid harilikult nad laskuvad siia neeruvaagnast ja kusejuhast.

Infitseerumata kivide puhul esineb haigetel sage kusetung ainult liikumisel, rahulikus olukorras see pole sagenenud. Peale selle võib esineda ka valu kusemise lõpul, kusjuures valud sageli kiirguvad sugutipeasse. Esineb ka totaalset hematuuriat.

Totaalne hematuuria esineb tavaliselt peale pikemat käimist, põrutavat sõitu jne. Ta on seletatav sellega, et kivi traumatiseerib kusepõie limaskesta. Kusepõiekivid võivad katkestada kusemist, s.o. kusejuga katkeb järsku, ja selleks, et jätkata kusemist, tuleb muuta haigel oma asendit: pöörata küljele, kükitada jne. Neil juhtudel, kui kivi pitsub kusiti tagumises osas, tekib järsk kusepeetus.

Infektsiooni kaasumisel muutuvad haige kaebused, kliiniliselt areneb välja tsüstiidi pilt.

Kõige täpsem diagnoosimise meetod on tsüstoskoopia, kõige lihtsamaks aga röntgenoloogiline uurimine, kuid kõik kivid, peamiselt uraadid, ei anna ülesvõttel selget varju. Sellistel juhtudel on sobiv teha pneumotsüstograafia (kusepõide viiakse kateetri kaudu 100-150 ml õhku ja sellele järgnevalt tehakse röntgeniülesvõte).

R a v i . Kui kivi pitsub kusiti tagumises osas ja põhjustab uriinipeetust, tuleb see lükata tagasi põide, kasutades selleks jämedat kõva kateetrit või bužiid.

Peamiseks kusepõiekivide raviks on nende eemaldamine suprapuubilise lõikega. Kasutatakse ka kivide purustamist põies (litotrypsia).

Suuremõõtmelised kivid, eriti oksalaadid, kui nendega kaasub infektsioon, kuuluvad eemaldamisele suprapuubiliselt. Samuti kuuluvad operatiivsel teel eemaldamisele ka kivid, kui kusepõies on jääkuriini, kusiti on kitsenenud või kui ki-

vi tuuma moodustab võõrkeha. Neil juhtudel, kui kusepõie maht on küllalt suur ja kusiti kaudu sissepääs on vaba, puudub jääkuriin, kui fosfaat- või ka ureaatkivid pole eriti suured, on kasutatav litotrüpsiameetod.

Kui haigel on eraldunud koos uriiniga kivikillukesi, on vaja teha kontrolliks tsüstoskoopia.

Kusepõiekasvajad.

Kuseorganites esinevatest kasvajatest on esikohal kusepõiekasvajad. Enamikus esinevad siin epiteliaalsed kasvajad, mis võivad olla nii hea- kui ka pahaloomulised.

Healoomulistest kasvajatest esineb siin väikesi papilloome, mis kinnituvad jalakesele ja tavaliselt ei infiltreeri kusepõieseina. Kui neid kasvajaid ei diagnoosita õigeaegselt ega rakendata vajalikke ravivõtteid, võib nende kasv muutuda atüüpiliseks ja nad lähevad üle papillaarseks vähiks.

Vähk võib asetseda ka tiheda siledapinnalise lihaja kasvajana laial alusel, kasvades kusepõie limaskesta-alusesse kihti ja isegi sügavamale.

Kusepõiekasvajate peamiseks sümptoomiks on erineva intensiivsusega totaalne hematuuria. Hematuuria võib ilmuda ootamatult, järsku, ilma et teda esineks uuesti paljude nädalate, isegi aastate jooksul.

Tsüstoskoopia võimaldab kusepõiekasvajate diagnoosimist ilma eriliste raskusteta.

R a v i kusepõie healoomuliste kasvajate puhul on nende koaguleerimine diatermia abil. Suurte ja rohkearvuliste papilloomide puhul on näidustatud elektrokoagulatsioon põie operatiivse avamisega. Väikesi kasvajaid võib koaguleerida tsüstoskoobi abil.

Pahaloomulistel kasvajatel, mis infiltreerivad kusepõieseina, soovitatakse operatiivset ravi, kusepõieseina resektsiooni või põie eemaldamist ja ureetrite istutamist pärasoolde.

Viimaste aastate kestel on hakatud kasutama ka kiiritusravi.

Kusiti.

Kusiti väärarengud.

Kõige sagedamaks kusiti väärarenguks on tema välise ava vale asend.

Kusiti välisava võib asetseda suguti tagumisel pinnal (hypospadia) või selle eesmisel pinnal (epispadia). Ulatusliku epispadia või hypospadia puhul on ravi operatiivne.

Kusiti kitsenemine.

Kusiti kitsenemine (striktuur) tekib armistumistel, mis viivad kusiti kanali kitsenemisele.

Kusiti kitsenemine on sageli läbipõetud gonorröa, harvem ka traumade tulemus.

Kusiti kitsenemine gonorroilise protsessi tulemusena toimub enamikul juhtudest selle eesmises osas. Trauma tulemusena arenevad kitsendid lokaliseeruvad tavaliselt kusiti tagumises osas.

Kusiti kitsendeid d i a g n o o s i t a k s e kusejoa jämeduse ja kuju muutuse järgi. Täpsemaks uurimiseks kasutatakse spetsiaalseid instrumentaalseid ja röntgenoloogilisi uurimisi (uretrogramm).

R a v i võib olla konservatiivne (bužeerimine) või operatiivne. See sõltub kitsenemise lokalisatsioonist, haiguse kestusest ja reast teistest faktoritest.

Eesnääre.

Eesnääre kujutab endast tihedat elastset moodustist, mille peamiseks koostisosaks on näärme-elemendid. Oma kujult on eesnääre väga sarnane kastanile.

Eesnäärme peamiseks uurimismeetodiks on palpatsioon parema käe nimetissõrmega. Uurimise ajal lamab haige paremal küljel, painutatud põlved tõmmatud vastu kõhtu.

Eesnäärmepõletikud.

Eesnäärmepõletikke põhjustab infektsioon, mis satub siia

kusiti kanali tagumisest osast. Ta võib siia sattuda aga ka hematogeenselt ja lümfogeenselt.

Põletik võib kulgeda nii ägedalt kui ka krooniliselt.

Ägedalt kulgevate põletikkude puhul kannatab haige üldseisund. Temperatuur tõuseb 38-39° ja enam. Esineb ka vappekülma. Haiged kaebavad valu lahklihapiirkonnas, kusemine muutub sagedaseks ja valulikuks. Esinevad ka kusemise takistused, mis võivad viia täielikule kusepeetusele. Digitaalsel uurimisel pärasoole kaudu sedastatakse eesnäärme suurenemist ja valulikkust.

Kroonilisel kulgevate põletikkude puhul on subjektiivsed kaebused väikesed ja võivad ka puududa.

Ägeda põletiku puhul soovitatakse voodirežiimi, sooje mikroklismasid ja istevanne. Pärasoolde viiakse küünlaid morfiiniga. Kui diagnoositakse eesnäärme abstsessi, on näidustatud selle avamine perineumi kaudu. Masseerimine on kategooriliselt keelatud.

Eesnäärmeadenoom.

Eesnäärmeadenoom esineb tavaliselt vanemas eas (60-70 a.), kuid teda täheldatakse ka meestel 50-55 a. vanuses.

Adenoomi puhul on eesnääre tavaliselt suurenenud.

Haiguse esimeses staadiumis täheldatakse kusemise sagenemist öösel, päeval toimub see veel normaalselt. Öine kusemistung seletub magamisel tekkiva väikese vaagna elundite vereringe häiretega. Need häired on rohkem välja kujunenud haigetel, kes kannatavad kõhukinnisuse all. Päeval, kui haiged liiguvad, paraneb vereringe ja urineerimine toimub normaalselt. Haiguse süvenemisel muutub urineerimine järkjärgult sagedasemaks ka päeval. Kusemine on takistatud, uriini vool ei alga kohe, vaid haige peab enne pisut seisma ja ootama.

Kusemine toimub mitmes osas, kusjuures haigele jääb tunne, et põis pole tühjenenud täielikult. Kusejuga muutub peeneks ja vertikaalseks. Põide jääb jääkuriini. Nende sümptoomide ilmumine vihjab haiguse üleminekule teise staadiumisse. Põies võib olla jääkuriini kuni liiter ja isegi üle selle.

Nii haiguse esimeses kui ka teises staadiumis võib ülalkirjeldatud nähtudega kaasuda täielik kusepeetus (ischuria). Sageli on ägeda kusepeetuse põhjuseks alkoholi tarvitamine, kõhukinnisus või külmetamine.

Aja jooksul areneb kusepõie lihastiku atoonia. Protsess läheb üle sulgurlihastele ja tekib seisund, kus põie lihastik ja sulgurlihased on samaaegselt lõdvastunud. Tekib tahtmatu uriini väljavool tilkadena nii päeval kui ka öösel, kusjuures kuse tung puudub sellele vaatamata, et põis on täis. Areneb paradoksaalne kusepeetus (ischuria paradoxa). See sümptoom on iseloomulik haiguse kolmandale staadiumile, milles enam ei esine ägedat kusepeetust.

R a v i prostata adenoomi puhul sõltub haiguse staadiumist. Peamiseks on operatiivne ravi. Oluliseks ülesandeks on haigete abistamine ägeda kusepeetuse puhul. Kusepeetuse esimestel tundidel võivad anda tulemusi soojad vannid ja soe kott põiepiirkonnas. Kui see ei anna tulemusi, tuleb kusepõit kateteriseerida, mitte mingil juhul ei tohi püüda uriini välja suruda. Kateteriseerimist teostatakse pehme kummist kateetriga. Kui see ei õnnestu, tuleb sisse viia elastne poolkõva kateeter ja selle ebaõnnestumisel metallkateeter. Kõiki neid manipulatsioone tuleb teha ettevaatlikult,täites seejuures kõiki aseptikanõudeid. Kui kateteriseerimine mingil põhjusel üldse ei õnnestu, on näidustatud punktsioon peene nõelaga, mitte torakaariga. Viimast võib teha 2-3 korda päevas ja vajalikkuse korral mitme päeva kestel. Kui uriinipeetus püsib, on näidustatud suprapuubilise fistuli tegemine. Hiljem võib tulla arvesse radikaalne operatsioon, prostatectomia.

Suguti.

Sagedaseimaks suguti väärarenguks on p h y m o s i s , mille puhul suguti eesnahka ei saa tõmmata tagasi üle suguti pea. Kui suguti eesnahk annab end tõmmata üle suguti pea,põhjustab seejuures aga pitsumist, nimetatakse seda p a r a - p h y m o s i s'eks.

R a v i phymosis'e puhul on operatiivne. Väljakujunenud parafümoosi puhul lõigatakse läbi pitsumisrõngas.

Munandikotiorganid.

Väärarengud.

Munandikotiorganite väärarengutest on kõige suurema praktilise tähtsusega munandi väärareng, mis seisneb selles, et munand ei lasku embrüonaalses perioodis skrootumisse, vaid jääb peatuma kõrgemale. Seda väärarengut nimetatakse krüptorhismiks. Krüptorhismi puhul on munandikotis palpeeritav vaid üks munand.

Tavaliselt pole selle väärarengu puhul oblitereerunud ka processus vaginalis. Täieliku kryptorchismuse puhul pole laskunud skrootumisse kumbki munand. Munand võib jääda peatuma kõhuõõnde (abdominaalne krüptorhism) või kubemekanalisse (ingvinaalne krüptorhism). Krüptorhismiga kaasub peaaegu alati kaasasündinud kubemesong, seepärast võib ingvinaalse krüptorhismiga kaasuda ka munandi pitsumine.

Krüptorhismi puhul jääb munand alaarenenuks, atroofiliseks.

Kõige tõhusamaks raviks krüptorhismi puhul on operatiivne r a v i , millega munand tuuakse skrootumisse. Kui see operatsioon pole võimalik, eemaldatakse munand. Munandi operatiivse allatoomisega ei tule enne suguküpseks saamist kiirustada. Hiljem on operatsioon hädavajalik, kuna esineb oht pahaloomuliseks degeneratsiooniks (seminoma).

Munandi- ja munandimanusepõletikud.

Munandikotiorganite põletikkudest on kõige sagedasemaks munandimanusepõletik - epididymitis. Sagedasti esineb äge epididümiit, mis on tihti gonorroilise, harvem tuberkuloosse päritoluga, ta võib aga olla ka traumaatilise päritoluga.

Ägeda epididümiidi puhul esinevad tugevad valud munandis, kõrge temperatuur, vastav munandikoti pool on suurenenud, nahk punetav. Palpatsioonil esineb tugev valulikkus. Munandimanuse pind on ägeda põletiku puhul sile, tuberkuloosi puhul aga mügarlik.

Ägedad nähud kestavad tavaliselt 7 päeva ja vaibuvad

siis vastava ravi tulemusena aeglaselt.

Munandipõletikke - orchitis - esineb tunduvalt harvem kui epididümiite. Infektsioon satub siia peamiselt hematogeenselt, kuid võib sattuda ka trauma tulemusena.

R a v i nii epididümiidi kui ka orhiidi puhul seisneb haigele rahu andmises. Munandikott seotakse suspensooriumi abil üles. Kasutatakse ka soojendavaid kompresse, mida valmistatakse toas seisnud veega või vaseliiniga, samuti ka autohemoteraapiat ja penitsilliini süstimist lihastesse 400 000 Ü ööpäevas.

Munandi- ja munandimanusetuberkuloos.

Munandi- ja munandimanusetuberkuloos kaasub sageli kuseorganite tuberkuloosiga, esinedes kõige sagedamini 20. ja 40. eluaasta vahel. Tuberkuloosne protsess algab munandimanuselt ja võib hiljem üle minna ka munandile, ta võib aga piirduda ka ainult munandimanuse kahjustusega.

Munandimanusetuberkuloosile on iseloomulik valutu mügarlik tuumor, või on munandimanus lihtsalt suurenenud ja valutu.

R a v i . Haiguse algul annab häid tulemusi streptomütsiini süstimine lihastesse (0,5 - 1 g päevas). Protsessi progresseerumisel on näidustatud operatiivne ravi, mis seisneb munandimanuse ja seemne väljutusjuha eemaldamises (epididymectomia). Kui munand on kahjustatud, eemaldatakse ka see (orchidectomia).

Munandivesitõbi.

Munandivesitõbi areneb munandi ühistuppkesta põletiku tulemusena, mis viib seroosse vedeliku kogunemisele selle õõnde.

Munandivesitõbi võib areneda ägedalt kui ka krooniliselt. Krooniline protsess areneb aeglaselt, valutult. Koguneva vedeliku kogus võib ulatuda 400 ml ja enam. Ägedatel juhtudel areneb protsess kiiresti ja sellega kaasuvad valud. Ägedalt kulgeva munandivesitõve põhjuseks võib olla trauma või põletikulise protsessi üleminek kelmele munandimanuselt

või munandilt.

Palpatsioonil täheldatakse fluktuatsiooni, perkussioonil esineb tumestus. Vedelik on tavaliselt läbipaistev, see võimaldab munandivesitõbe eraldada songast ja kasvajast.

R a v i . Juhtudel, kus munandivesitõbi on tugevasti välja kujunenud ja segab haiget käimisel või töö tegemisel, on näidustatud operatiivne ravi.

Varikotseele.

Ülemäärast veenide arengut ja laienemist seemneväädis nimetatakse varikotseeleks. Tavaliselt esineb ta küpses eas ja on vasempoolne.

Selle haiguse puhul on vastav munandikoti pool pikenenud ja ulatub tervest poolest madalamale. Väljakujunenud juhtudel on veenid hästi nähtavad, eriti haige olles vertikaalses asendis, lamamisel nad vähenevad tunduvalt ja mõnikord ka kaovad.

R a v i . Varikotseele puhul on peamiseks raviks suspensooriumi kandmine. Juhul, kui varikotseele põhjustab valu, mida täheldatakse üldiselt harva, ja suspensooriumi kandmine ei anna tulemusi, on näidustatud operatiivne ravi.

Munandi- ja munandimanusekasvajad.

Munandikotiorganite kasvajaid esineb harva. Tavaliselt on nad pahaloomulised ja prognoos nende puhul on halb. Arenevad varakult metastaasid, mis asetsevad retroperitoneaalsetes lümfisõlmedes, nad võivad aga olla ka kopsus, maksas või teistes organites.

R a v i on ainult kirurgiline ja seisneb kahjustatud munandi eemaldamises sellele järgneva kiiritusraviga. Metastaasid, mis asetsevad kõhukelmetagustes lümfisõlmedes, alluvad kiiritusravile hästi, kuid tulemus on ajutise iseloomuga. Soovitatakse korduvalt kiiritusravi.

XVIII p e a t ü k k .

SELGROO TRAUMAD.

Selgroovigastusi jaotatakse pindmisteks, kus kõik kahjustused piirduvad selgroogu ümbritsevate pehmete kudedega ning kahjustatud on selgroo sidemete aparatuur, ja vigastusteks, mille puhul on kahjustatud ka seljaaju.

Lülisamba põrutus.

Seljapiirkonna pehmete kudede põrutuse tulemuseks on verevalumid, mis võivad olla suured, ulatudes selgroopiirkonnast kaugemale.

R a v i põrutuste puhul on konservatiivne - anda haigele rahu ja panna peale külm kott. Suurte hematoomide puhul, kui kahjustatud on ka nahk, tuleb teostada infektsiooni profülaktikaks 3 - 4 päevane penitsilliinikuur, süstides ööpäevas 400 000 Ü penitsilliini. Lülisambapiirkonna pehmekoe lahtistel vigastustel tuleb teha haava kirurgiline töötlus sellele järgneva haava õmblemisega.

Lülisamba nikastus (distorsioon).

Nendest vigastustest kõige raskem on selgroolülidevaheliste sidemete venitus (distorsioon). Tavaliselt tekivad sellist liiki vigastused tugeval painutusel või ülesirutamisel, samuti võivad nad tekkida ootamatutel, järskudel pöördumistel kui ka suurte raskuste tõstmisel. Neid kahjustusi täheldatakse raskejõustiklastel. Kõige sagedasemaks vigastuspiir-

konnaks on lülisamba nimme- ja kaelaosa.

Haiged kaebavad tavaliselt tuimi valusid, mis suurenevad vähimalgi liigutusel. Need valud lokaliseeruvad vigastunud piirkonda. Kõikidel selgroo distorsioonidel, eriti, kui need on põhjustatud suurenenud füüsilisest koormusest, on vaja teha röntgeniülesvõte, sest distorsiooni sümptoomidega võib avalduda ka osaline selgroolüli murd.

R a v i seisneb haigele rahu andmises, varases füsioteraapias, ravikehakultuuris ja massaažis.

Selle vigastuse tulemusena võivad jääda perioodilised nimmepiirkonna valud (lumbaago), mis mõnikord on väga teravad.

Nende r a v i k s on rahu, analgeetikumid, soojusprotseduurid ja ravikehakultuur.

Selgroo nihestused.

Selgroo nihestused tekivad samuti kui murrudki enamikus kukkumistel suurtest kõrgustest, varisemistel jne. Nad kuuluvad raskete vigastuste hulka ja annavad suhteliselt kõrget suremust, eriti aga siis, kui vigastatud on lülisamba kaelaosa.

Nihestustel tuleb lugeda paigalt nihkunuks ülemist lüli, mille nihkumine toimub tavaliselt ette.

Kui liigese jätked nihkuvad täielikult ja liigese pinnad asetsevad selliselt, et üleval asetsev liigese jätke nihkub alumise ääre taha, nimetatakse nihestust täielikuks. Neil juhtudel, kui liigese jätkete liigestuvad pinnad on veel osaliselt kontaktis, nimetatakse nihestust mittetäielikuks (subluksatsioon).

Täielikud kui ka osalised nihestused võivad olla ühepoolsed, mis tekivad rotatsiooni tulemusena, või kahepoolsed. Viimased tekivad ülemäärase painutuse tõttu.

Nihestusi, millega ei kaasu lmulisi vigastusi, täheldatakse kõige sagedamini lülisamba kaelaosas, kuna see osa on kõige enam liikuv.

Lülisamba kaelaosa ühepoolsel osalisel nihestusel on pea pööratud tervele poolele, ühepoolsel täielikul nihestusel aga kahjustatud poolele.

Kahepoolseid nihestusi täheldatakse lülisamba kaelaosas harvem. Need põhjustavad seisu, mille puhul pea on painutatud ette. Kaela liikuvus on tugevasti piiratud, kahjustatud piirkonna palpeerimine põhjustab valu. Palpeerides tagantpoolt, on võimalik sedastada ogajätke sisselangust. Sisselangenust allpool asetsev ogajätke on normaalsest esilevõlvuvam.

D i a g n o o s i m i s e l on oluline hästi tehtud eest taha kui ka külgsuunaline röntgeniülesvõte.

Täielikku kui ka osalist nihestust ei tule paigaldada aktiivselt, seda eriti aga siis mitte, kui tegemist on osalise nihestusega lülisamba kaelaosas, sest paigaldamisel on võimalik surve tekitamine piklikule ajule (hingamishäired).

Nii täieliku kui ka osalise nihestuse paigaldamiseks tuleb panna voodisse madratsi alla kõva laud. Lülisamba kaelaosa nihestustel tuleb panna venitus Glissoni silmusega, lülisamba madalamate osade nihestustel aga peale selle veel kaenlaalune venitus. Voodi peapoolne ots tõstetakse üles umbes tavalise tabureti kõrgusele. Selles asendis toimub paigaldamine haige enese keha raskuse tulemusena. Nihestuste paigaldamist on võimalik teostada ka skelettvenituse abil, mis kinnitatakse epetsiaalse klambri abil kiiruluu kõbrukeste külge, kuna siin kolju katteluud on kõige paksemad.

Omapärane lülide nihkumise vorm lülisamba nimmeosas on spondylolystesis. Selle haiguse puhul toimub V nimmelüli nihkumine ristluu suhtes ette ja alla. Koos sellega nihkub ette kogu lülisammas. Selline kahjustus esineb trauma, liigese jätkete murru või kaasasündinud anomaalia tulemusena.

Haiguse puhul esinevad lülisamba nimmeosa piirkonnas valud, mis muutuvad seismisel tugevamaks. Haigetel muutub kehahoid. Lülisammas ja kogu keha on väikese kallakuga ettepoole, kõht on esile võlvuv, vaagna kaldenurk on tavalisest väiksem ja ristluu seis vertikaalsem.

Kõige täpsemaid diagnostilisi andmeid annab külgsuunaline röntgenogramm.

R a v i on operatiivne. Kõige paremaid tulemusi annab luu plastiline operatsioon Olbi järgi, mis fikseerib lülisamba normaalsesse asendisse.

Lülisamba murrud.

Lülisamba murde jaotatakse külg-, liigese ja ogajätke, lüli korpuse ja kaare murdudeks.

Külg- ja ogajätke murrud.

Külg- ja ogajätke murrud on tavaliselt neile kinnituvate lihaste järskude tugevate kontraktsioonide tulemus. Ogajätke murde esineb kõige sagedamini lülisamba rinna- ja nimmeosas.

Külgjätke murrud lokaliseeruvad tavaliselt lülisamba nimmeosas.

Kliinilised sümptoomid oga- ja külgjätke murdudel on tüüpilised ja arstlikul järelevaatusel paistab silma ühe või teise selgroo segmendi tugev kahjustus. Esineb terav valu, mis suureneb vastavale piirkonnale vajutamisel. Külgjätke murru puhul ägenevad valud katsel painutada end vigastatud poolele. Ogajätke murrul täheldatakse jätkepiirkonnas hematoomi. Esineb ka juhte, kus on võimalik sedastada fragmentide patoloogilist liikuvust.

Vigastuse iseloomu aitab kõige täpsemalt määrata röntgeniülesvõte. Külgjätke murd on sedastatav eest taha ülesvõttel, ogajätke murd aga külgsuunalisel ülesvõttel.

R a v i on külg- ja ogajätke murdude puhul konservatiivne. Ägedate valude likvideerimiseks süstitakse murru kohale haige saabumisel 10 - 15 ml 0,5 %-list novokaiinilahust. Juhul, kui valud ilmuvad uuesti, võib süstet järgmisel päeval korrata. Kuni ägedate valude kadumiseni määratakse haigele voodirežiim, kusjuures madratsi alla pannakse kõva laud. Peale valude kadumist lubatakse haigel voodist tõusta.

Ravil kasutatakse ka füsioteraapiat, ravikehakultuuri, masseerimist. Töövõimelisus ei taastu tavaliselt enne 4 - 6 nädala möödumist.

Selgroo lülikeha murd.

Lülikeha murrud esinevad kõige sagedamini rinna- ja nimmeosas. Kõige sagedamini vigastuvad XII rinna- ja I nimmelüli. Kaelaosas esineb lülikeha murde harva, nad on aga väga ohtlikud, kuna nendega kaasub seljaajus asetsevate elutähtsate tsentrumite kahjustus. I ja II kaelalüli murrud lõpevad pikliku aju kahjustuste tulemusena väga sageli surmaga. Atlase murrul läbib murrujoon eesmist või tagumist kaart ja sellega kaasub väga sageli pöördelüli hamba murd. Viimane võib neil juhtudel tungida ka ajukoesse. Need murrud tekivad kõige sagedamini kukkumisel pea peale. Haiguse kliiniline pilt on äärmiselt raske. Haige on tavaliselt teadvuseta seisundis, lihased murrupiirkonnas on tugevasti kontraheerunud, pea liigutused on tugevasti piiratud. Tulnud meelemärkusele, hoiavad kannatanud valude vähendamiseks endal peast kätega kinni. Mõnikord käib selliste murdudega kaasas ka tetrapleegia.

Selgroo murrud rinna- ja nimmeosas esinevad kõige sagedamini meestel kesk- ja vanemas eas. Raukadel ja lastel esineb neid murde tunduvalt harvem. Rea elukutsete puhul (mäe-, šahti-, ehitustöölised) esineb neid murde sagedamini. Nad tekivad varisemistel, kukkumistel suurest kõrgusest jne. Tavaliselt tekivad selle selgroo-osa murrud järsu ja tugeva painutuse tulemusena kukkumisel jalgadele või tuharatele. Lülikeha murrud on rinna- ja nimmeosas võimalikud ka suurte raskuste kukkumisel vigastatu seljale.

Selgroolülide keha murde esineb kolme tüüpi: kompressioonmurd - kiilukujuline murd, purustusmurd ja luksatsioonmurd ehk nihestusmurd.

Kompressioonmurd.

Kompressioonmurrud tekivad vertikaalse surve tulemusena. Nende puhul surutakse lülikeha spongioosne aine sõltuvalt mõjuvast jõust suuremas või vähemas ulatuses kõrvale. Enamikus kahjustub üks lülikeha, harva aga ka mitu. Viimasel juhul kannatub keskmine lülikeha tavaliselt enam kui ülal ja

allpool asetsevad. Selgroo sideaparaat, lülidevahelised kettad, lülikaared ja jätked ei kannata tavaliselt või kannatavad vähe. Need vigastused tekivad peamiselt kukkumistel, seepärast võivad nendega kaasuda ka vaagna- ja kannaluu murrud.

Purustusmurd.

Lülikeha purustusmurrud tekivad selgroo järskudel painutustel, millede puhul nii ülal kui ka allpool asetsev lülikeha nagu lõikub kahjustatavasse lülikehasse. Toimiva jõu tulemusena tõugatakse eesmine lülikeha fragment ettepoole, liigespinnad koos diskustega hävivad. Selle tulemusena tekib paljukilluline luumurd. Selle murru puhul on samuti kui kompressioonmurru puhulgi võimalik ka seljaaju vigastus , kuna tagumine seljalüli fragment võib avaldada survet seljaajule.

Luksatsioonmurd.

Luksatsioonmurrud tekivad väga tugevate jõudude toimel. Nad esinevad mitte üksnes lülisamba rinna- ja nimme-, vaid ka selle kaelaosas. Nende murdude puhul nihkub lülisamba ülemine osa ette ja allapoole, all asetsev lülikeha aga taha- ja ülespoole. See nihkumine viib seljaajuvigastusele, mõnikord isegi selle läbilõikamisele. Lülikeha murd on tavaliselt täielik ja murrujoon kulgeb rist- või põiksuunas. Selle murruga kaasub sageli lülikaare murd, liigese jätkete murd ja liigese pindade nihkumine.

K l i i n i l i n e p i l t lülisamba rinna- ja niudeosa lülikeha murru puhul väljendub valudes, lülisamba deformatsioonis ja närvi kahjustustes, mis on põhjustatud seljaajuvigastusest.

Kannatanu kaebab tavaliselt valu vigastatud lüli piirkonnas. Haiged, kellel esineb vaid kerge kompressioon, võivad kaevata ebamääraseid, mitte piirdunud valusid, samuti võivad valud ka puududa. Neil juhtudel aitab diagnoosimisel kaasa hoolikas anamneesi võtmine ja haige objektiivne uurimine. Lülisamba koormamine tema pikisuunas põhjustab tavaliselt valu murru piirkonnas. Samuti põhjustab valu murru kohal ka haige pea painutamine, kui samaaegselt painutamisega

suruda rinnakule. Vigastatud lüli ogajätke palpatsioon, samuti ka koputamine jätkele põhjustavad valu.

Murru piirkonna vaatlusel täheldatakse, et ogajätke on tavalisest esileulatuvam ja ümbritsevad seljalihased on rigiidsed. Sõltuvalt murru ulatusest ja iseloomust muutub ka selgroo konfiguratsioon. Ühe lüli kompressiooni puhul esineb patoloogiline küfoos, mis alati pole tugevasti välja kujunenud, seda eriti lülisamba nimmeosas, kus normaalselt esineb lordoos. Tugeval kompressioonil paistab silma tüüpiline küfoos.

Lülisamba liikuvus on piiratud kõikide selgroomurdude puhul. Eriti valulikud on rotatsioon ja painutus ette kui ka küljele.

Seljaajuvigastused.

Seljaajuvigastusi iseloomustab mitmesuguste neuroloogiliste sümptoomide olemasolu, mis sõltuvad vigastuse ulatusest kui ka selle kõrgusest.

Seljaaju katkemisel areneb lõtv paralüüs koos kõikide reflekside pärsitusega, mis on nähtavasti tingitud ülemäärasest pidurdusest ülitugeva ärrituse tulemusena. Selline pilt kannab spinaalse šoki nimetust.

Kõiki vigastusel tekkivaid seljaaju kahjustusi võib jagada skemaatiliselt järgmiselt (Garré):

1. Seljaaju ülemise kaelaosa vigastustel esineb keha ja ülajäsemete täielik (motoorne kui ka sensoorne) paralüüs, hingamishäired, keha temperatuuri tõus. Surm järgneb hingamise paralüüsi tulemusena.

2. Seljaaju rinnaosa vigastusel on pärasoole, põie ja alajäsemete paralüüs.

3. Seljaajuvigastustel rinnaosa alumises osas (XII rinnalüli) esineb pärasoole, kusepõie ja istmikunärvi innervatsioonipiirkonna paralüüs.

4. Seljaajuvigastustel III nimmelülist madalamal esineb pärasoole ja kusepõie paralüüs ning anesteesia jala külgmistel pindadel.

Sellised kahjustused võivad olla põhjustatud ka ainult

hematoomi survest, mõnikord isegi ainult seljaaju tursest. Juhul, kui nimetatud kahjustuse põhjuseks on ekstraduraalne verevalum või seljaaju turse, kaovad sümptoomid aeglaselt ja vastavalt imendumisele toimub tervistumine. Haiget seljaaju funktsiooni kahjustusega ei tule opereerida mitte kohe, vaid tuleb oodata ära 4-5 päeva ja alles siis, kui ei esine mingisuguseid paranemisnähte, teostada dekomprimeeriv laminectomia.

Tuleb märkida, et esimestel päevadel ei õnnestu alati täpselt määrata, kas esineb parees (paralüüs) ainult surve tulemusena või seljaaju terviklikkuse katkemine. Sellisel juhul räägib "kõva turse" tekkimine jalgadel rohkem seljaajuvigastuse poolt. Jalgade "kõva turse" all mõistetakse sellist seisundit, kui tursunud nahk jääb pinguli, läikivaks, vahaja varjundiga. Kudede turse on niivõrd suur, et survel ei teki lohukest. Tekkiv turse areneb kiiresti, koos sellega areneb ka visa kusepeetus. Kõik kirjeldatud nähud lõpevad raske sepsisega, mis lõpeb surmaga 2-3 nädalaga.

Kergematel seljaajuvigastustel võib täheldada lõdva paralüüsi üleminekut lihaste hüpertooniliseks seisundiks, mille puhul refleksid elavnevad ja millega kaasuvad kusepeetamatuse nähud.

Selgroopiirkonda tekkiv fluktueeruv padjand on läbi vigastatud kõvakelme väljuva seljaajuvedeliku naha alla kogunemise sümptoomiks.

Lahtiste vigastuste puhul kulgevad kõik need nähud tunduvalt raskemini ja ägedamalt, sest siin kaasub ka infektsioon.

Enamikul juhtudest imendub ekstraduraalne verevalum, kuid mõnikord tekivad liited ja areneb arahnoidiit, mis väljendub valudes ja väljakujunenud paresteesiates.

Prognoosiga peab olema ettevaatlik, kui esineb verevalum aju aines (hematomyelia). Selle järele tekivad sageli püsivad tsüstilised muutused ajus.

Selgroovigastuse täpset iseloomu on võimalik määrata ainult röntgenograafilisel teel, seepärast on vaja vähimagi luuvigastuse kahtlusel teha kohe röntgenoloogiline uuring.

Kõik kirjeldatud selgroo ja selle sisuse vigastuse vor-

mid ja variandid võib kokku võtta järgmise skeemina.

I. Pehme koe vigastused.
II. Sideaparaadivigastused (distorsioonid).
III. Nihestused, subluksatsioonid, spondülolüstesis.
IV. Selgroo-, skeletivigastused:
  a) luuliste jätkete vigastused,
  b) osalised seljalülikeha murrud,
  c) täielikud seljalülikeha murrud (purustus-, luksatsioon- ja kompressioonmurd).
V. Seljaaju ja selle kestade vigastused:
  a) kõvakelme rebendid ja seljaajuvedeliku väljapääs,
  b) rõhk seljaaju kõvakelmele (luu kild, verevalum),
  c) surve seljaajule (ekstraduraalne hematoom, verevalum epiduraalruumi),
  d) verevalum ajusubstantsi (hematotseele),
  e) seljaaju terviklikkuse katkemine.

Selgroo murdude ravi.

Äärmiselt tähelepanelik tuleb olla selgroo traumadega kannatanute transpordil. See on eriti oluline selgroo kaelaosa vigastustel, kus vähimgi ettevaatamatus transpordil võib lõppeda kannatanule saatuslikult. Haiget selgroo traumaga tuleb transportida kanderaamil, kõval alusel (laud, vineer). Kohale jõudnud, asetatakse kannatanu voodisse, mille madratsi alla on asetatud kõva laud. Seda tehakse selleks, et vältida sekundaarset fragmentide nihkumist ja seljaaju vigastamise võimalusi.

Selgroo kaelaosa murdudel on näidustatud pikaldane venitus peast (3 nädalat). Hiljem pannakse kaela ja keha ümber kipskorsett.

Rinna- ja nimmelülide murru puhul on vajalik repositsioon. Fragmentide paigaldamine võib toimuda ühemomentselt, samuti aga ka pikaldaselt. Viimasel meetodil on eeliseid, mis seisnevad selles, et ta on vähem traumatiseeriv. Kasutades ükskõik millist paigaldusmeetodit, on eelnevalt vaja teha murru koha tuimastamine, süstides selle ümbrusesse 10 . 1 1 %-list novokaiinilahust. Ühemomentsel paigaldamisel Böhleri

meetodil asetatakse haige kõhuli asendis kahele lauale nii, et ühe, pisut kõrgema laua äärel asetseb ülakeha, teisel laual aga alajäsemed. Selliselt ripub haige keha kahe laua vahekohal, maksimaalselt ülepainutatud asendis. See loob tingimused fragmentide reponeerumiseks. Sellises asendis pannakse haigele ka kipskorsett 3 - 4 kuuks.

Aeglasel etapilisel ülepainutusel A. V. Kaplani meetodil asetatakse haige seljali asendisse. Algul pannakse temale selja alla väike kõva padi. Teisel päeval vahetatakse padi suurema vastu, seejärel veelgi suurema vastu ja nii saavutatakse järkjärgult fragmentide õige seis. 8. - 15. päeval pannakse peale kipskorsett. Juba esimestel päevadel peale kipseerimist määratakse haigele ravikehakultuuri harjutusi, mis on määratud lihaste tugevdamiseks ja "lihaste korseti" loomiseks (V. V. Gorinevskaja). Kuu möödumisel, kipsi pealepanekust arvates, lubatakse haigel tõusta. Kips eemaldatakse 3 - 4 kuu pärast. Töövõimelisus taastub 4 - 6 kuu järele.

Röntgenograafia tuleb teha kogu lülisambast, sest murd võib asetseda ka vigastuskohast kõrgemal või madalamal. Kunagi ei tohi piirduda ainult eest taha ülesvõttega, vaid tuleb teha ka külgsuunaline ülesvõte, sest kompressioonmurd on sageli sedastatav ainult külgsuunalisel ülesvõttel.

Lahtiste vigastuste puhul on vaja teha hoolikas kirurgiline haava töötlus ja eemaldada kõik lahtised killud. Kui on vigastatud ka aju kõvakelme, tuleb see tingimata õmmelda. Seljaajukanalisse viiakse 50 000 Ü penitsilliini lahustatuna 0,5 - 1 ml füsioloogilises lahuses (mitte mingil juhul novokaiinis). Sellele järgnevalt õmmeldakse haav kuni nahani. Peale pannakse side alkoholiga, mida vahetatakse iga päev. Lülisamba kaelaosa vigastustel tuleb panna venitus Glissoni silmusega, madalamate lülide vigastusel pannakse sellele lisaks veel venitus kaenla alt. Voodi peapoolne ots peab olema tõstetud.

Erilist tähelepanu peab omistama haige eest hoolitsemisele. On tingimata vajalik õigeaegne soolestiku puhastamine ja kateteriseerimine kindlatel kellaaegadel (tavaliselt kell

8 hommikul ja õhtul). Kui diagnoositakse osalist või täielikku seljaaju läbilõikamist, tuleb teha kohe suprapuubiline põie fistul. Sellist tüüpi vigastustel on kalduvus lamatiste tekkeks, seepärast on vajalik igapäevane hoolikas selja puhastamine. Naha voldid tuleb puhastada kuivaks ja puuderdada sulfoonamiidpuudriga. Iga päev süstitakse veeni 20–30 ml 40 %-list glükoosilahust ja eraldi 10 ml urotropiinilahust.

Kohe peale haige saabumist alustatakse antibiootikumide kuuriga: 100 000 Ü penitsilliini 4 korda ööpäevas.

Positiivset efekti annab ka süntomütsiin 0,5 suu kaudu manustatuna neli kuni kuus korda ööpäevas.

Algavate lamatiste tunnuste ilmumisel pannakse kahjustatud nahale kaaliumpermanganaadiga immutatud side. Lamatise ümber määritakse nahale Lassari pastat õhukese kihina. Hea hoolitsus haige eest soodustab tunduvalt heade ravitulemuste saavutamist.

Jäsemete liigutuste ja teiste funktsioonide taastumine toimub äärmiselt aeglaselt.

Tavaliselt on prognoos halb. Peaaegu kunagi ei pöördu raske füüsilise töö tegijad peale rasket selgroovigastust tagasi oma endisele tööle.

Selgroovigastustel, kus esineb vaid surve seljaajule või intraduraalne verevalum, on prognoos tavaliselt hea.

Pikalevenivad haigusjuhud selgroo- ja seljaajuvigastusega lõpevad enamikus surmaga teiste haiguste, nagu kopsupõletik jt. kaasumisel.

XIX peatükk.

ÜLAJÄSEMETE TRAUMAD.

Nihestused ja murrud.

Rangluu murd.

Rangluu murrud tekivad tavaliselt otsese jõu toimel või kukkumisel käele. Kõige sagedamini murdub rangluu tema keskmises kolmandikus või keskmise ja välise kolmandiku piirilt. Noores eas esineb mõnikord rangluu murde ka rangluu-rinnakuliigese läheduses. Selle piirkonna murde segatakse ära nihestusega.

Rangluu murru diagnoosimine ei valmista suuri raskusi. Tavaliselt on hästi nähtav deformatsioon murru kohal, samuti on ka määratavad luu fragmentide nihkumised. Lihaste kontraktsiooni tulemusena nihkub perifeerne fragment alla, ette mediaalsele. Mõnikord seisab fragment oma teravate otstega niivõrd lähedal nahale, et tekib selle perforatsioon ja koos sellega kinnise luumurru lahtiseks muutumise oht.

Rangluu murru raviks on kirjeldatud palju meetodeid, kuid vaatamata sellele ei õnnestu alati rangluu fragmentide laitmatu paigaldamine. Tavaliselt kasutatakse järgmist meetodit. Haige pannakse istuma taburetile, murru kohta, hematoomi sisse, süstitakse 15-20 ml 2%-list novokaiinilahust. Haige pea pööratakse vigastatud poolele, sellega lõgastub rinnaku-rangluu-nibujätkelihas. Abistaja seisab haige selja taha, toetab põlvega haigele vastu selga ja tõmbab kätega õlgu tahapoole. Kirurg asetseb haige kõrval, asetab oma rusika haigele kaenla alla, tõstab haige õlga, pöörates sera välja-

poole. Peale selle painutab ta haige kätt küünarnukist ja viib selle vastu keha. Kaenla alla pannakse traadist lahas, mis on painutatud ovaalseks. Lahas fikseeritakse haige keha külge kipssidemetega. Käsi ripub sel juhul lahase kohal. Alates 3. - 4. päevast võib alustada ravivõimlemist. Varane ravivõimlemine lühendab ravi kestust.

Neil juhtudel, kui fragmendi terav ots põhjustab naha perforatsiooni ohtu, on näidustatud fragmentide operatiivne paigaldamine. Peale operatsiooni tuleb asetada käsi ülalkirjeldatud lahasele.

Rangluu nihestused.

Rangluu nihestusi esineb harva. Nad on peamiselt clavicolo-acromial liigeses ja tekivad siis, kui löök tabab õlga ülalt alla. Rangluu väline ots nihkub nihestuse puhul üles. Surudes nihestunud rangluu otsale, hoides seejuures haige õlga paigal omal kohal, paigaldub nihestus võrdlemisi kergesti, kuid kohe peale surve lõpetamist nihkub rangluu ots uuesti üles ("klaveri klahvi sümptoom").

Sellisel nihestusel on vajalik operatiivne ravi, mis taastab akroomio-klavikulaarsed sidemed.

Nihestusi rangluu-rinnakuliigeses esineb tunduvalt harvemini.

Õla nihestused.

Nihestusi õlaliigeses esineb kõige sagedamini, sest seda soodustab väike lame liigespind suhteliselt suure liigespähikuga ja õlaliigese ulatuslik liikuvus.

Vastavalt liigespähiku nihkumisele eraldatakse: nihestused ette - ronganokkjätke- ja rangluualused, nihestused alla - lihastealused, ja suhteliselt harva esinevad nihestused taha - õlanukialused nihestused.

K l i i n i l i s e l t sedastatakse nihestustel õlavöötme lamenemist. Liigespähik on palpeeritav vastavalt nihestuse tüübile ronganokkjätke, lihastealuses, või nihestusel taha - õlanukialuses piirkonnas.

Vanadel inimestel võib nihestusega kaasuda õlavarreluu

kaela murd, seepärast tuleb lõplik diagnoos panna alles peale röntgenoloogilist uurimist, vastasel korral võib teha raske vea ja püüda paigaldada nihestust, kui esineb luumurd.

R a v i . Tüüpilise õlanihestuse puhul on kõige otstarbekam kasutada Kocheri või Džanelidze reositsioonimeetodit.

Õlavarreluu murrud.

Õlavarreluu murrud moodustavad umbes 20 - 30 % kõikidest luumurdudest. Õlavarreluu murde täheldatakse tema kaela- ja diafüüsipiirkonnas.

Õlavarreluu kaela murd.

Õlavarreluu kaela murrud võivad olla liigesesisesed (pähiku murd ja collum anatomicumi murrud) ja liigesevälised (collum chirurgicumi murrud). Viimaseid täheldatakse sagedamini. Tihti esinevad õlavarreluu kaela sissekiildunud murrud.

D i a g n o o s . Õlavarreluu kaela murru diagnoosimine pole alati mitte lihtne. Peamise sümptoomina esineb tugev valulikkus, mis liigutuste puhul järsku suureneb. Vigastuse iseloomust annab täpse ettekujutuse ainult kahes suunas tehtav röntgeniülesvõte.

R a v i on enamikul juhtudest konservatiivne. Paigaldamine teostatakse paikse tuimastusega ja seejärel seotakse käsi rätikuga kaela. Varakult tuleb alustada ravivõimlemisega. Suurtel distokatsioonidel ja pähiku ärarebimistel on kasutatav ka osteosüntees.

Diafüüsi murrud.

Diafüüsi murde jaotatakse sõltuvalt nende iseloomust ja murdu põhjustava füüsilise jõu suunast: rist-, spiraal-, põik- ja purustusmurrud. Täiskasvanutel kaasub nende murdudega tavaliselt ka fragmentide dislokatsioon.

D i a g n o o s õlavarreluu diafüüsi murrul ei valmista tavaliselt raskusi. Valu, deformatsioon ja ebamäärane liikuvus fragmentide vahel on peamisteks sümptoomideks, mis lubavad diagnoosida murdu. Röntgeniülesvõte (tingimata kahes

suunas) võimaldab täpsustada murru iseloomu ja fragmentide nihkumist. Õlavarreluu keskosa murdudel täheldatakse ka kodarluunärvivigastust, millele on iseloomulik sõrmede rippuv asend peopesa suunas.

R a v i diafüüsi murdude puhul on tavaliselt konservatiivne. Ristmurdude puhul kasutab rida traumatolooge viimasel ajal üdiööne naelastamist (osteosünteesi).

Konservatiivse ravi puhul tuleb kogu ülajäsemele anda füsioloogiline keskasend, mis võimaldab fragmentide paigaldamist. Enne paigaldamist tuleb süstida murru kohta 15 - 25 ml 2 %-list novokaiinilahust.

Füsioloogiline keskasend saavutatakse, viies õlavars sagitaalteljest eemale 45° ja frontaalteljest ette 35°. Sellises seisus fikseeritakse õlavars abduktsioonlahasele, mille külge kinnitatakse ka õlavarre leukoplastvenitus.

Õlavarreluu alumise kolmandiku murde, mis tekivad sirutatud ja eemale viidud käel, täheldatakse peamiselt lastel. Vastavalt tekkemehhanismile eraldatakse sirutusmurde, mille puhul proksimaalne fragment on eespool distaalsest, ja painutusmurde, mis tekivad kukkumisel painutatud käele ja mille puhul distaalne fragment asetseb proksimaalse ees. Sageli täheldatakse õlavarreluu alumises otsas murde, mille pind tuletab meelde tähte T ja V. Tihti on need killunenud murrud ja neil juhtudel võib fragmentide repositsioon valmistada väga suuri raskusi. Nende paigaldamisel on nõutav röntgenoloogiline kontroll. Tavaliselt lahastatakse kogu ülajäse. Venitus rakendatakse traadi abil, mis on viidud läbi küünarnuki.

Liigesesse ulatuvad murrud.

Õlavarreluu küünarliigesesse ulatuvad murrud kuuluvad raskete murdude hulka. Murruga võib kaasuda ka osaline nihestus.

Nende murdude diagnoosimiseks kasutatakse röntgenograafiat. Peale fragmentide paigaldamist asetatakse jäse lahasele ja alustatakse varakult liigutustega küünarliigeses.

Küünarvarre nihestused.

Küünarliigese nihestused võivad olla taha (väga harva) ja küljele. Nihestused taha tekivad kukkumisel väljasirutatud käele.

Peamiseks sümptoomiks nihestuse puhul taha on küünarnuki nihkumine tagapoole. Küünarnuki kohal on palpeeritav sisselangus. Sageli on palpeeritav küünarliigese õndlas liigestuv õlavarre ots.

D i a g n o s t i k a küünarliigese nihestumisel taha ei valmista erilisi raskusi, kuid raske on kindlaks teha, kas on tegemist ainult nihestusega või kaasub sellega ka luumurd. Diagnoosi täpsustab röntgenoloogiline uuring. Küünarliigese nihestusega võivad kaasuda ka närvitüvede (küünarluu-, kodarluu- ja keskpidine närv) ja veresoonte vigastused. Seepärast on vajalik hoolikas närvifunktsiooni (pareesi, paralüüsi) ja veresoonte uuring.

R a v i . Enne paigaldamist süstitakse liigesesse ja selle ümbrusesse 15 - 25 ml 2%-list novokaiinilahust. Haige tuleb asetada lamama sidumislauale. Paigaldamine toimub sõrmedest ja küünarvarre alumisest osast venitamisel, vastuvenitus rakendatakse õlavarre alumisest osast, surudes seejuures ühtlasi põialdega väljaulatuvale kodarluu pähikule.

Nihestust ette esineb harva, kukkumisel küünarnukile, kui see on tugevasti painutatud seisus. See paigaldub tavaliselt kergesti, kui avaldada survet õlavarre otsale suunas eest taha, venitades samaaegselt kätt sõrmedest ja küünarvarrest.

Nihestused küljele tekivad samuti kui nihestused taha kukkumisel väljasirutatud käele, mille puhul küünarvars pöördub järsku ühele või teisele poole. Nihestusele külgsuunas on iseloomulik küünarvarre proksimaalse otsa esiletungivus küljelt. Paigaldamine toimub väljavenitusega, avaldades küünarvarrele samaaegselt rõhku külgsuunas, nihestuse poolt küljest. Peale nihestuse paigaldamist tuleb varakult alustada aktiivsete liigutustega ja ravivõimlemisega.

Küünarvarreluude murrud.

Küünarvarreluude murde jaotatakse:

1. Küünarvarreluude ülemise epifüüsi murrud (liigesesisesed murrud).
2. Diafüüsi murrud (kodar- ja küünarvarreluu murrud kas mõlematel või ühel neist).
3. Küünarvarreluude murrud alumises kolmandikus (tüüpilised kodarluu epifüüsi murrud ja mõlemate luude murrud metafüüsipiirkonnas).

Ülemise epifüüsi murdudest väärib erilist tähelepanu küünarnuki (olecranon) murd. Murd tekib tavaliselt tugevatest löökidest küünarnukile, samuti ka kukkumisel. Küünarnuki murde, kus esineb dislokatsioon, ravitakse operatiivselt.

Küünarvarreluude diafüüsi murde tekib väga mitmesuguste mehhanismidega: kukkumine, löök kepiga vastu kätt jne.

D i a g n o s t i k a ei valmista raskusi.

R a v i valmistab selle piirkonna keeruka anatoomilise ehituse tõttu, mis takistab repositsiooni, sageli suuri raskusi. Tuleb arvestada ka seda, et kodarluupoolne lihaste grupp on tugevam kui küünarluupoolne. Sellest tingituna on kodarluu fragmentide nihkumine pikisuunas suurem kui küünarvarreluu fragmentidel.

Paigaldamine toimub järgmiselt: murru kohale süstitakse 20 - 30 ml 2 %-list novokaiinilahust. Haige pannakse sidumislauale lamama, käsi küünarnukist täisnurkselt painutatud. Õlavarrele asetatakse ling - vastuvenitus. Kirurgi abiline venitab kätt sõrmedest, kirurg aga seab fragmendid õigesse asendisse. Peale paigaldamist pannakse venituse all peale ka kipsside, mida tugevdatakse longetiga. Fikseerimine kipslahasesse toimub pro- ja supinatsiooni vahepealses seisus.

Paigaldamist võib teostada ka, kasutades Sokolovi või Landi aparaate. Juhul, kui repositsioon ei õnnestu, kasutatakse operatiivset paigaldamist ja osteosünteesi. Fragmentide fikseerimiseks kasutatakse viimasel juhul üdiõõne naelas-

tamist, metallplaate ja teisi võtteid.

Mõlemate küünarvarreluude murru puhul tuleb täiskasvanutel kanda lahast vähemalt 8 - 10 nädalat. Lahase kandmise ajal peab haige tegema liigutusi õlaliigese ja sõrmedega.

Küünarvarre alumise epifüüsi murde esineb kukkumistel väljasirutatud käele küllalt sageli. Tavaliselt kannatab kodarluu alumine epifüüs. Murru piirkonnas esineb tugev valulikkus, turse ja deformatsioon. Kodarluu distaalne fragment on nihkunud kodarluu-randmeliigese kohal tahapoole, sõrmed on pisut pöördunud kodarluu suunas. Enam kui pooltel juhtudest esineb koos sellega ka tikkjätke murd. Tavaliselt on tegemist sissekiilumisega, kusjuures kodarluu diafüüs on kiildunud epifüüsi käsnollusesse.

Kämblaluude ja sõrmelülide murrud.

Kämblaluude ja sõrmelülide murde täheldatakse peamiselt tööstustraumade puhul. Sageli on need lahtised murrud. Erilist tähelepanu vajavad I sõrme põhilüli murrud, kuna pöidlal on kõikide sõrmede funktsioonis suur osatähtsus.

Kämblaluude ja sõrmelüli murdude r a v i l, kui on toimunud nihkumine, kasutatakse venitust sõrme otstest. Murrud ilma dislokatsioonita immobiliseeritakse 10,- 15 päevaks. Lahtistel murdudel teostatakse enne fikseerimist haava esmane kirurgiline töötlus ja manustatakse antibiootikume.

Paigaldamine teostatakse paikse tuimastusega, kusjuures haige pannakse lamama sidumislauale. Õlaliigesest viiakse käsi kehast eemale 90° nurga all. Sama nurga all painutatakse kätt ka küünarliigeses. Abistaja hoiab ühe käega pöidlast, venitades seda kodarluu suunas, teise käega ta võtab aga kinni II, III ja IV sõrmest. Kirurg teostab fragmentide paigaldamise ja paneb peale fikseeriva kipsmähise, mis jätab pöidla abduktsiooniseisu.

XX p e a t ü k k .

ALAJÄSEME TRAUMAD.

Nihestused ja murrud.

Puusa nihestused.

Puusaliigeses toimuvad nihestused tugeva jõu tulemusena. Jõu toimimisel normaalsetes anatoomilistes tingimustes toimub nihestus tavaliselt taha. Nihestuse tekkemehhanism on järgmine: järsul reie painutusel ja samaaegsel abduktsioonil ning siserotatsioonil nihkub liigesepähik taha, rebides katki liigesekapsli. Jalg jääb painutatult abduktsiooni- ja siserotatsiooni seisu.

Nihestus ette esineb tunduvalt harvemini, ta tekib tavaliselt järsul välisrotatsioonil sirutatud reiega. Diagnoosi täpsustamiseks on vajalik röntgenogramm.

Paigaldamist Kocheri või Džanelidze järgi teostatakse sageli narkoosis.

Nihestus ette on tunduvalt raskem paigaldada kui nihestus taha. Tavaliselt surub sel juhul abistaja jäseme tugevas hüperekstensiooniseisundis pähikule, paigaldaja aga painutab jalga ja viib selle siserotatsiooni.

Peale paigaldamist pannakse mõneks päevaks peale immobiliseeriv lahas. Alates 5. - 6. päevast tuleb alustada ravivõimlemisega. Kõndida lubatakse haigel alates 10. päevast. Selline ettevaatus on seletatav sellega, et nihestuse puhul toimub tavaliselt ka liigesekapsli rebend, mille paranemiseks kulub eespool mainitud aeg. Liigesepähiku murde ei tähel-

data peaaegu mitte kunagi.

Reieluu murrud.

Reieluu kaela murrud.

Reieluu kaela murd võib olla mediaalne (liigesesisene) või lateraalne (liigeseväline). Murde täheldatakse peamiselt vanemas eas, enamikus naistel. Murd tekib kukkumisel suuremale pöörlale. Murru puhul on jalg välisrotatsiooni seisus, aktiivsed liigutused puusaliigeses pole võimalikud. Kui tõmmata sirgjoon ülemisest eesmisest niudeogast istmikuluu köbrule (Roser - Nelatoni joon), siis murru puhul on suure pöörla tipp, mis normaalselt asetseb sellel joonel, nihkunud sellest kõrgemale. Jäseme lühenemine pole tavaliselt suur, ulatudes 2 - 3 cm.

D i a g n o o s pannakse ja täpsustatakse röntgeniülesvõtte põhjal, mis tehakse eest taha ja külgsuunas.

R a v i . Lateraalsed murrud (pöörlatevahelised ja pöörlaid läbivad) kasvavad kokku hästi ja neid ravitakse enamikus skelettvenitusega lahasel. Murru kokkukasvamine toimub 2,5 kuuga. Mediaalsed murrud (pähikualused ja kaela läbivad) ravitakse nende halva paranemistendentsi tõttu operatiivselt. Osteosüntees tehakse kolme lamellilise roostevaba terasest naelaga. Nael viiakse pöörlatealusest piirkonnast läbi reieluu kaela tema pähikusse.

Reieluu kaela murruga haigete ravil on väga suure tähtsusega ravivõimlemine, millega tuleb alustada kiiresti peale traumat.

Reieluu diafüüsi murrud.

Reieluu diafüüsi murrud esinevad kõige sagedamini selle keskosas. Tunduvalt harvem esineb neid reie alumises kolmandikus. Oma iseloomult on need rist-, põik-, spiraal- ja killunenud murrud. Tüüpiliste sümptoomidena esinevad reieluu diafüüsi murdudel valu, turse, deformatsioon ja ebanormaalne liikuvus murru kohal, distaalse fragmendi välisrotatsioon ja reie lühenemine. Mõnikord on sedastatav ka fragmentide kre-

pitatsioon. Täpse ettekujutuse murrust annab röntgenograafia.

Haige uurimisel on tingimata vaja veenduda, kas ei esine ka tunde- ja liikumishäireid. Samuti tuleb kontrollida perifeerset pulssi, sest murruga võivad kaasuda ka närvide ja veresoonte vigastused.

Reieluu murdude ravil kasutatakse enamikul juhtudest skelettvenitust traadi abil, mis viiakse läbi sääreluu kõbru või läbi reie põnda. Haige paigutatakse voodisse, mille madratsi alla on pandud laud. Jalg asetatakse kahetasapinnalisele lahasele (Böhleri või mõni teine konstruktsioon). Voodi jalgadepoolne ots tõstetakse üles. Pea alla pannakse peaalune raam.

Repositsioonil on vaja perifeerne fragment proksimaalse fragmendi jätkuna oma normaalsesse asendisse. Seoses fragmentide nihkumise iseloomuga tuleb venituse rakendamisel pidada silmas seda, et mida kõrgemal asetseb reieluu murd, seda enam tuleb lahas viia abduktsiooniseisu. Murru puhul reie ülemises kolmandikus nihkub proksimaalne fragment ette ja väljapoole. Murru puhul keskmises kolmandikus on ta pöördunud pisut ette ja sissepoole, seepärast pannakse venitus vähemas abduktsiooniseisus kui ülemise kolmandiku murdudel. Alumise kolmandiku murdudel abduktsiooniseisu ei rakendata. Põlv peab olema pisut painutatud seisus, kuna siis lõgastuvad säärelihased, mis põhjustavad reieluu distaalse fragmendi nihkumist taha.

Alati ei õnnestu fragmentide hea repositsioon ja seda eriti ristmurdude puhul. Sellisel juhul on näidustatud fragmentide paigaldamine operatiivsel teel spetsiaalse pika metallnaela abil. Nael viiakse peale repositsiooni proksimaalse kui ka distaalse fragmendi üdiõõnde suure pöörla pealt.

Reieluu põntade murrud.

Reieluu põntade murde esineb harva. Nad on enamikus otsese trauma tulemus, neid iseloomustab esinev turse põlveliigesepiirkonnas, hemartroos ja tugev valu.

D i a g n o o s täpsustatakse kahesuunalise röntgenogrammi põhjal.

R a v i k s kasutatakse kas skelettvenitust või lühikese kestusega immobilisatsiooni kipsmähises. Liigutustega põlveliigeses tuleb alustada võimalikult varakult.

Põlvekedra murrud.

Põlvekedra murrud tekivad kas otsese jõu toimel, nagu kukkumisel põlvele või ka reie nelipealihase järsul kontraktsioonil (kukkudes tagurpidi). Sideaparaadi rebenemisel täheldatakse tavaliselt ka fragmentide eemaldumist. Nende vahele jääb palpeeritav lõhe. Kui sideaparaat pole rebenenud, puudub lõhe.

R a v i nende murdude puhul, kus esineb ka lõhe, on operatiivne. Murdudel, kus ei esine dislokatsiooni, eemaldatakse põlveliigesest veri ja pannakse peale kipsmähis.

Põlveliigese sideaparaadi vigastused.

Võruketta (meniski) vigastused tekivad kõige sagedamini spordi traumade tulemusena. Tavaliselt kahjustub seesmine võruketas.

Võrukettavigastusmehhanism on järgmine: järsk põlveliigese sirutus kiirel üleminekul kükkasendist vertikaalsesse, hüpe suurest kõrgusest, kergelt painutatud ja abdutseeritud põlve järsk abduktsioon koos selle järsu sirutamisega (kõige sagedasem põhjus).

K l i i n i l i s e d n ä h u d võrukettavigastusel seisnevad retsidiveeruvates põlveliigese blokaadides. Need blokaadid ilmuvad liikumisel ja seisnevad järsult ilmuvates valudes vastavas liigeses, enamikul juhtudest sisemise võruketta piirkonnas. Põlveliigesesse koguneb vedelikku. Pikkamööda vaibuvad valud ja resorbeerub ka vedelik.

Haige uurimisel paistab silma mittetäielik sirutus põlveliigeses, mis on selgesti sedastatav, võrreldes haiget jäset tervega. Katsel viia sirutust lõpuni ilmuvad vigastatud liigeses valud. Mõnel juhul õnnestub ka palpeerida lahtirebenenud ja väljapoole nihkunud võruketta osa. Teistest

sümptoomidest täheldatakse valu põlveliigese sirutamisel, kui viia jäse samaaegselt välisrotatsiooni seisundisse. Võrukettavigastusi täheldatakse röntgenogrammil ainult siis, kui põlveliigesesse viiakse õhku (pneumoarthrograafia).

Algul kasutatakse konservatiivset r a v i . Põlveliiges asetatakse 2 - 3 nädalaks eemaldatavasse hülssi. Kasutatakse energilist soojendusravi - parafiinmähis sellele järgneva masseerimisega. Operatiivse ravi näidustuseks on korduv põlve blokaadide esinemine.

Kaaskülgsete sidemete rebendid tekivad järsul põlveliigese sisse- või väljapoole painutamisel, kui reis püsib paigal. Kliinilistest sümptoomidest esineb valu sidemete kinnituskohal. Painutades põlveliigest külgsuunas, õnnestub see rebenenud sidemele vastassuunas.

R a v i . Osalisel rebendil või nikastusel kasutatakse konservatiivset ravi - immobilisatsiooni, vedeliku eemaldamist ja füsioteraapiat. Täielikul rebendil, eriti kui on tegemist kehakultuurlastega, on näidustatud sideme kinniõmblemine sellele järgneva immobilisatsiooniga (kinnine kips) 14 - 20 päevaks. Järgneb masseerimine ja ravivõimlemine. Operatsioon tuleb viia läbi varases staadiumis, sest hilinenud juhtudel takistab sidemete otste armistumine täielikku funktsiooni taastumist.

Ristsidemete rebendid on rasketeks põlveliigesevigastusteks. Nad tekivad põlveliigese järskude ülevenituste tulemusena. Sagedamini esineb eesmise ristsideme rebendeid. Ristsideme rebendi peamiseks sümptoomiks on kas osaline või täielik nihestus. Sellest on ka põhjustatud kaebus ebastabiilsustundele põlveliigeses, samuti ka ette- või tahapoole nihkumise sümptoom.

R a v i võib olla nii konservatiivne kui ka operatiivne. Esimest kasutatakse peamiselt tagumise ristsideme rebendil, teist - operatiivset - peamiselt eesmise ristsideme rebendi puhul.

Konservatiivse ravi puhul on tingimata vajalik pikaajaline immobilisatsioon kinnises kipsmähises, 3 - 4 kuud.

Sportlastel on ristsidemete rebendite puhul näidustatud operatiivne vahelesegamine.

Peale operatsiooni on vaja varakult alustada ravivõimlemisega.

Liigese hiir. Liigeses liikuvaid kõhre või luuosakesi, mis tekivad liigese kõhrede täielikul rebenemisel, nimetatakse liigese hiireks. See võib tekkida ka artroosidel. Tüüpilise sümptoomina esineb liigese blokaad, mis ilmub perioodiliselt, kui vaba tükk pitsub põlveliigese liigespindade vahele.

Liigese hiire diagnoosimine ei valmista erilisi raskusi.

D i a g n o o s täpsustatakse röntgenograafia abil.

R a v i on operatiivne.

Schlatteri tõbi.

Schlatteri tõbi on sääreluu kõbru osteochondropatia. Teda täheldatakse kõige sagedamini noortel sportlastel 14 - 20 a. vanuses. Kliiniliselt avaldub see käimisel kõbrupiirkonnas tekkivates valudes. Esineb ka kõbru suurenemine. Vastava piirkonna palpeerimine on pisut valulik, samuti on ka valulik täielik põlveliigese sirutus. Külgsuunalisel röntgenogrammil on näha ebatasasus kõbrupiirkonnas.

R a v i on konservatiivne - rahu. Pannakse jalale tagumine kipslongett, määratakse ravikehakultuur ja masseerimine. Tuleb loobuda jalgpallimängust 2 - 3 aastaks.

Sääreluude murrud.

Põntade murrud.

Põntade murrud esinevad harvem kui sääreluude diafüüsi murrud. Sääreluu välise põnda murruga võib kaasuda ka pindluu pähiku murd. Kliiniliselt sedastatakse põlvepiirkonnas tugevat valulikkust. Verevalumi tulemusena on põlveliiges oma mõõtmetelt suurenenud, liigutused pole valude tõttu võimalikud.

R a v i seisneb fragmentide paigaldamises. Enne paigaldamist on vaja süstida murru kohta 20 ml 2 %-list novokaiinilahust. Peale paigaldamist pannakse füsioloogilises kesk-

seisus peale venitus või kahekordne venitus, sel juhul üks luu pikitelje suunas, teine külgsuunas vigastatud põnda vastasküljelt.

Aktiivsed liigutused ja lihaste massaaž peavad algama varakult. Tavaliselt on juba alates 4. - 5. nädalast põlveliigese sirutus ja painutus võimalikud küllalt suures ulatuses ja venitus asendatakse kipshülsiga.

Sääreluude diafüüsi murrud.

Sääreluude diafüüsi murrud moodustavad peaaegu 25 % kõikidest luumurdudest. Isoleeritud sääre- või pindluu murde täheldatakse harvem kui mõlemaid koos. Tuleb tähendada, et murru kõrgus võib olla erinev. Pindluu murd on sääreluu murrust tavaliselt kõrgemal.

Hematoom, turse, liikuvus murru kohal kui ka kahesuunaline röntgeniülesvõte annavad võimaluse murru õigeks diagnoosimiseks.

R a v i on venitusravi. Kasutatakse traatvenitust, mis viiakse läbi kannaluu. Sellisel viisil reponeeritakse fragmendid ja fikseeritakse need õiges asendis. 3 nädala pärast pannakse peale kinnine kipsmähis, mis fikseerib nii põlve- kui ka hüppeliigese, ulatudes kuni reie ülemise kolmandikuni. Kui pannakse venitus, tuleb juba 2. - 3. päeval alustada ravivõimlemisega. Hea fragmentide seisu puhul võib 20. - 25. päeval monteerida kipsmähisele seadeldis kõndimiseks. Kipsmähis pannakse peale 2,5 kuuks, arvates murru tekkimisest.

Kui fragmentide repositsioon ei õnnestu, teostatakse nende operatiivne paigaldamine ja fikseeritakse fragmendid üdiõõne naelastamise või metallplaatide abil, mis kinnitatakse kruvidega.

Hüppeliigese traumad.

Hüppeliigesevigastusi on kaks rühma: distorsioon ja päksude murd.

Distorsioon.

Distorsioon (nikastus, venitus) esineb hüppeliigeste sidemetel sageli, kusjuures sagedamini vigastuvad külgmised sidemed. Diagnoos pole enamikul juhtudest raske, kuid tuleb silmas pidada, et distorsiooniga võib segada külgmise päksu murdu. Distorsioonil esineb järsk valulikkus külgmise ja keskmise päksu piirkonnas. Esineb turse ja hematoom. Erinevalt päksu murrust pole distorsiooni puhul valus, kui avaldada ringjat survet sääre alumisele kolmandikule. Täpne diagnoos on võimalik ainult röntgenoskoopilisel uurimisel, seepärast on vajalik kõikide hüppeliigesevigastuste puhul teostada kahesuunaline röntgeniülesvõte hüppeliigesest.

Hüppeliigese distorsioonidel pannakse peale tugev side. Kohe, kui turse pisut alaneb (3. - 4. päeval) alustatakse füsioteraapiaga (parafiinsoojendused), aktiivsete liigutuste ja massaažiga.

Päksu murd.

Päksu murrud tekivad liigese järsul painutamisel külgsuunas (kanna väänamine). Peale külgmise või keskmise päksu eraldi kahjustuse esineb sageli ka kahe päksu murde. Järsk kanna väänamine väljapoole põhjustab deltasideme rebenemist sääreluu päksult, pindluu aga murdub alumises kolmandikus, oma kõige peenemas kohas, 5 - 6 cm ülalpool pindmist päksu. Murdumine võib toimuda ka kõrgemal. Selline murd kannab Dupuytreni murru nimetust.

Kanna väänamisel sissepoole tekib rebend külgmiselt päksult ja keskmise päksu murd kontsluu surve tulemusena.

D i a g n o o s ei valmista erilisi raskusi. Esineb valu, hematoom, turse ja piiratud liikuvus hüppeliigeses. Täpse ettekujutuse vigastuse iseloomust annab ainult kahes suunas tehtud röntgenograafia.

R a v i seisneb fragmentide õiges paigaldamises paikse tuimastusega, milleks süstitakse 20 ml 2 %-list novokaiinilahust. Paigaldamist teostatakse põlveliigese painutatud seisus ja peale selle pannakse peale kipsmähis. Sellele järgne-

valt tuleb teha röntgenikontroll eest taha kui ka külgsuunas.

Tunduvalt raskem on paigaldada mõlema päksu üheaegset murdu, millega on kaasunud sääreluu tagumise serva murd ja kontsluu osaline nihestus taha.

Kontsluu murrud.

Kontsluu murrud tekivad hüppeliigese järsul painutamisel või otsesel välise jõu toimel.

Kontsluu murru diagnoosimine pole alati lihtne ja sageli peetakse seda murdu distorsiooniks või päksu murruks. Ainult röntgeniülesvõte annab võimaluse määrata vigastuse täpset iseloomu. Tavaliselt esinevad kliiniliste sümptoomidena tugev turse hüppeliigese eesmisel pinnal, valulikkus, kui suruda kontsluupiirkonnale eest, ja valu suurenemine, kui koputada liigesele selle telje suunas (päksudele). Hüppeliigesest on jäse pisut painutatud ja supinatsiooniseisus.

R a v i . Killunenud murdudel kui ka juhtudel, kui repositsioon ei õnnestu, on näidustatud operatiivne vahelesegamine.

Kandluu murrud.

Kandluu murrud tekivad tavaliselt kukkumisel kannale. Selle põhiliseks tunnuseks on tugev valu kannale koputamisel. Hematoomist põhjustatud turse ei teki otsekohe ja tiheda tallanaha tõttu tekib ta tavaliselt kõrgemal. Trauma tekkemehhanismi ja kliiniliste nähtude väljaselgitamine annab võimaluse oletada kirjeldatud vigastuse olemasolu.

Murru diagnoosimisel on röntgenoloogiline uurimine otsustava tähtsusega.

R a v i . Fragmentide hea seisu puhul asetatakse jalg lahasele, pisut kõrgemale ja antakse talle rahu. Turse kadumisel pannakse peale kipsmähis (saabas). Fragmentide halva seisu puhul tuleb rakendada venitust.

Üldisi märkmeid lahtiste murdude ravist.

Iga lahtise luumurru puhul tuleb teha haava esmane kirurgiline töötlus. Haava kinniõmblemine võib toimuda ainult

peale hoolikalt teostatud kirurgilist töötlemist. Kuni naha õmblemiseni kaetakse haav 0,25 %-lise novokaiinilahusega, milles on lahustatud 200 000 Ü penitsilliini. Viimasel ajal soovitatakse lahtiste murdude puhul kasutada osteosünteesi.

Profülaktiliselt on nõutav antitetaanilise seerumi süstimine.

XXI peatükk.

SOONKONNAHAIGUSED.

Oblitereeruv endarteriit.

Seda juba ammust ajast tuntud haigust nimetatakse arstiteaduslikus kirjanduses väga mitmeti, nagu oblitereeruv endarteriit, arterioskleroötiline gangreen, neerupealiste arterioos, oblitereeruv trombangiit, oblitereeruv trombangioos, spontaangangreen. Kõigis mainitud nimetustes peegeldub eri autorite arvamus selle haiguse patogeneesi kohta.

Nimetus "oblitereeruv trombangioos" on kõige tabavam, sest ta kriipsutab alla patoloogilise protsessi olemasolu kogu soonkonnas, kuna kahjustatud on nii arteriaalne kui ka venoosne süsteem kogu organismis.

Kliiniliselt väljendub haigus kõige sagedamini üksikute soonkonna osade ülekaalukas kahjustuses (jäseme veresooned, koronaarveresooned, rinnaõõnepiirkonna veresooned jne.); kuid muutused esinevad samaaegselt kõikides piirkondades.

Haigus seisneb üksikute veresoonkonna magistraalide osalises või ka täielikus väljalülimises vereringest. Algstaadiumis seisneb see kahjustus pikaajalises veresoone

spastilises seisundis, hiljem aga viib püsiv angiospasm veresooneseina orgaanilistele muutustele.

P a t o l o o g i l i n e a n a t o o m i a . Palja silmaga on sedastatavad arterivalendiku kitsenemine, tromboosid ja veresoont ümbritsevates kudedes tekkiv skleroos. Mikroskoobilisel vaatlusel on veresoonte seintes täheldatavad nekrootilised kolded, milles intima on asendatud granulatsioonkoega. Täheldatakse samaaegselt seinapidiseid ja arteri luumenit täielikult sulgevaid trombe. Juhul, kui kollateraalne vereringe osutub mitteküllaldaseks, viib täielik suure arteri sulgus kõige perifeersema jäseme osa nekroosile. Ka veenides esinevad muutused levivad kogu selle seinale, kuid nad on nõrgemalt välja kujunenud.

E t i o l o o g i a ja p a t o g e n e e s . Haiguse etioloogia ei ole veel lõplikult välja selgitatud. Suur osatähtsus on suitsetamisel, kuid haigust esineb ka mittesuitsetajatel. A. Z. Kozdoba mürgitas loomi nikotiiniga ja täheldas neil patoloogilist protsessi, mis on analoogiline inimestel esinevaga. Ka kliinilised tähelepanekud näitavad, et pärast suitsetamisest loobumist vähenevad tunduvalt haigusega seosesolevad kannatused. On teada, et jäsemete külmetused soodustavad haiguse teket, eriti siis, kui külmetus on seoses niiskusega, sest sellega kaasuvad enam või vähem väljaarenenud perifeersed neuriidid ja tromboosid. Vitamiinide puudus, (eriti B_1 vitamiini vaegus) võib põhjustada püsivaid polineuriite, mis soodustavad oblitereeruva trombangioosi teket. M. B. Matusov tekitas loomadel toitereziimis B_1 vitamiini puudust. Esinesid nähud, mis on väga sarnased kirjeldatava haiguse nähtudega. Mõned autorid vaatlevad trombangioosi kui allergilist protsessi, kuid seejuures jääb allergeeni päritolu välja selgitamata.

W. G. Zoege-Manteufel omistas erilist tähtsust arterite skleroosile, mille tulemusena tekivad seinapidised trombid. Praegu pole enam kahtlust selles, et see on iseseisev protsess, mil ei ole tähtsust üldise trombangioosi tekkel. Bürger vaatles seda haigust kui põletikulist protsessi, mil-

lega kaasub vere kiirenenud hüübivus. W. A. Oppel seostab protsessi hüperadrenalineemiaga, mis areneb neerupealiste hüperfunktsiooni tulemusena ja viib sellega selle haiguse organismi üldhaiguste rühma. Vastavalt sellele teooriale toimub tunduvalt suurenenud vere adrenaliinisisalduse tõttu veresoonte spastiline kokkutõmme, mis ongi veresoonte funktsionaalsete häirete põhjuseks. See seisukoht leidis kinnitust vastavate kliiniliste ja laboratoorsete uurimustega, mis teostati Oppeli poolt 1913.a. Oppeli andmed hüperadrenalineemia kohta lükkas ümber N. P. Kravkov.

Hiljem uuris S. S. Girgolav oblitereeruva trombangioosi haigete verd veresooni ahendavate andmete sisaldisele, kuid temal ei õnnestunud leida otseseid tõendeid adrenaliinisisaldise suurenemise kohta. Lõpuks näitas A. D. Tšepaljev, et adrenaliinisisaldis veres on suurenenud neil haigetel, kellel esinevad intensiivsed valud. Ta näitas, et hüperadrenalineemia ei esine mitte üksnes endarteriitide puhul ega saa seepärast olla haiguse peamiseks põhjuseks.

Rida autoreid on arvamusel, et haiguse arengul on tähtsad muutused sümpaatilises närvisüsteemis: sümpaatiliste ganglionide kõrgenenud ärritatavus (N. N, Samarin jt.). A. A. Begelman uuris sümpaatilisi ganglione, mis olid eemaldatud haigetel endarteriidi ravi otstarbel, ja leidis neis degeneratiivseid muutusi, mis iseloomustusid varikoossete paksendite ja turselise lagunemisega.

A. G. Molotkov nägi haiguse põhjust perifeersetes neuroosides. F. I. Pantšenko arvab, et veresoontele üleminev protsess on sekundaarne ja et see on seoses muutustega perifeerses närvisüsteemis, mille tulemusena arenevad funktsionaalsed veresoonkonna innervatsiooni häired. Veresooneseina kahjustused võivad põhjustada närvides sekundaarseid, ischemilise neuriidi tüüpi häireid.

Viimastel aastatel on nõukogude teadlased, tuginedes I. P. Pavlovi õpetusele vereringest ja kõrgemast närvitalitlusest, samuti ka K. M. Bõkovi koolkonna töödele, hakanud vaatama oblitereeruvale trombangiidile kui haigusele, mis

areneb veresoonte regulatsioonihäirete tulemusena. Need on põhjustatud tsentraalnärvisüsteemist ja ilmuvad patoloogilise kompleksina ekstero ja interoretseptorite ärrituse tulemusel. Patoloogilisest protsessist haaratakse ka kõige tundlikumad veresoonte retseptorid ja see loob teatud fooni haiguse kliinilisteks nähtudeks. Rida ülalmärgitud faktoreid võib soodustada haiguse arengut.

K l i i n i l i n e p i l t . Haigust täheldatakse peaaegu eranditult ainult meestel, kõige sagedamini 30. ja 40. eluaasta vahel, kuid esineb ka nooremaid haigeid. Funktsionaalsed häired võivad olla ainult ühepoolsed, andes tugevaid veresoone düstoonia nähte, kusjuures teine pool ei pruugi anda end kliiniliselt tunda. Algavad veresoonte patoloogilised muutused võivad areneda mõnda aega märkamatult.

Edasi tekivad tugevad valud sääremarjas, kannas ja varvastes, mõnikord ka kätel, sõrmedes. Algul kaebavad haiged, et liikumisel väsivad jalad kiiresti, kardavad külma ning muutuvad tuimaks. Ilmub tüüpiline sümptoom, vahelduv lonkamine. See seisneb selles, et kõndimisel tekib haige sääremarjas nii tugev valu, et ta peab peatuma 2 - 3 minutit. Puhkamisel kaovad valud ja haige võib jälle kõndimist jätkata. Aja jooksul muutub vahelduv lonkamine ikka sagedasemaks ja lõpuks esineb juba püsiv valu, mis ei anna haigele rahu ka tema voodis lamades ei päeval ega öösel. Valu röövib haigelt une ja viib ta meeleheitele. Jala asetamine kõrgemale tugevdab valu, kuna ta viib jäseme väheveresusele, madalamal hoidmine kergendab pisut. Tugevate valude puhul istub haige päeval ja öösel, hoides jalga üle voodiääre maas või põlveliigesest väga tugevasti painutatult vastu reit viiduna. Valu on põhjustatud kudede väheveresusest: mida tugevamalt ischemia on välja kujunenud ja mida pikema kestusega ta on, seda teravam on valu.

Sageli kaasub haigusega migreeruv flebotromboos suurtes alajäseme nahaalustes veenides. Aja jooksul arenevad jäseme perifeersetes osades mitmesugused troofilised häired, jalalaba ja varvaste nahk õheneb, muutub kuivaks, omandab tumesinaka värvuse, mis intensiivistub jala madalamale asetami-

sel. Küüned paksenevad ja deformeeruvad, karvkate jalal kaob. Varvastel tekivad troofilised haavandid või kuivad nekroosikolded. Gangreen areneb aeglaselt, kuid infektsiooni kaasumisel, eriti nooremas eas, kiiresti. Pulsatsioon kaob algul jala selja arteril, eesmisel ja tagumisel sääreluu arteril, hiljem õndla- ja reiearteris.

Haiguse kulg on tavaliselt pikk, perioodiliste ägenemistega. Teatud piirini võib teda jagada kolme staadiumisse. I staadium on angiospastiline. Troofilised häired on vähe välja kujunenud, arterite pulsatsioonid on säilinud ja kui nad kaovad, siis ainult ajutiseks. II staadium - orgaanilised muutused avalduvad enam või vähem väljakujunenud troofikahäiretes, üksikjuhtudel esineb ka flebotromboose. III staadiumis esinevad nekroosid.

R a v i . Kuna oblitereeruva trombangiidi põhjused pole veel lõplikult välja selgitatud, puudub ka etioloogiline ravi. Kõikide kasutatavate ravivõtete eesmärgiks on soodustada kollateraalset vereringet ja kudede ainevahetust, lõgastada kapillaaride ja soonkonna spasmi. Selline ravi peab olema kompleksne.

I. P r o f ü l a k t i l i s e d .v õ t t e d . Haigetel tuleb otsekohe loobuda suitsetamisest, hoiduda külmetamistest, jäsemete traumatiseerimisest, pidada alajäsemete koormamisel kinni kindlaksmääratud režiimist ja mitte koormata neid üleväsimuseni (keelatakse sõit jalgrattal, töötamine seistes). Jalanõud peavad olema avarad ja soojad. Lamppõia puhul tuleb kanda ortopeedilisi jalatseid. Tuleb vältida haudumisi, iga päev enne magama heitmist pesta jalgu sooja veega, kuiva nahka määrida rasvaga ja luua tingimused psüühiliseks rahuks nii olustikulistes kui ka töötingimustes.

II. K o n s e r v a t i i v n e r a v i . Haiged vajavad rahu ja kuivõhusoojendusi. Vitamiinoteraapia: Vitamiin B_1 250 mg ööpäevas + askorbiinhapet 250 mg + nikotiinhapet 100 mg ööpäevas. Kahepoolne parenefriumi blokaad 0,25 %-lise novokaiinilahusega. Iga päev süstitakse veeni 1 %-list novokaiinilahust 10 ml 10 - 15 päeva kestel. Üksikjuhtudel

süstitakse novokaiini koos morfiiniga intraarteriaalselt N. N. Elanski meetodil. Verehüübimist pidurdavaid preparaate, eriti dikumariini, süstitakse 0,05 kolm korda päevas, kontrollides pidevalt vere protrombiinisisaldist. Värskete trombide ülessulatamiseks kasutatakse hirodiini, mida eritavad kaanid.

III. O p e r a t i i v s e d r a v i m e e t o d i d . Üksikjuhtudel võib vastavate näidustuste puhul soovitada preganglionaarset nimmesümpatektoomiat, mis seisneb nimmepiirkonna sümpaatiliste ganglionide eemaldamises mõlemal poolel. Gangreenide arenemisel on vaja jäse amputeerida, kuid mitte madalamalt kui reie alumisest kolmandikust.

Raukusgangreen.

Üle 60 aasta vanustel inimestel esineb sageli üldise raske arterioskleroosi tunnuseid. Kliiniliselt on raukusgangreen sarnane oblitereeruvale trombangioosile. Kahjustatud jäsemel on pulsatsioon tavaliselt nõrk, nahk kuiv ja kahvatu.

R a v i on sama mis ateroskleroosi puhulgi. Peale selle kasutatakse ülalmärgitud preparaate, mis soodustavad kollateraalse vereringe arengut ja ergutavad kudede ainevahetust. Operatiivset ravi sümpaatiliste ganglionide eemaldamise näol ei kasutata. Gangreeni puhul oodatakse ära demarkatsioonijoone teke ja tehakse nekrektoomia. Kuivgangreeni puhul, mis areneb tugevate ischemiliste valudega, samuti ka märggangreenide puhul on näidustatud amputatsioon.

Diabeetiline gangreen.

Haigus esineb suhkruhaiguse tüsistusena. Arterioskleroosi ja perifeerse neuriidi taustal arenevad troofilised haavandid. Diabeedihaigetel on nõrgenenud vastupanu infektsioonile ja see soodustab märggangreeni teket. Ravi on tavaline antidiabeetiline ja ka paikne ravi, mis on suunatud

märggangreeni vältimisele. Kui esineb märg gangreen, on amputatsioon vältimatu.

Süfiliitiline gangreen.

Süfiliitilise infektsiooni tulemusena areneb spetsiifiline endarteriit, mis viib intima paksenemisele ja veresoone luumeni kitsenemisele kuni selle täieliku sulguseni. Gangreen võib areneda nii täiskasvanutel kui ka lastel. Kahjustused tekivad üla- ja alajäsemel. Sellele kahjustusele on iseloomulik sümmeetrilisus. Sümptoomid sarnanevad obliteereruva trombangiidi sümptoomidega.

Diagnostikas on suure tähtsusega Wassermanni seroloogiline reaktsioon, Kana reaktsioon ja cytochol reaktsioon veres ja seljaaju vedelikus.

R a v i on spetsiifiline, antisüfiliitiline.

Raynaud' tõbi.

Haigust kirjeldati Raynaud' poolt 1862. aastal "lokaalse asfüksia" nime all. Sagedamini haigestuvad noored naised. Üle 40 aasta vanustel inimestel täheldatakse Raynaud' tõbe harva. Haiguse etioloogia pole senini veel välja selgitatud. Paljud autorid seostavad teda sümpaatilise närvisüsteemi haigestumisega. Sagedane jäsemete külmetamine, eriti vees, samuti ka psüühilised traumad on haigust soodustavateks faktoriteks.

Haiguse kulus eraldatakse kolme staadiumi.

Esimeses staadiumis esineb sõrmede "suremine", sõrmede tundetus, paresteesia, mõnikord ka kõrvetav valu. Sõrmede suremise sümptoom vaheldub sinaka varjundiga reaktiivse hüpereemiaga. See staadium võib kesta mitu aastat. Teises staadiumis esineb sõrmede suremise sümptoom harvem, kuid tsüanoos püsib kangekaelselt. Jäse on kergelt turses, sõrmede liigutused on takistatud, nahatemperatuur on langenud. Haiguse kolmandal staadiumil on kaks varianti: areneb kas gangreen

või sklerodermia. Gangreeni esineb harva, ta areneb tavaliselt sõrmedel sümmeetriliselt ja on väikese ulatusega. Suurte arterite pulsatsioon on säilinud. Sklerodermia puhul on sõrmede ja labakäe nahk tihe ja läikiv, sõrmeotsad on teravnenud, sõrmede liikuvus on vähenenud. Võivad areneda rasked dermatogeensed kontraktuurid.

R a v i on psühhoteraapia ja hüpnoos. Suu kaudu manustatakse haigetele spasmolüütilisi vahendeid. Kasutatakse ka vastavate paravertebraalsete ganglionide novokaiiniblokaadi. Operatiivsetest meetoditest kasutatakse sümpatektoomiat.

Veenide varikoossed laiendid.

Veenide varikoosseid laiendeid täheldatakse peamiselt alajäsemetel. Haigusele on iseloomulik veenivalendiku suurenemine koos samaaegsete muutustega veeniseinas. Nahaalused veenid on hästi kontureeritud, nende kulg on ussitaoliselt looklev. A. A. Opokini väljenduse järgi: "veen ei mahu enam oma anatoomilisesse loozi".

Tavaliselt kahjustub suur alajäseme naha veen (v. saphena magna), harvem väike alajäseme naha veen (v. saphena parva) ja veel harvem nende nahaalused anastomoosid.

Teooriaid, mis püüavad seletada selle seisundi etioloogiat ja patogeneesi, võib jagada kolme rühma. Esimene rühm teooriaid seletavad veenide varikoossete laiendite teket alajäseme veenide asendi ja anatoomiliste iseärasustega. Veenidel on olemas klapid, mis takistavad tsentrifugaalset vere voolu veenides ja tagavad vere küllaldaast pääsu nahaalustest veenidest süvadesse jalaveenidesse. Veeniklappide insufitsientsusel deponeerub nahaalustes veenides suurel hulgal verd, mis viibki veenide laienemisele. Põhjused, mis viivad klappide insufitsientsusele, pole aga veel välja selgitatud. Nähtavasti on siin olulised mitte kaasasündinud faktorid, vaid patoloogilised protsessid, mis kahjustavad mitte üksnes klappe, vaid ka veeniseisu.

Teise rühma teooriad peavad tähtsaks verepaisu väikeses

vaagnas raseduse puhul, kõhukinnisusel, haiguslikkudel protsessidel, samuti ka kauasel seismisel. Tuleb aga märkida, et verepais ainult soodustab teiste mehhanismide toimet. Kõige vähem põhjendatud on kolmanda rühma teooriad, mis seletavad varikoossete muutuste teket konstitutsionaalse eelsoodumusega, mesenhüümi nõrkusega.

Selle haiguse anamneesis esineb sageli vihjeid läbipõetud infektsioossetele haigustele.

Veeni varikoossel laienemisel muutub tema sein mitmesuguste faktorite toimel õhemaks, seepärast põhjustab rõhu suurenemine seina väljasopistist. Algul on see sopistis sõlmjas ja samas täheldatakse ka kõvemaid osi, mis tekivad sidekoe pideva ärrituse tulemusena. Mehhaanilised faktorid ainult soodustavad patoloogiliste protsesside arengut veenides, kuid nad ei ole kunagi peamisteks momentideks alajäseme veenide laienemise etioloogias ega ka patogeneesis.

Veenide laiendeid esineb peamiselt üle 30 aasta vanustel inimestel.

Haiged veenide laienditega kaebavad tavaliselt surumis- ja raskustunnet alajäsemetes. Mõnikord esinevad ka lühiajalised krambitaolised valud. Võib esineda ka turselisust.

Surumis- ja raskustunne jäsemetes tugevneb õhtuks, kuna selleks ajaks tavaliselt suureneb ka turse. Haiguse hilisstaadiumis arenevad haavandid, mis asetsevad tavaliselt sääre alumises kolmandikus, siseküljel.

Tuleb silmas pidada, et süvade veenide tromboseerumise puhul esinevad pindmiste veenide kompensatoorsed laiendid. Sellisel juhul on pindmiste veenide ligeerimine ja läbilõikamine suur viga, kuna see operatsioon katkestab verevoolu peaaegu täielikult. Areneb raske turse, mis võib viia elefantiasisele.

Haiguse peamiseks objektiivseks sümptoomiks on nähtavad veenide laiendid. Selle sümptoomi sedastamisel tuleb uurida haiget püsti asend s. Püsti on laienenud nahaalused veenid hästi nähtavad, moodustades säärel väänilisi reljeefe. Reiel esineb laiendeid ainult veeni tüvel. Mõnikord esineb reiel

varikoosne sõlm peaaegu suure alajäseme nahaveeni suubumiskohal reieveeni. Sellist sõlme võib segada reiesongaga. Sõlme pehmus, tema kiire täitumine verega peale käe eemaldamist ja laienenud veenide olemasolu säärel annavad võimaluse haiguse õigeks diagnoosimiseks.

On olemas rida sümptoome, mis näitavad suure alajäseme nahaveeni laienemist. Siia kuulub ka Trojanov-Trendelenburgi sümptoom. Haige asetatakse horisontaalsesse asendisse, jalg tõstetakse üles. Silitades jalga ettevaatlikult perifeerselt tsentraalsemale, tühjendatakse nahaveenid. Alajäseme suure nahaveeni suubumiskohal reieveeni komprimeeritakse veen ja hoitakse see tugevasti kinni, kuni haige viiakse püstiasendisse. Kui veenide täitumine toimub alles peale sõrmede äravõtmist, siis on Trojanov-Trendelenburgi sümptoom positiivne. Sellisel juhul on anastomoosid pindmiste ja süvade veenide vahel nõrgalt välja kujunenud ja operatsioon võib anda häid tulemusi. Kui aga haige püstiasendis perifeersed veenid hakkavad aeglaselt täituma, näitab see, et anastomoosid on tekkinud - Trojanov-Trendelenburgi sümptoom on negatiivne. Sellisel juhul on operatiivne veenide ligeerimine tulemusteta.

Delbet-Perthesi sümptoom näitab, kuivõrd on arenenud nahaaluste veenide tühjenemine anastomooside kaudu sügavatesse veenidesse. Haige seistes asetatakse reie alumise ja keskmise kolmandiku piirile elastne skutt ja lastakse teda seejärel pisut kõndida. Kui haige käimisel veenide täitumus tunduvalt väheneb, veen muutub vähemaks, näitab see heade anastomooside olemasolu pindmiste ja süvade veenide vahel.

Teistest sümptoomidest tuleb märkida turset, naha eksematoosseid muutusi, haavandeid. Turse võib olla erinev: ta võib olla vaevalt märgatav või tugevasti välja kujunenud, kus nahk kaotas oma normaalse joonise ja muutub läikivaks. Sääre ümbermõõt võib tunduvalt suureneda. Ekssematoossetest nähtudest täheldatakse kuivamist, kestendamist ja lõpuks ka eksematoosseid ohatisi. Tavaliselt on kahjustused sääre nahal. Kirjeldatud muutused tekivad troofikahäirete tulemusena.

R a v i . Varikoossete veenilaiendite profülaktika seisneb elukutse vahetamises, kui nende teke on seoses pikaajalise seismisega. Tuleb hoolitseda korrapärase soole tühjendamise eest. Kasutatakse ka jalgade sidumist elastse sidemega või kantakse elastseid sukki. Sidumine või sukkade jalgapanek peab toimuma lamades. Jalgu hoitakse mõni minut ülestõstetud asendis ja alles peale veenide tühjenemist pannakse peale side. Sidet hakatakse mähkima alt üles, hoidudes seejuures üleliigsest sideme pingutamisest ja rõhust, mis võiks tekitada paisu.

Mitmesuguste kontsentreeritud skleroseerivate ainete süstimist veeni ei tule kasutada, kuna nende puhul esineb sageli retsidiivne ja on olemas embooliaoht, sest tromb võib rebeneda lahti.

Operatiivseks raviks on soovitatud rida meetodeid. Üks neist on operatiivne suure alajäseme nahaveeni kinnisidumine tema suubumiskohal reieveeni (Trojanov-Trendelenburgi operatsioon). See on palliatiivne operatsioon ja annab rohkesti retsidiive. Teda kasutatakse ainult koos teiste operatiivsete vahelesegamistega.

Babcocki operatsioonil tehakse suure alajäseme nahaveeni laienenud alumises osas naha lõige, prepareeritakse veen välja ja ligeeritakse. Ülalpool ligatuuri avatakse veen ja tema valendikku viiakse pikk nupuga sond. Laienenud veeni ülemises otsas tehakse teine väike naha lõige. Tsentraalne veeni ots ligeeritakse ja lõigatakse läbi. Alumine ots seotakse tugevasti kinni sondile ja seejärel tõmmatakse sond ettevaatlikult välja läbi alumise operatsioonihaava. Sond toob enesega kaasa ka veeni, mis on pöördunud intimaga väljapoole. Selle meetodi puuduseks on see, et puruksrebitud anastomoosside kohal tekivad verevalumid.

Madelungi operatsioonil lõigatakse laienenud veenid välja kogu ulatuses. See meetod on kõikidest kirjeldatud meetoditest kõige radikaalsem ja annab ka kõige paremaid hilisresultaate.

Kasutatakse ka Klapi poolt kirjeldatud operatsiooni, mis

seisneb selles, et veen ligeeritakse läbi naha viidud õmbluse abil. Väljaulatuvad niidiotsad seotakse marlitupsuti peal kinni.

Niidid eemaldatakse mõne päeva pärast.

Peale kõiki kirjeldatud operatsioone tuleb haigel lamada mitte vähem kui 14 - 16 päeva.

Tüsistused. Kõige sagedasemaks ja kõige raskemini ravitavaks sääreveenide laiendite tüsistuseks on haavandid, mida täheldatakse peamiselt vanemas eas. Haavandid tekivad sääre sisepinnal, alumises kolmandikus, olles kudede kroonilise toitehäire tulemus. Tavaliselt on nad sügavad, nekrootilise, haisva sekreediga põhja ja kõrgete konardunud servadega. Haavandid võivad olla väga suured, ulatudes vööna ümber kogu sääre. Nahk haavandi ümbruses on pigmenteeritud, mõnikord ka põletikus või ekssematoosne.

Varikoosseid haavandeid tuleb diferentseerida süfiliitilistest. Süfiliitilised haavandid asetsevad tavaliselt sääre ülemises kolmandikus ja kõige sagedamini sääre eespinnal. Samuti on süfiliitiliste haavandite puhul sedastatavad ka veel teised süüfilise tunnused. Tuberkuloossed naha kahjustused (lupus) esinevad kõige sagedamini näopiirkonnas ja tunduvalt harvemini jäsemetel. Lupus algab üksikute sõlmekestena, mis hiljem haavanduvad ja alles siis areneb sügavam kudede kahjustus. Võivad ka areneda siledad armid, mis tugevasti venitavad naaberkudesid.

Arvestades seda, et varikoossed haavandid arenevad vereringe- ja troofikahäirete taustal, peab nende ravi olema pika kestusega ja pidev.

Pidev lamamine ülestõstetud jalaga viib enamikul juhtudest kiirele paranemisele. Haavandile tuleb panna mähis 0,5 %-lise kaaliumpermanganaadilahusega, penitsilliinsalviga või Višnevski salviga. Kui haavand puhastub ja turse tema ümber kaob, soovitatakse veeni läbilõikamist. Ainult radikaalne kahjustatud veeni eemaldamine väldib haavandi retsidiveerumist.

Vastavalt haiguse progresseerumisele ja varikoossete

sõlmede suurenemisele on nende seinad välja venitatud ja koos nendega õheneb ka nahk. Selle tulemusena võib toimuda käimisel, mil sõlmed on eriti pinge all, mõne sõlme perforatsioon ja venoosne verejooks. Need verejooksud võivad olla tugevad, kuid nad ei ole eriti ohtlikud, sest nad sulguvad kiiresti, kui haige panna lamama ja jalg tõsta üles. Sellises asendis tekib veenides negatiivne rõhk, nad kollabeeruvad ja verejooks lakkab. Haavale asetatakse kerge aseptiline side. Arvestades seda, et verejooks võib korduda, soovitatakse operatiivset ravi veeni väljalõikamisega või selle ligeerimisega ja õhenenud sõlmede eemaldamisega. Verejooksude puhul kompensatoorselt laienenud veenidest on igasugune operatsioon, mis on seotud veeni peatüve ligeerimisega, vastunäidustatud.

Tromboflebiit.

Tromboflebiit on veeniseina põletik, mille puhul tekib tromb. Ta on üheks sagedasematest komplikatsioonidest veenide varikoossete laiendite puhul. Teda täheldatakse ka mitmesuguste põletikuliste kollete esinemisel jäsemetel, infektsioossetel haigustel, operatsioonijärgses perioodis, peale ravimite süstimist veeni, eriti kui on tegemist hüpertooniliste lahustega.

Kliiniliselt võib tromboflebiit kulgeda ägedalt või ka krooniliselt. Viimase puhul esinevad valud sääres või ka reies, tekivad žgutikujuliselt ümber sääre tromboseerunud veeniosad, mis sageli on palpeerides pisut valulikud. Juhul, kui ei esine haiguse ägenemist, pole vajadust rangeks voodirežiimiks, vaid piisab kõndimise aja piiramisest. Jäsemele tuleb panna elastne side või kanda elastseid sukki. Tromboseerunud kohale asetatakse kaanid. Nende poolt eritatav hirudiin soodustab trombide imendumist. Kõige paremaid tulemusi annab ravi antikoagulantidega. Kodumaist preparaati, dikumariini manustatakse kaks korda päevas 0,05. Dikumariini toimet tuleb rangelt kontrollida, arvestades protrombiini aega ja indeksit. Protrombiini-indeksi langemisel alla 50 tuleb

dikumariini manustamine katkestada.

Ägeda tromboflebiidi puhul esinevad jalas ägedad valud ja haiged ei saa käia. Valu kiirgub tavaliselt säärde ja reide, piki veeni kulgu. Mõnikord kanduvad valud edasi ka piki istmikunärvi, simuleerides istmikunärvipõletikku (ischias).

Uurimisel sedastatakse tavaliselt valulikke kõvenenud kohti, mis asetsevad piki veeni. Need on põhjustatud tromboflebiidist või sellega kaasunud lümfangiidist. Lümfangiidi puhul täheldatakse ka suurenenud lümfisõlmi.

Temperatuur on ägeda tromboflebiidi puhul kõrgenenud ja ulatub mõnikord 38 - 39° . Temperatuuri tõusuga kaasub sageli ka vappekülm, mis vihjab haige raskele seisundile. Peamiseks raviks on rahu. Haige pannakse lamama pisut kõrgemale asetatud jalaga, mida on vaja venoosse paisu vältimiseks. Häid tulemusi annavad kaanid, kui neid pannakse veenipõletiku kohale. Samaaegselt viiakse ka läbi dikumariinikuur eespool kirjeldatud viisil. Kui esineb kõrge temperatuur, eriti vappekülma puhul, tuleb teostada 5-päevane penitsilliinikuur, süstides ööpäevas 400 000 - 600 000 Ü penitsilliini. Kui temperatuur ei lange ja vappekülmad püsivad, tuleb penitsilliiniravi teha samades doosides korduvalt.

Alles peale kõikide tromboflebiidinähtude kadumist võib lubada haigel kõndida.

S I S U K O R D .

IX p e a t ü k k .
PERITONIIT 3
Üldõpetus peritoniidist 3
Etioloogia ja patogenees 3
Klassifikatsioon 5
Äge peritoniit 7
Alaäge ja krooniline peritoniit 14
X p e a t ü k k .
MAO JA KAKSTEISTSÕRMIKSOOLE KIRURGILISED HAIGUSED.16
Mao väärarengud 16
Mao asendi muutused 16
Võõrkehad maos 17
Äge mao laienemine 18
Maosöövitused 19
Põletikud 19
Mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandtõbi. 20
Patogenees 20
Patoloogiline anatoomia 22
Kliinik 24
Tüsistused 26
Mao ja kaksteistsõrmiksoole profuussed verejooksud 28
Kroonilised tüsistused 29
Kirurgiline ravi 29
Duodenostaas 38
Maokasvajad 38
Healoomulised kasvajad 38
Pahaloomulised kasvajad 39

XI p e a t ü k k .
ÄGE SOOLESULGUS 46
Klassifikatsioon 47
Patoloogiline anatoomia ja füsioloogia. 49
Ägeda soolesulguse vormid 51
Kliiniline pilt ja diagnostika 53
Ravi 59
XII p e a t ü k k .
USSJÄTKEHAIGUSED 63
Apenditsiit 63
Etioloogia ja patogenees 64
Klassifikatsioon 66
Äge apenditsiit 66
Patoloogiline anatoomia 66
Kliinik ja diagnostika 69
Ravi 73
Tüsistused 74
Krooniline apenditsiit 75
Apenditsiit lastel 76
Apenditsiit raukadel 78
Apenditsiit raseduse ajal 78
Muud ussjätkehaigused 79
XIII p e a t ü k k .
SONGAD 80
Üldine osa 80
Üldisi märkmeid songadest 80
Traumaatilised songad 84
Vägivaldsed songad 85
Kunsttehislikud songad 85
Operatsioonijärgsed songad 85
Songa tüsistused 87
Mittereponeeruvad songad 87
Koprostaas 88
Songakotipõletik 89
Pitsunud songad 90
Eriosa 95

Kubemesongad 95
Reiesongad 104
Nabasongad 106
Valgejoonesongad 107
Diafragmasongad 108
XIV p e a t ü k k .
MAKSA, SAPIPÕIE JA SAPITEEDE KIRURGILISED HAIGUSED 109
Maksa traumad 109
Maksa sündroomsed haigused 110
Maksapõletikud 111
Maksa-abstsess 112
Maksa ehhinokokk 113
Tsüstiline ehhinokokk 113
Alveolaarne ehhinokokk 117
Maksakasvajad 118
Healoomulised kasvajad 118
Pahaloomulised kasvajad 118
Sapipõie ja sapiteede kirurgilised haigused . . 119
Düskineesia 120
Koletsüstiit ja sapikivitõbi 120
Kolangiit 127
XV p e a t ü k k .
KÕHUNÄÄRMEHAIGUSED 128
Kõhunäärme traumad 129
Kõhunäärmepõletikud 129
Äge pankreatiit 129
Krooniline pankreatiit 136
Kõhunäärme tsüstid 136
Kõhunäärmekasvajad 136
XVI p e a t ü k k .
PÄRASOOLEHAIGUSED (E. J. Mironov) 137
Pärasoole uurimismeetodid 138
Pärasoole väärarengud 138
Pärasoole traumad 139
Võõrkehad pärasooles 140
Pärasoolepõletikud 141

Äge ja krooniline proktiit 141
Spetsiifilised põletikud 142
Paraproktiit 143
Pärasoole fissuurid 144
Päraku avause ja pärasoole uurised 145
Hemorroidid 148
Pärasoole väljalangus 152
Pärasoole kitsenemine 155
Pärasoolekasvajad 155
Healoomulised kasvajad 155
Pärasoole pahaloomulised kasvajad 156
Pärasoolevähk 156
Pärasoolesarkoom. 160
XVII p e a t ü k k .
KUSE- JA SUGUELUNDITE HAIGUSED (P. D. Lev). . . . 160
Uroloogiliste haiguste põhilised sümptoomid ja uurimismeetodid. 160
Neerud ja kusejuhad 166
Neeru, neeruvaagna ja kusejuhade väärarengud . 166
Neeru- ja kusejuhakivid 167
Hüdronefroos 171
Nefroptoos (neeru allalangus) 173
Põletikulised haigused 174
Püeliit 174
Püelonefriit 175
Püonefroos 175
Paranefriit 176
Neerutuberkuloos 177
Neerukasvajad 178
Kusepõis. 180
Kusepõie väärarengud 180
Kusepõie ektoopia 180
Kusepõie divertiikul 180
Kusepõiepõletikud (tsüstiidid) 180
Kusepõiekivid 182
Kusepõiekasvajad 183

Kusiti 184
Kusiti väärarengud 184
Kusiti kitsenemine 184
Eesnääre 184
Eesnäärmepõletikud 184
Eesnäärmeadenoom 185
Suguti 186
Munandikotiorganid 187
Väärarengud 187
Munandi- ja munandimanusepõletikud 187
Munandi- ja munandimanusetuberkuloos 188
Munandivesitõbi 188
Varikotseele 189
Munandi- ja munandimanusekasvajad 189
XVIII p e a t ü k k .
SELGROO TRAUMAD 190
Lülisamba põrutus 190
Lülisamba nikastus (distorsioon) 190
Selgroo nihestused 191
Lülisamba murrud 193
Külg- ja ogajätke murrud 193
Selgroo lülikeha murd 194
Kompressioonmurd 194
Purustusmurd 195
Luksatsioonmurd 195
Seljaajuvigastused 196
Selgroo murdude ravi 198
XIX p e a t ü k k .
ÜLAJÄSEMETE TRAUMAD 201
Nihestused ja murrud 201
Rangluu murd. 201
Rangluu nihestused 202
Õla nihestused 202
Õlavarreluu murrud 203
Õlavarreluu kaela murrud 203
Diafüüsi murrud 203
Liigesesse ulatuvad murrud 204

Küünarvarre nihestused 205
Küünarvarreluude murrud 206
Kämblaluude ja sõrmelülide murrud. 207
XX p e a t ü k k .
ALAJÄSEME TRAUMAD 208
Nihestused ja murrud 208
Puusa nihestused 208
Reieluu murrud 209
Reieluu kaela murrud 209
Reieluu diafüüsi murrud 209
Reieluu põntade murrud 210
Põlvekedra murrud 211
Põlveliigese sideaparaadi vigastused 211
Võruketta vigastused 211
Kaaskülgsete sidemete rebendid 212
Ristsidemete rebendid 212
Liigese hiir 213
Schlatteri tõbi 213
Sääreluude murrud 213
Põntade murrud 213
Sääreluude diafüüsi murrud 214
Hüppeliigese traumad 214
Distorsioon 215
Päksu murd 215
Kontsluu murrud 216
Kandluu murrud 216
Üldisi märkmeid lahtiste murdude ravist . . 216
XXI p e a t ü k k .
SOONKONNAHAIGUSED 217
Oblitereeruv endarteriit 217
Raukusgangreen 222
Diabeetiline gangreen 222
Süfiliitiline gangreen 223
Raynaud' tõbi 223
Veenide varikoossed laiendid 224
Tromboflebiit 229

Тартуский государственный университет
ЭССР, г. Тарту, ул. Юликооли, I8

П.Л. Сельцовский

УЧЕБНИК ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

II

Перевод на эстонский язык

А. Рулли

Vastutav toimetaja A. Rulli
Korrektor E. Oja

TRÜ rotaprint 1961. Trükipoognaid 14,75.
Tir. 500 eks. MB 04752. Tell. nr. 534.

Hind 44 kop.

Hind 44 kop.