

(Tartu Ülikooli Närvikliinikust. Juhataja: prof. L. P u u s e p p.)

Epidemilise parotiidi neuroloogilistest komplikatsioonidest.

Georg Martinoff.

Möödunud aasta detsembris levis Tartus epideemiline parotiit (e. p.). Alul tuli massilisi haigustumisi ette kooliõpilaste seas, siis Tartus asuvates sõjaväeosades. Jaanuari- ja veebruarikuu vältel haigus levis peaaegu üle kogu riigi. Praegune epideemia on kindlasti suurim Eestis viimase paari kümne aasta jooksul. Epideemia on tähelepanu vääriiv oma ebatavalise virulentsuse ja rohkete komplikatsioonide esinemise tõttu. Eriti palju on neuroloogilisi komplikatsioone. Kuna viimati mainitud komplikatsioonide kohta leidub kirjanduses väga vähe andmeid ja ka suuremad käsiraamatud, kõnelemata õpperaamatuist, sest küsimusest mööduvad mõne sõnaga või hoopis vaikides, on järgnev ülevaade vast küllaldaselt põhjendatud.

E. p. loetakse üldiselt nakkushaiguste hulka. Kaugelt suurem osa autoreid peab tema tekitajaks spetsiifilist ultra viirust. Anthony, Welsh, Michaelis pooldavad tekitajaina diplokokke või segainfektsiooni, Hutinel ja Merelli *micrococcus tetragenis*'t.

Haigustuda võivad inimesed igas eas. Nii Wolffi suures materjalis leidub juhte 3 kuust kuni 99 aasta eani. Eelstatuim iga näib olevat aga 10.—15. eluaasta. Inkubatsiooni-aeg on õige pikk, kõikudes vastavalt eri autoreile 2—3 näd. Keskmine näib olevat 18 päeva. Pikk on ka kontagiositeet, mis ulatub 6 nädalani. See, ühes pika inkubatsiooniajaga, takistab muidugi väga võitlust epideemia vastu. Kuidas infektsioon kehasse pääseb, on senini veel selgitamata. La-

vergne, Kissel ja Accoyer väidavad, et inkubatsiooniaja viimaseil päevadel viirus asetseb subarahnoidaalses ruumis, kus tekitab kergeid meningismi nähte. Prantsuse ja Ameerika autorite järgi on parotiidi ilmnemisel infitseeritud viirustega juba kogu organism. Viimasega on seletatavad ka äärmiselt mitmekesised komplikatsioonid. Üldiselt esineb aga tavalise epideemia puhul komplikatsioone, kaasa arvamata orhiit, vaid väga vähese % juures. Allpool peatun pikemalt komplikatsioonide juures närvkonna poolt.

Neuroloogilised komplikatsioonid võivad välja areneda: 1) parotiidi (parootise paistetuse) ajal, 2) peale parotiidi möödumist, 3) enne parotiidi tekkimist ja 4) isoleeritult, ilma et komplikatsioonile järgneks parotiiti.

Meningiit.

Kõige sagedam neuroloogiline komplikatsioon on meningiit. Tema esinemise sageduse kohta üksikute epideemiate puhul esitavad autorid maksimaalselt lahkuminevaid arve. Kuna näiteks Brooks 1059 e. p. juhu seas ei leidnud ühelgi meningiidi tunnuseid, toovad teised autorid arve 1% kuni 100%. Need suured lahkuminekud on osaliselt põhjustatud epideemiate virulentsusest, peapõhjuseks on aga erinev meningiidi mõiste tõlgendamine.

Eelpool juba mainisin, et inkubatsiooniajal leiame haigil sagedasti tserebrospinaalses liikvoris muutusi, nimelt pleotsütoosi, üldvalgu hulga ja liikvori rõhu tõusu. Manifestse parotiidi ajal leiame neid tunnuseid veel sagedamini, ilma et sealjuures tarvitseks olla ühtegi kliinilist meningiidi sümptomit. Autorid, kes siis peavad meningiidiks kõiki e. p. juhte, kus punkteerides leitud liikvoris pleotsütoosi või üldvalgu hulga suurenemist, vaatamata kas haigel kliinilisi meningiidi sümptomeid esineb või ei, saavad siis ka väga suurel % juhtudest komplikatsiooni „meningiit“. Teised autorid, kes aga meningiidi diagnoosimiseks nõuavad ka kliinilisi meningiidi sümptomeid, leiavad vastavalt ka arve 0—20%.

Meningiit areneb välja enamasti mõni päev peale paro-

tiidi möödumist. Tüüpilisel juhul tunneb end haige peale paistetuse kadumist põselt enam-vähem tervena; siis 5 või 6 päeva möödumisel haigustub järsku peavalu, kõrge temperatuuri, oksenduse ja kuklakangestusega. Veidi harvemini algab meningiit parotiidi vältel ja üksikuil juhtudel ka enne parotiidi ilmnemist.

Meie materjalis on praegu umbes 80 juhtu, kus e. p. haigeil arenenud meningiit kõigi vastavate kliiniliste sümptomega. Jälgides aga neid haiguslugusid, paistab silma, et kliiniline meningiidi kulg on vägagi erinev, kusjuures võib eraldada vähemalt 3 eritüüpi.

Sagedamat neist iseloomustab alljärgnev haiguslugu:

17-aastane tööline haigustub 10. XII 38 kerge peavalu ja väikese temperatuuriga, mõlemad põsed paistetuvad üles. 16. XII parotiit alanenud, tunneb end tervena, t^0 norm. 22. XII hommikul ärgates väga tugevad peavalud, oksendab, t^0 39,6° C, kukul kange. T^0 püsib 39° ümber, peavalud püsivad. 24. XII tuuakse kliinikusse. *Status praesens*: tugev kuklakangestus ja Kernig, muidu patoloogilise leiuata. L. p.: liikvor selge, värvitu; rõhk 600 mm H₂O; üldvalk 0,6 pro mille, rakke 1300/cmm. Bakterioloogiline uurimine negatiivne. Peale punktsiooni t^0 langeb 38° peale, järgmisel hommikul 36,5°. Peavalud palju vähemad, ei oksenda.

27. XII. Vasem munand valulik ja suurenenud, t^0 tõuseb 38° peale. L. p.: liikvori rõhk 480 mm H₂O, üldvalk 0,5 pro mille, rakke 200/cmm (92% mononukleaare, 8% polünukleaare). Peavalu ei ole. 21. I 39 t^0 norm., orhiit kadunud, kaebab vaid üldise nõrkuse üle. Liikvor: rõhk 300 mm H₂O, üldvalk 0,3 pro mille, rakke 60/cmm.

Kokku võttes patsiendid haigustuvad õige järsku ägedate peavalude, kõrge t^0 ja kuklakangestusega. Liikvor osutub selgeks, tema rõhk kõrgeks (500—700 mm H₂O), laboratoorsel uurimisel leiame mõõduka üldvalgu suurenemise ja suure pleotsütoosi (500—3000 pro cmm). Morfoloogilisel uurimisel leiame 80—90% mononukleaare ja 20—10% polünukleaare. Bakterioloogiline uurimine osutub negatiivseks. Peale lumbaalpunktsiooni haige seisund paraneb tunduvalt ja kliinilised sümptomid kaovad umbes nädala vältel. Liikvoris pleotsütoos võib aga veel püsida nädalaid.

Sageduselt teisel kohal seisab tüüp, mida iseloomustab haiguslugu 2:

18-aastane naistöoline haigustub 24. II 39 tööl olles peavaluga. Öhtul t^0 38,5⁰. Järgmisel päeval peavalud, alatine pöörüstunne, korduv oksendamine, t^0 38,0⁰. 27. II tuuakse kliinikusse. *Status pr.*: tugev *opistotonus* ja Kernig, muidu patoloogilise leiuta. T^0 37,2⁰. L. p.: liikvor selge, värvitu, rõhk 380 mm H₂O, üldvalk 0,25 pro mille, rakke 150/cmm. Bakterioloogiline uurimine negatiivne. Morfoloogiliselt 48% polü- ja 52% mononukleaare. Peale punktsiooni peavalud jäävad veidi vähemaks, pöörüst ja alatine oksendamine püsivad. 29. II hommikul parem põsk paistes. Peavalud, alatine oksendus. T^0 püsib 37—37,2⁰. 1. III mõlemad põsed paistes. Peavalud ja oksendus püsivad. Liikvor selge, rõhk 300 mm H₂O, üldvalk 0,25 pro mille, rakke 200/cmm. 4. III peavalu vähem, pöörüst ja oksendus. 6. III ei oksenda enam, peavalu ei ole. Kerge pöörüst. T^0 36,5⁰. Liikvor: rõhk 250 mm H₂O, valku 0,25 pro mille, rakke 34/cmm. 11. III lahkub, kaebab vaid üldise nõrkuse üle.

Haiguse algus ei ole nii ägedaloomuline kui eelmisel tüübil. Kaebusis domineerib oksendamine ja pöörüstunne, kuna peavalu ja t^0 enam tagaplaanile jääb. Kirjeldatud juhul püsis t^0 kogu haiguse ajal peaaegu normi piirides. Lumbaalpunksioonil osutub liikvor selgeks või kergelt opalestseeruvaks, rõhk 300—500 mm H₂O, üldvalgu hulk relatiivselt suurem kui eelmisel grupil, pleotsütoos aga vähem (300—800/cmm). Morfoloogiliselt leiame 40% kuni 60% polü- ja 40—60% mononukleaare. Bakterioloogiline leid negatiivne.

Lumbaalpunksiooni terapeutiline efekt on palju vähem. Kaebused jäävad küll vähemaks, aga oksendamine kestab veel päevi, samuti pöörüstunne.

Juhiksin veel tähelepanu, et juhul 2 meningiit arenes enne parotiidi ilmumist ja haiguse kliiniline pilt oli alul äärmiselt sarnane healoomuse lümfotsütaarse või tuberkuloosse meningiidi omaga. Õige diagnoosi seadmist võimaldasid ainult kogemused eelmisist sarnasest juhtudest.

Kolmanda tüübina võib eraldada kahte juhtu, mis mõlemad lõppesid surmaga.

Juht 3. 21-aastane sõdur haigustub jaanuari alul parotiiti, mis paraneb. 12. I tunnud end tervena, öhtul ägedad peavalud ja oksendus, mille tõttu viiakse haiglasse, kus leitud meningiidi sümptomid. T^0 püsib kõrgel, liikvor osutub punkteerides häguseks, bakterioloogiline külv negatiivne. Kuna seisund järjest halveneb, tuuakse 25. I Närvikliinikusse. *Status pr.*: Raskelt somnolentne. T^0 40⁰. *Opisto-*

tonus ja positiivne Kernig. Parempoolne VII parees, vasem silmava laiem paremast. *Fundus*: papilli servad ebaselged. Muidu neuroloogiliselt 1.1. L. p.: liikvor kollakas, hägune, rõhk 460 mm H₂O, valku 1 pro mille, rakke lugematul arvul. Morfoloogiliselt 98% polünukleaare. Külv negatiivne. 27. II komatoosess seisundis, t⁰ 40⁰, *hydrocephalus internus*'e tunnused. Ajuvatsakese punktsioon, lastakse välja umb. 100,0 hägust, kollakat vedelikku. Külvis kasvab *meningococcus* ja *staphylococcus haemolytic. aureus*. 29. II järgneb surm.

Haigeil peale parotiidi möödumist areneb tüüpiline purulentse meningiidi kliiniline pilt. *Liquor cerebrospinalis* osutub tugevasti häguseks, suur pleotsütoos (morfoloogiliselt 95% polünukleaare), üldvalgu hulk väga suur ja bakterioloogilisel uurimisel leitakse *meningococcus* ja *staphylococcus haemol. aureus*. Prognoos halb.

Kokku võttes pea eranditult leiame e. p. haigeil parotiidi ajal liikvoris kerge pleotsütoosi ja suurenenud rõhu, paljudel juhtudel parotiidi ajal või mõni päev peale selle möödumist tekivad meningismi sümptomid — peavalu, kerge kuklakangistus, pööritus, t⁰ jne., mis mööduvad erilise ravita mõne päeva jooksul.

Teatavil juhtudel areneb aga haigeil kliiniliselt manifestne meningiit. Kuna eelmist meningismi võib pidada vaid üheks sagedasti esinevaks e. p. sümptomiks, tuleb neid meningiite lugeda juba komplikatsioonideks, mis vajavad erilist ravi. Harukordseil juhtudel võib lisanduda segainfektsioon ja resulteeruda purulentne meningiit.

Entsefaliit.

Segainfektsiooni poolt põhjustatud purulentse meningiidi kõrval osutub entsefaliit tõsisemaks neuroloogiliseks komplikatsiooniks. Areneb enamasti üheaegselt parotiidiga. Mõnel juhul väga ägedaloomune. Nii Eberle kirjeldab juhu, kus e. p. haigel parotiidi ajal relatiivselt hea enesetunde juures järsku ilmnevad epileptilised krambid, järgneb komatoosne seisund ja mõne tunni möödumisel surm. Üksikuist sümptomitest on kirjeldatud jäsemete halvatusi, tundlikkuse häireid kehal, afaasia, agraafia, *déviation conjugée*, ataksia,

koreaatilised ja müokloonilised tõmbed, tserebraalnärvide halvatusi jne.

Juht 4. 12-aastane naisõpilane Tartust. Haigustub 24. XII 38 parotiiti. T^o 390, kerge peavalu. 26. XII t^o 39,5^o, tugev peavalu, oksendus, kukal kange. 28. XII kliinikusse. *Status pr.*: Kerge kuklakangestus ja Kernig, kerge parempoolne *n. facialis*'e parees, keel kaldub paremale, paremal käel refleksid kõrgeenenud, käsi liigutamisel kohmetu, jõud vähem, hüpesteesia parema käe piirkonnas. L. p.: liikvor selge, rõhk 680 mm H₂O, rakke 850 (84% mononukleaarid), valku 0,5 pro mille, bakterioloogiline uurimine negatiivne. 29. XII t^o 38,5^o, ägedad peavalud, oksendus. 30. XII liikvor: rõhk 500 mm H₂O, üldvalk 0,4 pro mille, rakke 600/cmm. 31. XII peavalud vähe- mad, ei oksenda, kõht vasemal valulik. Refleksid ühtlased, parees kadunud, tundlikkuse häire püsib. 7. I tunneb end tervena. Objektiivselt tundlikkuse häire alles, muidu i. i. Liikvor selge, rõhk 200 mm H₂O, üldvalk 0,2 pro mille, rakke 31/cmm. Lahkub kliinikust. 31. I tundlikkuse häire kadunud.

Haldemann kirjeldas 21-aastase mehe parotiidi ja orhiidiga, kellel 6. haiguspäeval ilmnesid epileptilised krambid ja parempoolne hemiparees, 9. päeval vasempoolne hemipleegia ja 12. päeval surm.

Üksikuil juhtudel on kirjeldatud ka Parkinson'i tõbe meenutavaid kliinilisi juhte (Bedingfield).

Lemierre ja Lievre kirjeldasid juhte, kus arenesid ekstrapüramidaalsed motoorsed sümptomid, üldine rigiidsus, maskitaoline nägu, intensioonitremor, *hypacusis*. Peale kahekuulist põdemist haiged tervistusid.

Entsefaliit e. p. komplikatsioonina esineb õige harva. Lamierre 6000 juhu seas ei leidunud ühtegi. Ka kirjan- duses on leida maksimaalselt 2—4 juhtu korraga kirjeldatuna.

MacKaig'i ja Woltmann'i arvates entsefaliit on põhjustatud vaskulaarsete häirete poolt. Lahangule tulnud juhtudel on aga leitud meningiidile omast patoloogilis-ana- toomilist protsessi, mis tunginud ka ajukoore pealmis- sisse kihtidesse.

Prognos on üldiselt hea, ka rasked sümptomid möödu- vad enamasti 2—4 nädala vältel.

Kirjeldatud on aga relatiivselt palju ka surmaga või püsi- vate häireiga lõppenud juhte.

Müeliidid.

Müeliidid e. p. komplikatsioonina on väga haruldased. Kirjanduses leidsime 2 juhtu (Mac Kaig-Woltmann ja Warrington). Esimesel juhul lõppes haigus jäädava paralüüsiga, teisel surmaga. Meie materjalis müeliidi juhte ei esine.

Neuriidid.

Neuriidid ja polüneuriidid esinevad õige sagedasti e. p. komplikatsioonina. Mac Kaig'i järgi neuriit areneb enamasti välja meningiidist ja on meningo-radikuliidi iseloomuga.

Juht 5. 18-aastane naisõpilane Võrumaalt. 12. II 39 haigus parotiiti. Paistetud vältas 5 päeva. Enesetunne sel ajal hea. 6. päeval paremas kõrvas valusad pisted. 19. II hakkas kõrv mäda jooksuma. T^o 37,3^o. Kõrv valutab 2 päeva. Samal ajal peavalud ja kukal kange. 24. II hommikul ärgates märkas, et parem näopool ei liigu. Objektiivselt: parema kõrva kuulmenahk perforeerunud, parempoolne raske *n. facialis*'e parees, perifeersed tüüpi. L. p.: liikvor selge, rõhk 200 mm H₂O, valku 0,2 pro mille, rakke 35/cmm (90% mononukleare). Ravi: lühilaine, galvanisatsioon, prontosil. 11. III 39 lahkub. Hästi paranenud.

Kahepoolseid *n. facialis*'e halvatusi on kirjeldanud Nemlikher, Dopter ja Sulzer, VI ja XII ajunärvi paralüüse Revilliod.

Dopter kirjeldab juhu, kus 22-aastaselt mehel 20. päeval peale parotiidi möödumist ilmnevad valud paremas käes ja areneb välja õlapõimiku ülemise osa halvatus (tüüp Duchenne-Erb).

Janboni, Jarry ja Henrieti juhul 21-aastane sõdur 1 nädal peale parotiidi möödumist haigustub parema labakäe väikeste lihaste nõrkuse, fibrillaarsete tõmmete ja atroofiaga (tüüp Aran-Duchenne).

Butler kirjeldab tütarlast, kellel parotiidi ajal areneb pehme suulae ja III kraniiaalnärvi halvatus.

Juht 6. 24-aastane meespõllutöeline haigustub 1. II 39 mõlemapoolsesse parotiiti. Kerge peavalu. T^o 37,8^o. Viieandal haiguspäeval kaebab tugevate valude üle paremas käes. Enne seda üks päev tugevamad peavalud ja kukal kange. Objektiivselt parem käsi parees-

tiline, kõõlusrefleksid puuduvad. Hüpesteesia paremal käel, *plexus brachialis* vajutades valutundlik. L. p.: liikvoris üldvalk 0,25 pro mille, rakke 40/cmm, rõhk 220 mm H₂O. Valud ja parees mööduvad kahenädalase ravi järel täiesti.

P o p e k kirjeldab Guillain Barré polüneuriidile sarnase pildiga juhte ja S v a b mehe, kes parotiidi 5. päeval jäi järsku pimedaks. Viimasel juhul hiljemini osaline paranemine.

Erilist tähelepanu väärivad *n. acusticus*'e häired. H u b b a r d kinnitab, et 3—5% U. S. A-s leiduvaist kurtidest on kaotanud kuulmise e. p. tagajärjel.

Juht 7. 22-aastane sõdur haigustus 3. I 39 parotiiti, mis olnud võrdlemisi kergekujuline. 10. I alanud tugevad peavalud ja oksendatud paar korda, t⁰ olnud kõrgem ja kukal kange. See väldanud 5 päeva. 21. I hakanud kõrvad kohisema ja kuulmine halvenenud. Kliinikusse tuleb 28. II. Viimase nädala jooksul kuulmine veelgi halvenenud, muid kaebusi ei ole. *Status pr.*: parema kõrvaga kuuleb sosinkõnet 50 cm kauguselt, vasema kõrvaga 25 cm kauguselt, muidu neuroloogiliselt i. i. Liikvor: selge, üldvalk 0,25 pro mille, rakke 40/cmm.

Kuulmise häire arenemine on sagedasti väga kiire. B u r n e t t kirjeldas juhu, kus parotiidiga haige mees õhtul ühegi neuroloogilise sümptomita magama heitis ja hommikul ärgates osutus kurdiks.

M a c K a i g ja W o l t m a n n arvavad, et põhjuseks on endolümfi rõhu järsk tõus labürintides, mis hävitab sisekõrva peene struktuuri. T o y n b e e leidis lahingul täieliku labürindisese neuroloogilise aparatuuri hävingu ja tumeda värvusega vedeliku *vestibulum*'is ja *cochlea*'s. Teiseks võimaluseks on perifeerne *n. acusticus*'e neuriiit. Ameerika autorite järgi esinevad kuulmise häired 75% juhtudest ühepoolset ja 25% kahepoolset. Meie kolmel juhul olid kõik kahepoolse häirega. Kuulmise kaotusega käib koos 50% juhtudest *vertigo*, *nausea* ja *nystagmus*.

Psüühilised häired.

Neid meie materjalis ei leidu. Kirjeldatud on deliiriumi-taolisi seisundeid, mis tavaliselt vältavad mõne päeva. V a n B i b b e r kirjeldas 26-aastase mehe depressiivse reaktsiooniga.

Ravi.

Meningiitide mõjuvamaks ravivahendiks on lumbaalpunksioon. Ülalkirjeldatud esimesesse gruppi kuuluvail juhtudel on punktsiooni mõju sagedasti otse hämmastav. Väga tugevad peavalud, kõrge t^0 ja oksendus ja teised kaebused vähenevad $\frac{1}{2}$ —1 tunni vältel ja kaovad 1—3 päeva pärast. Punkteerides tuleks alati kontrollida liikvori rõhku. Välja lasta liikvori nii palju, et rõhk langeks 100—120 mm H₂O peale. Enamasti jätkub selleks otstarbeks 20—30,0 kõrvaldamine. Punktsioone tuleb korrata iga päev kuni seisundi paranemiseni. Peale punktsioonide oleme haigeile järjekindlalt süstinud prontosiili 5,0—15,0 päevas, sellest osa i.-v., mõnedel juhtudel ka *trypaflavin'i*, *taurolin'i*, *elektrokollargol'i*. Kui võrt need vahendid mõjuvad, on enamasti raske otsustada, suuremal osal juhtudest näib siiski, et paranemine nende tarvitades on olnud kiirem.

Spetsiifilise ravina soovitatakse süstida rekonvalesentsideseerumit. Selleks võetakse e. p. läbi põdenud haigelt (kõige sobivamad on juhud, kus parotiidi alanemisest on möödunud 3 nädalat) 10—30,0 verd ja süstitakse haigele i.-m. Kuna osa autoreid raskete komplikatsioonide korral on saanud selle vahendiga häid tulemusi, on teised pessimistlikumad. Üldiselt aga tunnustatakse rekonvalesentsentide seerumi profülaktilist mõju parotiidi ärahoidmiseks, kui süstida inkubatsiooni ajal, ja raskete tüsistuste ärahoidmiseks, kui süstida parotiidi ilmnemisel.

Kliinikus oleme rekonvalesentsideseerumit süstinud 6 juhul; silmnähtavat tulemust igatahes saanud ei ole.

Väga sagedaste oksendamiste vastu oleme edukalt kasutanud hüpertooniliste lahuste süstimist.

Segainfektsioonide poolt põhjustatud purulentse meningiidi puhul on ravi tavaline.

Entsefaliidid ja neuriidid. Meningiidi sümptomite kaasumisel korduvad lumbaalpunksioonid. Järjekindlalt oleme süstinud haigeile prontosiili. Soovitatakse rekonvalesentsentide seerumit.

Kui pareesid või paralüüsid on jäänud kauemaks ajaks püsima, siis tuleb ette võtta füüsilist ravi ja massaaži. *N. facialis*'e pareeside korral kasutame lühilaineid. Kuulmise häirete ilmnemisel soovitatakse võimalikult kiiresti süstida hüpertoonilisi lahuseid i.-v. ja teha lumbaal-punktsioon, püüdes sellega vähendada rõhku subarahnoidaalses ruumis ja labürindis.

Lõppeks juhiksin veel tähelepanu lumbaalpunktsioonide profülaktilisele mõjule raskemate komplikatsioonide tekkimisel, kuna viimased (entsefaliit, purulentne meningiit, neuuriidid jne.) algavad reeglipäraselt meningismi või meningiidi sümptomeiga ja nähtavasti nende arenemisel suurt osa mängib kõrgeenenud liikvori rõhk. Õigel ajal punkteerides võime mõnegi ähvardava raskema komplikatsiooni ära hoida.

TÜ RAAMATUKOGU



10300016055107

ARH A-120736