

TARTU RIIKLIK ÜLIKOO

H. VAHTER

NAHAHAIGUSTE PRAKTIKUM

TARTU 1961

A-23709 II

TARTU RIIKLIK ÜLIKOO

MIKROBIOLOOGIA, NAKKUSHAIGUSTE JA
DERMATOLOOGIA KATEEDER

H. VAHTER

**NAHAHAIGUSTE
PRAKTIKUM**

942.13

TARTU 1961

Тартуский государственный университет
ЭССР, г. Тарту, ул. Юликооли, 18
Х. Вахтер
ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ ПО КОЖНЫМ
БОЛЕЗНЯМ
На эстонском языке

2



Vastutav toimetaja L. Nurmand
Korrektor E. Võhandu

=====

TRÜ Rotaprint 1961. Trükipoognaid 5,6.
Tir. 500 eks. MB 02923. Tell. nr. 492.

Hind 17 kop.

Käesolev praktikumijuhend on ette nähtud õppevahendina arstiteaduskonna raviosakonna üliõpilastele. Juhendi avaldamise vajadus oli tingitud sellest, et üliõpilaste kasutada ei ole eestikeelset õppevahendit naha- ja suguhaiguste praktikumiks ettevalmistamisel. Juhend käsitleb nahahaiguse uurimise meetodikat. Antakse ülevaade kõige sagedamini esinevate nahahaiguste diagnostika, ravi ja profülaktika küsimustest.

I P R A K T I K U M .

Praktikumi käigus tutvuvad üliõpilased patoloogiliste protsessidega nahas, nahalöövete ja haige uurimise metoodikaga.

P a t o l o o g i l i s e d p r o t s e s s i d n a h a s .

1. Seroosne põletik.

a. Spongioos.

Spongioosiks nimetatakse seroosse põletikulise eksudaadi kogunemist okaskihi rakkude vahele epidermises. Kliiniliselt väljendub spongioos enamikul juhtudel villikeste tekkimises.

b. Vakuoline degeneratsioon.

Vakupolseks degeneratsiooniks nimetatakse patoloogilist protsessi epidermises, mille puhul põletikuline eksudaat koguneb rakku, põhjustades selle hävimist ja villikese tekkimist. See protsess ei ole alati seotud põletikuliste muutustega.

c. Balloneeruv degeneratsioon.

Balloneeruv degeneratsioon iseloomustub epidermise rakkude nekrobioosiga ja rakkudevaheliste sillakeste katkemisega, mille tulemuseks on samuti villi või villikeste moodustumine.

2. Akantoos.

Akantoosiks nimetatakse marrasknaha alumiste kihtide paksenemist, mille tagajärjel ulatuvad nahanäsad sügavale marrasknahka. Selle tulemuseks on kliiniliselt epidermaalse

sõlmekese moodustumine.

3. Papillomatoos.

Papillomatoosiks nimetatakse nahanäskihi vohangut, mille puhul näsad tunduvalt pikenevad, ulatudes kuni sarvkihini.

4. Parakeratoos.

Parakeratoosiks nimetatakse mittetäielikku sarvestumist, mille tõttu sarvkihi ja valgust murdva kihi rakkudes säilivad rakutuomad.

5. Hüperkeratoos.

Hüperkeratoosiks ehk liig-sarvestumiseks nimetatakse niisugust patoloogilist protsessi, mida iseloomustab suurenenud sarvilluse tekkimine epidermise pindmistes kihtides ja sellega seoses olev sarvkihi tunduv paksenemine.

6. Akuutne põletik.

Akuutset põletikku pärisnahas iseloomustab naha kapillaaride laienemine ja vere vormelementide väljumine ning plasma kogunemine ümbruses olevasse koesse. Kliiniliselt väljendub see infiltraadi ja turse tekkimises ning sidekoe kiudude tursumises ja sellega kaasuvast kudede käreusest abstsessi tekkimises.

7. Krooniline põletik pärisnahas.

Sel puhul on esikohal kapillaaride endoteeli proliferatsioon ning infiltraadi tekkimine peamiselt lümfotsüütidest ning plasmarakkudest. Eristatakse kaheksa tüüpi kroonilise põletiku vormi:

a. Lihtne krooniline põletik (ümarrakud, plasmarakud jt.).

Lihtne krooniline põletik võib olla perivaskulaarne, periglandulaarne, perifollikulaarne, koldeline ja difuusne.

b. Tuberkuloidne krooniline põletik (epiteloid-, hiidrakud, lümfotsüüdid ja plasmarakud).

Nii lihtsale kui ka tuberkuloidsele kroonilisele põletikule on iseloomulikud muutused kollageensetes ja elastsetes kiududes (turse, fragmentatsioon, värvuse muutused).

N a h a l ö ö b e d .

Patoloogilised protsessid väljenduvad kliiniliselt mitmesuguste nahalöövete tekkimises. Eristatakse kahesuguseid nahalööbeid: 1) esmased ehk primaarsed nahalööbed ja 2) teisesed ehk sekundaarsed nahalööbed.

Esmased nahalööbed.

Esmasteks nahalööveteks nimetatakse niisuguseid nahalööbeid, mis tekivad mingi patoloogilise protsessi otsesel tulemusel. Siia kuuluvad: 1) laik, 2) sõlm, 3) kubel, 4) tuumor, 5) villike, 6) mädavill.

1. Laik (macula).

Laiguks nimetatakse värvi muutnud kohta nahal. Laigule on iseloomulik see, et värvi muutus jääb nahale ühele tasapinnale. Laikude tekkimine võib olla seotud veresoonte laienemisega nahas, verevalumitega või pigmendi muutustega.

a. Veresoonte laienemisest tingitud laigud (maculae vasculosae).

Kui veresoonte laienemisest tingitud laik on väga väike, siis nimetatakse niisugust laiku roseooliks (roseola). Suuremat veresoonte laienemisest tingitud laiku, mis haarab oma alla terve kehaosa, nimetatakse erüteemiks (erythema).

b. Verevalumilised laigud (maculae haemorrhagicae).

Petehhia (petechia) - väike verevalumiline laik.

Ekümoos (ecchymosis) - suurem verevalumiline laik.

Veermed (vibices) - triibukujuline verevalum.

Sugilatsioon (sugilatio) - verimuhk.

c. Pigmendilaigud (maculae pigmentosae).

Pigmendilaigud võivad olla hüperkromaatilised, kui nad on tekkinud pigmendi kuhjumisest nahas ja hüpokromaatilised, kui nad on põhjustatud pigmendi kadumisest.

Hüperkromaatilisteks pigmendilaikudeks on tedretähnid (ephelides), pigmentsünnimärgid (naevi pigmentosi) ja raseduspuhused pigmendilaigud (chloasma gravidarum).

2. Sõlm (nodus).

Sõlmeks nimetatakse nahapinnast kõrgemale tõusvat kompakset moodustist. Sõlmed võivad olla kolmesugused. Väikesi sõlmi nimetatakse paapuliteks (papulae), suuremaid sõlmi nimetatakse kõbukesteks (tuberculi) ja väga suuri sõlmi nimetatakse gummadeks (gummae).

3. Kubel (urtica).

Kublaks nimetatakse järsku piirdunud turset nahas.

4. Tuumor ehk uudismoodustis (tumor).

Tuumoriks nimetatakse kasvajatist vohangut nahas.

5. Villike (vesicula).

Villike on epidermaalne põieke, mis on täidetud seroosse läbipaistva vedelikuga. Kui villikesed laatuivad, siis tekib vill (bulla), mis on suur põisjas moodustis.

6. Mädavill (pustula).

Mädavilliks nimetatakse epidermaalset põiekest, mis on täidetud mädaga. Kui mädavill on seotud marrasnahaga, siis nimetatakse seda impetiigoks (impetigo). Kui mädavill on ühenduses karvanääpsuga, siis nimetatakse seda follikuliidiks (folliculitis). Kui mädavill on ühenduses rasunäärmega, siis nimetatakse seda akneks (acne).

Teisesed nahalööbed.

Teisesed nahalööbed on niisugused, mis tekivad esmaste nahalöövete arenemise või taandarenemise tulemusel. Siia kuu-

luvad 1) sekundaarne pigmendilaik, 2) kett ehk soomus, 3) koorik, 4) erosioon, 5) ekskoriatsioon, 6) pakatis, 7) haavand, 8) arm, 9) lihhenisatsioon ja 10) vegetatsioon.

1. Sekundaarne pigmendilaik.

Sekundaarne pigmendilaik tekib harilikult kohale, kus on esinenud mõni esmane nahalõõve element.

2. Kett ehk soomus (squama).

Ketuks nimetatakse sarvkihist irduvat osakest. Ketud tekivad harilikult kas liigsarvestumise või parakeratoosi tagajärjel. Kettude eraldumist nahalt nimetatakse ketendamiseks (desquamatio). Kui ketud meenutavad kliisid, siis nimetatakse niisugust ketendamist peenehelbeliseks (desquamatio furfuracea). Kui ketud meenutavad oma suuruselt kalasoomust, siis nimetatakse niisugust ketendamist suurehelbeliseks (desquamatio lamellosa).

3. Koorik (crusta).

Koorik tekib koe eksudaadi, mäda või vere kuivamisest. Koe eksudaadi kuivamisest tekkinud koorik on hallikat, mädast tingitud koorik kollakat ja verest tekkinud koorik pruunikat värvust.

4. Erosioon (erosio).

Erosiooniks nimetatakse defekti marrasknaha pindmises osas (tekib näiteks villi või villikese lõhkemisest).

5. Ekskoriatsioon (excoriatio).

Ekskoriatsiooniks nimetatakse epidermise defekti, mis tekib harilikult mehaanilise trauma tagajärjel ja ulatub kuni nahanäsadeni.

6. Pakatised (rhagades).

Pakatiseks nimetatakse naha defekti, mis tekib elast-suse kaotanud nahal, kui see on disponeeritud venitusteks. Nii esinevad ragaadid sageli kätel, jalgadel, eriti nende painutus- ja sirutuspinnal.

7. Haavand (ulcus).

Haavandiks nimetatakse naha defekti, kus kahjustus haarab nii marrask- kui ka pärisnahka ja võib isegi ulatuda nahaalusesse koesse.

8. Arm (cicatrix).

Armiks nimetatakse sidekoelist vohangut koedefektis. Armkude erineb tervest nahast selle poolest, et armkoe pinnal puuduvad naha väljakesed ja naha poorid.

9. Lihhenisatsioon (lichenisatio).

Lihhenisatsioon kujutab endast niisugust nahalöövet, kus naha reljeef (vaod ja väljakesed) tuleb ümbruses olevast nahast tunduvalt paremini nähtavale. Lihhenisatsioon tekib nahas harilikult kroonilise põletikulise protsessi tulemusel.

10. Vegetatsioon (vegetatio).

Vegetatsioon ehk vohamine iseloomustub patoloogilistest protsessidest tingituna koevohangu tekkimisel nahas.

H a i g e u u r i m i s e s k e e m .

I. Haige kaebused.

II. Käesoleva haiguse anamnees.

1. Haigestumise algus.
2. Retsidiivid ja remissioonid.
3. Millega seostab haigestumist või selle ägenemist?
4. Kuidas on haige ennast ravinud?

III. Eluanamnees (varem põetud haigused, perekonnas esinenud haigused, missuguste kahjustavate teguritega puutub kokku tööprotsessis ja olustikulistest tingimustest. Naishaigetil andmed menstruaaltsiooni, sünni uste ja abortide kohta).

IV. Haige objektiivne uurimine (naha, samuti aga ka kõigi

teiste organite ja organsüsteemide arstlik järelevaatus).

Naha vaatlus.

Naha vaatlusel lähtutakse järgmistest põhimõtetest.

1. Nahka tuleb vaadata päeavalguses.
2. Nahka vaadeldakse langevas valguses.
3. Nahka tuleb vaadata üle kogu keha.
4. Naha vaatlust teostatakse kindlas süstemaatilises järjekorras, alates juustega kaetud peanahast ja lõpetades jalgataldadega.

Naha vaatlusel eristatakse naha üldist vaatlust ja haiguskolde vaatlust (status localis).

Naha üldine vaatlus.

Naha üldisel vaatlusel määratakse kindlaks naha värvus, temperatuur, niiskus, toonus, turgor, elastsus ning pööratakse tähelepanu nahaaluse koe seisundile.

Haiguskolde vaatlus.

Haiguskolde vaatlusel määratakse kindlaks haiguskolde asukoht, kuju, suurus, värvus, piirduvus ja loetakse ära nahalööbe elemendid, millest lööve koosneb.

Naha vaatlusele järgneb perifeersete lümfisõlmede, nähtavate limanahkade, siseorganite ja närvisüsteemi arstlik järelevaatus.

II P R A K T I K U M .

Üliõpilased tutvuvad praktikumil nahamädanikkude etioloogia, patogeneesi, kliiniku ja profülaktika küsimustega.

N a h a m ä d a n i k u d (p y o d e r m i a) .

Nahamädanikkudeks nimetatakse mädatekitajate mikroobide poolt põhjustatud nahahaigusi.

Etioloogilised tegurid.

Stafülokokid (st. aureus, st. albus, st. citreus).

Streptokokid (st. haemolyticus, st. nonhaemolyticus, st. viridans).

Bacillus pyosaneus.

Bacillus proteus.

Patogenees: I. Eksogeensed faktorid.

1. Trauma.
2. Sügelemine.
3. Põletus.
4. Külmetus.

II. Endogeensed faktorid.

1. Süsivesikute ainevahetushäired.
2. Toitumishäired.
3. Vitamiinide vaegus.
4. Närvisüsteemi funktsionaalse seisundi häired.

Klassifikatsioon.

A. Streptogeensed nahamädanikud.

B. Stafülogeensed nahamädanikud.

C. Sega-infektsioonist põhjustatud nahamädanikud.

Veel võib jaotada nahamädanikke follikulaarseteks ja mittefollikulaarseteks, pindmisteks ja sügavateks.

A. Streptogeensed püodermiidid.

1. Impetigo streptogenes.

Impetigo streptogenes't iseloomustab kliiniliselt katmata kehaosadele, eriti näo piirkonda mädavillide tekkimine, mis lõhkevad kiiresti ning mille tulemusel haiguskolded kattuvad õhukeste kollakaspruunide koorikutega. Haiguskolded lokaliseeruvad kõige sagedamini suu, nina ning silmade ümbrusesse. Haigestuvad kõige sagedamini lapsed eelkooli- ja kolleas.

Diagnoosimisel on oluline akuutne haigestumine, haiguskollete lokaliseatsioon, õhukesed kollased koorikud, mille vahel võib näha tervet nahka ning see, et kooriku eemaldamisel tuleb kooriku alt nähtavale erosioon, mis näitab, et põletikuline protsess esineb naha kõige pindmisemas osas.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb streptogeenset impetiigot eristada vulgaarsest impetiigost, mille puhul esinevad paksud mitmekihilised koorikud, ja laste ekseemist (haigestumine kroonilisem, lööve polümorfsem, koorikute vahel ei ole näha tervet nahka, haiguskolded jätavad vabaks nina ja suu ümbruse, subjektiivselt esineb sügelemine).

Streptogeense püodermiidi puhul eristatakse järgmisi erivorme:

1) impetigo fissurica;

Sel puhul tekivad suunurkadesse impetiginooossed haiguskolded. (Vill, erosioon, pakatis, koorik), mis on iseloomulikud oma kroonilise kulu poolest.

2) panaritium superficiale;

Haiguskolded lokaliseeruvad sõrmedele, eriti küünevalli ümbruskonda.

3) impetigo bullosa;

Haigust iseloomustab nahale villilise lööve tekkimine.

4) pemphigus neonatorum epidemicus;

Haigestumine areneb vastsündinutel ja seda iseloomustab ulatusliku villilise lööve tekkimine nahal.

5) impetigo papulata syphiloides.

Haigestumine areneb nõrgestatud organismiga lastel, eriti nahavoltides ning iseloomustavaks on villilise lööbe, erosioonide ja paapulite tekkimine.

2. Ecthyma.

Ektüüm algab sügaval nahas valusa sõlme tekkimisega. Sõlme kohale tekib mädavill, mis mõne päeva jooksul kattub kollakaspruunika koorikuga. Sagedamini lokaliseeruvad haiguskolded säärete piirkonda. Paranedes jätavad haiguskolded järele armi.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb ektüümi eristada kroonilistest põletikulistest protsessidest nahas (nahatuberkuloos, kolmandane süüfilis).

B. Stafülogeensed püodermiidid.

1. Impetigo staphylogenes. Ostiofolliculitis.

Stafülogeense impetiigo puhul tekivad jäsemetele, harvemini teistele kehaosadele mädaga täitunud koonusekujulised villid, mis on läbi puuritud juuksega. Kuna põletik sel puhul haarab ainult karvanääpsu ülemist kolmandikku, tuntakse haigestumist ka ostiofollikuliidi nime all.

2. Folliculitis.

Follikuliit on karvanääpsu põletik, mille puhul põletikulised muutused lokaliseeruvad kogu karvanääpsu ulatuses. Follikuliiti haigestuvad sagedamini mehed, kellel haiguskolded lokaliseeruvad habeme piirkonda (folliculitis barbae). Väljakujunenud habemefollikuliidi puhul esinevad näol mädavillid, koorikud, laienenud karvanääpsu avaused ja armid. Haigestumist seostatakse sisenõrenäärmete, eriti sugunäärmete ja närvisüsteemi häiretega.

3. Furunculus.

Furunkuliks ehk paiseks nimetatakse karvanääpsu ja selle ümbruse mädast põletikku. Haigestumine algab valuliku sõlme tekkimisega nahas, mille kohalt nahk muutub esialgu roosakas-, siis sinakaspunaseks. Edasi kaasub mädavilli tekkimine ühes ümbruses olevate kudede turse ja valulikkusega. Edasi kulgeb haigusprotsess niimoodi, et haiguskolde keskosas toimub selle pehmenemine (paise fluktueerub) ning perforerumine naha pinnale. Selle tagajärjeks on haavandi tekkimine, mille põhjas võib näha nekrootilise koe tompu. Paranedes jätab furunkul järele armi. Eriti ohtlikud on paised näo piirkonnas, kus nad võivad түsistuda raskete komplikatsioonidega.

Kroonilist paisete tekkimist nimetatakse furunkuloosiks ehk paistetõveks. Paistetõbi ehk furunkuloos esineb harilikult sekundaarse haigusena. Nii kaasub paistetõbi sageli suhkruhaigusega või niisuguste nahahaigustega nagu sügelised, ekseem jt. Eristatakse kahe sugust paistetõbe: üldine ja kohalik. Esimesel juhul võib paiseid leida üle kogu keha, teisel juhul on paised lokaliseerunud teatud kindlale alale. Kui paised esinevad üksteisele lähestikku, siis nad võivad laotuda ja moodustada karbunkuli, s.o. paisete konglomeraadi.

4. Hydradenitis.

Hüdradeniidiks nimetatakse suurte higinäärmete põletikku. Haigestumine algab valuliku sinakaspunase sõlme tekkimisega harilikult kaenlaaukude piirkonnas. Tavalisest paistest erinevad haiguskolDED selle poolest, et nad ei perforeru nii kergesti nahapinnale.

C. Segastreptostafülogeensed püodermiidid.

1. Impetigo streptostaphylogenes.
2. Ulatuslik strepto-staphylodermia.
3. Pyodermia ulcerosa chronica.

Kuna nimetatud haigusvormid esinevad suhteliselt harva, siis ei leia nende nahamädanike kliiniline sümptomatoloogia praktikumi käigus lähemat käsitlemist.

Nahamädanike ravimine.

Üldine ravimine.

Nahamädanike üldiseks ravimiseks kasutatakse kõige sagedamini antibiootikume, sulfonamiidpreparaate ja mitmesuguseid immuunobioloogilisi ravimeetodeid.

1. Antibiootikumid.

Penitsilliini kasutatakse 50 000 TÜ iga kolme tunni tagant lahustatuna füsioloogilises keedusoolalahuses või 200 000 TÜ kaks korda päevas lahustatuna 0,5 - 1%-lises novokaiinis.

Streptomütsiini süstitakse 0,5 g kaks korda päevas, kokku üheks ravikuuriks 2-3 g.

Biomütsiini 100 000 TÜ 4-5 korda päevas.

Ekmopovotselliini 300 000 TÜ kaks korda päevas.

2. Sulfonamiidpreparaadid.

Sulfonamiidpreparaatidest kasutatakse kõige sagedamini norsulfasooli, sulfasooli, sulfodimesiini.

Sulfonamiidpreparaate manustatakse 4-5 g päevas 4-5 päeva vältel, vältides samaaegselt väävlit sisaldavate kõhulahustistite kasutamist.

3. Immuunobioloogilised ravimeetodid.

a. Spetsiifiline immuunoteraapia.

Stafülokokkide anatoksiini süstitakse naha alla tõusvates annustes 0,2 ml - 0,5 ml - 1,0 - 1,5 ml ja seejärel 2 milliliitrit 2-3-päevaste vaheaegadega ravi esimesel poolel. Ravi teisel poolel 4-5 päeva järel olenevalt reaktsioonist. Ravikuuri vältel teostatakse 6-10 süstimist.

Stafülokokkide antifagiini süstitakse samuti naha alla. Ravimist alustatakse 0,2 ml, kusjuures annust suurendatakse iga päev 0,1 ml võrra. Preparaati võib süstida ka ülepäeviti tõstes annust 0,2 ml. Suurim ühekordne annus on 1 ml. Kokku teostatakse haigele 10-12 süstimist.

b. Mittespetsiifiline immuunoteraapia.

Mittespetsiifilistest immuunoteraapia meetoditest rakedatakse sagedamini steriliseeritud plüma ja haige oma vere süstimist.

4. Üldtugevdavatest ravimeetoditest leiavad kasutamist A-, C-, B₁-, B₂- vitamiinid ja oksügenoteraapia.

Paikne ravimine.

Nahamädanike paikne ravimine oleneb suurel määral haigusprotsessi iseloomust ja haiguse kliinilisest pildist. Nii on soovitatav impetiigo korral kõigepealt eemaldada koorikud ja selle järel asetada haiguskoldele desinfitseerivaid vahendeid:

Rp.

Viridis nitentis 0,5

Spiritus vini 70% 50,0

MDS. Väline.

Rp.

Ung. Hydrargyri praecipitati albi 5% 30,0

DS. Väline.

Ektüümi ravimiseks on soovitatavad soojad vannid kaaliumhüpermanganaadi vesilahusega.

Rp.

Kalii hypermanganici 3,0

DS. Vannivette asetamiseks.

Samuti saadakse häid ravitulemusi haiguskollete pintseldamisel 1%-lise trüüoflaviini vesilahusega.

Rp.

Solutionis tryptoflavini 1% 100,0

DS. Väline.

Follikuliidi ravimiseks kasutatakse 1%-list süntomütsiinemuulsiiooni.

Rp.

Emulsionis syntomytsini 1% 30,0

DS. Väline.

Furunkuli paikseks raviks võib kasutada pintseldamist 5%-lise joodiga või puhta ihtüooli asetamisega haiguskoldele.

Rp.

Ichthyoli puri 30,0

DS. Väline.

Hüdradeniidi ravimisel saadakse häid tulemusi 5%-lise valge elavhõbeda pretsipitaatsalviga.

Nahamädanike profülaktika.

Üldriiklikud abinõud.

1. Üldised tervendavad abinõud: tervishoiupunktid, sanatooriumid.
2. Sanitaarhariduslik töö.
3. Abinõud sanitaartechnika parandamiseks.
4. Faktorite eemaldamine, mis soodustavad naha vastupanuvõime nõrgenemist.
5. Olustikuliste tingimuste parandamine.

Individuaalsed abinõud.

1. Kehakultuur, selle sõna laiemas mõttes.
2. Võitlus mikrotraumaga.
3. Naha puhtuse eest hoolitsemine.
4. Varajane arsti poole pöördumine.

Tootmistöö on eriti oluline:

- 1) sanitaartechniliste abinõude rakendamine, mis ebasoodsate tegurite mõju vähendavad või kõrvaldavad (tööpaiga ja töö mehhanisatsiooni õige organiseerimine, metallilaastude ja puru koristamine eriliste konksude ja harjadega, kaitsekilpide ülesseadmine);
- 2) sanitaarhügieenilised abinõud - küllaldaselt tugev valgus-

tus, hea ventilatsioon, ruumide regulaarne koristamine;

3) väikeste nahavigastuste viivitamatu korrastamine;

Väikeemate nahavigastuste korral tuleb kahjustatud piirkonda pintseleda 1%-lise briljantrohelise piirituslahusega või 2%-lise joodiga ja siduda puhta sidemega. Veidi suuremaid nahavigastusi soovitatakse katta Novikovi vedelikuga (tanniini 1 g, briljantrohelist 0,2 g, piiritust 0,2 g, kastoorõli 0,5 g ja kollodüümi 20 g). Tuleb hoolitseda selle eest, et nahk vigastatud koha ümbruses oleks kuiv. Kui see on määrdunud õlidega, siis tuleb õli eemaldada bensiini ja vatt-tupsutiga. Novikovi vedelik asetatakse nahavigastusele klaaspulgakesega. 1 - 1½ minuti pärast kuivab vedelik tihedaks, elastseks katteks, mis jääb vigastatud kohale 3-4 päevaks. Kui nahavigastus veritseb, siis tuleb see enne seda katta marlitükikesega. Novikovi vedelikku ei soovitata asetada tugevalt veritsevatele ja väga suurtele nahavigastustele. Need kaetakse steriilse sidemega. Tuleb hoolitseda selle eest, et nimeetatud vahendid oleksid alati kättesaadavad töökoha esmaabikappides.

4) tööliste individuaalne kaitse: riietus, kaitsesalvid jt.;

6) isikliku hügieenireeglite täitmine, eriti naha puhtuse eest hoolitsemine.

III P R A K T I K U M .

Praktikumi käigus tutvuvad üliõpilased nahaseenhaiguste kliinilise pildi, diagnoosi, ravi ja profülaktikaga.

N a h a s e e n h a i g u s e d (dermatomycosis).

Dermatomükosideks nimetatakse taimsetest parasiitidest nahaseentest põhjustatud nakkusliku iseloomuga nahahaigusi. Eristatakse 1) keratomükoose, 2) epidermomükoose ja 3) trihomükoose.

Keratomükosid.

Keratomükosideks nimetatakse marrasknaha pindmisse osas lokaliseeruvaid nahaseenhaigusi.

1. Pityriasis versicolor.

2. Erythrasma.

Pityriasis versicolor.

Etioloogia: tekitaja - microsporon furfur.

Esineb isikutel, kes sageli higistavad, samuti nõrgenenud organismiga ja kahhektilistel isikutel.

Kliiniline sümptomatoloogia: kliiniliselt iseloomustab haigestumist pruunikate laikude tekkimine kaelale, rinnale ja seljale, eriti karvanääpsude ümbruskonda. Laikudele on iseloomulik perifeerne laienemine ja peenehelbeline ketendus. Selle tagajärjel tekivad väljakujunenud haigusvormide puhul laialdased maakaarditaolised nahalööbed, mis on kaetud peenehelbeliste kettudega ning on mitmesuguste pruunikate värvinüanssidega. Subjektiivselt niisugused nahalööbed haigele mingeid kaebusi ei põhjusta.

Diagnoos: diagnoosimisel lähtutakse iseloomulikust kettudega kaetud laigust, laikude lokalisatsioonist, haiguse kroonilisest kulust ja subjektiivsete vaevuste puudumisest.

Kliinilist diagnoosi võib kinnitada positiivse joodiprooviga (kui haiguskoldeid pintseldada 5%-lise joodiga, siis värvub nahk haiguskollete kohal intensiivselt pruuniks, ümbruses olev terve nahk aga kollakaspruuniks). Diagnoosi võib kinnitada ka bakterioskoopilise ja kulturaalse uuringuga.

Diferentsiaaldiagnoos: diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb kliiketendustövest eristada pigmendilaike (vitiligo jt.), mille puhul aga haiguskolletel puudub ketendus. Mõelda tuleb ka süfiliitilisele haigestumisele (süfiliitilised roseoolid), mille puhul esineb aga veel teisi süüfilise tunnuseid.

Prognos: krooniline, retsidiveeruv.

Erythrasma.

Etioloogia: *Microsporon minutissimum*.

Haigestumine areneb seoses suurenenud higistamisega.

Kliiniline sümptomatoloogia: kliiniliselt iseloomustub haigestumine pruunikat või roosakaspruunikat värvust laikude tekkimisega nahavoltide, eriti kaenlaaukude, rindade aluste või ingvinaalpiirkonda. Niisugused laigud on harilikult kaetud peenehelbeliste kettudega. Laikude laatumisest tekitavad nimetatud piirkondadesse ulatuslikud pruunikat värvust alad, mis ümbruses olevast nahast on järsku piirdunud.

Diagnoos: diagnoosimisel lähtutakse haiguskollete lokaalsaisiohist ja põletikunähtude puudumisest. Põletikuga kompitseerunud juhtudel on diagnoosimine võimalik bakterioskoopilise ja bakterioloogilise uuringu abil.

Diferentsiaaldiagnoos: diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb erütrasmast eristada epidermofüütia ja ekseemiga, mille puhul aga põletikunähud on tunduvalt ulatuslikumad.

Mõlema dermatomükoosi raviks kasutatakse vahendeid, mis tekitavad sarvkihi ketendamist ja mõjuvad antimükootiliselt. Laialdaselt kasutatakse Demjanovitši ravivahendeid, pintseldamist 2%-lise joodi või haiguskollete sissemäärimist 5-10%-lise väävlisalviga.

Profülaktikaks on soovitatav naha puhtuse eest hoolitsemine. Isikud aga, kes on põdenud keratomükoosi, peavad perioodi-

diliselt nahka puhastama 1%-lise salitsüülpriiritusega.

Epidermomükoosid.

Epidermomükoosideks nimetatakse nahaseenhaigusi, mille puhul haigusnähud lokaliseeruvad peamiselt mitmesugustesse marrasknaha kihtidesse.

1. Epidermophytia.

2. Blastomycosis superficialis.

Epidermophytia.

Epidermofüütiaks nimetatakse nahaseenhaigusi, mille tekitajaks on epidermophyton'i perekonda kuuluvad nahaseened.

Kliiniline sümptomatoloogia.

Eristatakse kahte epidermofüütia põhivormi: 1) jalapöidade epidermofüütia, 2) kubeme epidermofüütia.

Jalapöidade epidermofüütia puhul tekivad haiguslikud muutused varvaste vahel, jalataldadel ja küüntel.

Varvastevahelise epidermofüütia puhul muutub nahk varvaste vahel valkjaks ja hakkab irduma kihtidena, paljastades roosakaspunase või tumepunase läikiva pinna (erosiooni). Niisugused haiguskolded on harilikult järsku piirdunud ja ümbritsetud eralduva marrasknahaga. Sageli tekivad varvaste vahele pakatised. Küunte haigestumisel kaotavad küüned oma läike, muutuvad matiks, krobelseks ja hakkavad murduma. Jalataldadel esineb epidermofüütia puhul düshidrootiline ja skvamöosne haigusvorm. Düshidrootilise haigusvormi puhul tekivad jalataldadele kollaka värvusega läbipaistvad vesivillikesed, mis ei lõhke, vaid kuivavad, kattudes selle tagajärjel kettudega. Juhul, kui villikesed lõhkevad, jätavad nad järele leemendavaid erosioone, millesse võivad kergesti sattuda mädatekitajad mikroobid. Selle tagajärjel түsistub epidermofüütia sageli nahanähtavate - villikeste asemel tulevad nüüd nähtavale punase äärisega ümbritsetud mädavillid, erosioonid ja koorikud. Mõnikord tekib isegi turse ja käimist takistav terav valulikkus. Epidermofüütia ja selle elutegevuse produktide ärritav toime naha retseptoritesse võib

põhjustada ka eksematoosseid nähte ning mitte ainult haiguskolde kohal, vaid ka reflektorselt kaugematel kehaosadel, näiteks kätel (epidermofütiidid).

Skvamoose haigusvormi puhul on esikohal mitmekihilised ketud ja koorikud.

Kubeme epidermofüütia esineb sagedamini meestel kubemeevoltide piirkonnas, eriti reie siseküljel, kus tekib teravalt piiristunud sakilise äärega laik. Laigu perifeerias on põletikunähud intensiivsemad, mille tõttu laigu servad tõusevad ümbrusesolevast nahast kõrgemale ning seal võib isegi näha vesivillikesi ning koorikuid.

Epidermofüütia tekkimist ja arenemist soodustavad higistamine ning tihe elukondlik ja perekondlik kontakt. Haigestumise levimist soodustab samuti antisanitaarne seisund dušširuumides, saunades ja ujulates.

Diagnoos: diagnoosimisel lähtutakse haiguskollete tüüpilisest lokalisatsioonist, järsust piirduvusest ning bakterioskoopilistest ja bakterioloogiliste uuringute tulemustest.

Diferentsiaaldiagnoos: diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb eristada 1) ekseemi, 2) dermatiiti, 3) streptodermiat. Neil juhtudel on aga põletikunähud harilikult suuremad, haiguskolded ei ole nii järsult piirdunud ning esineb löövete sümmeetriline paigutus, eriti ekseemi puhul.

Ravi: epidermofüütia üldiseks ravimiseks kasutatakse 10%-list kaltsiumkloriidi-lahust, 10%-list naatriumbromiidi- ja 0,25%-list novokaiinilahust veeni või B₁-vitamiini süstimisi musklimasse. Paikseks raviks kasutatakse kaaliumhüpermanagaadi vanne või rahustavaid mähiseid 1%-lise resortsiini-, 0,25%-lise põrgukivi-, või rivanoolilahusega kontsentratsiooniga 1: 1000. Ägedate haigusnähtude möödumisel minnakse üle 10%-lise naftalaanpasta, 10%-lise ASD-tsinkpasta või 2-5%-liste väävli- või tõrvapreparaatide kasutamisele. Skvamoose vormi puhul on soovitatav nahka koorida salitsüüli, piimhapet ja teisi keratolüütilisi vahendeid sisaldavate salvidega (karbamiid jt.).

Profülaktika. Epidermofüütia profülaktika peab olema nii individuaalne kui ka ühiskondlik. Individuaalne profülaktika seisneb haige sokkide, sukkade ja jalatsite desinfitseerimises. Jalatsitesse pannakse õõseks 40%-lise formaliiniga niisutatud vatti. Haige pesu, sukad ja sokid tuleb aga enne pesemist keeta leeliselega. Väga tähtis on ka korrapärane jalgade pesemine, haudumiste ja hõõrdumiste vältimine, nende esinemisel aga õige ravi teostamine. Ühiskondliku profülaktika abinõudest on tähtis eeskujuliku puhtuse säilitamine saunades, dušširuumides ja basseinides ning neis asuivate vaibakeste ja puurestide desinfitseerimine.

Blastomycosis superficialis.

Viimasel ajal on seoses antibiootikumide kasutamisele võtmisega muutunud aktuaalseks pärmseentõbi, mille tekitajateks on sagedamini candida-tüüpi pärmseened. Nakatumine toimub sagedasti juurvilja või mõne teise infitseeritud materjali kaudu. Soodustavateks teguriteks on naha vastupanuvõime nõrgenemine mitmesugustel põhjustel, liigne higistamine jt. On kindlaks tehtud, et candida-tüüpi pärmseente tegevust aktiveerib pikemaajaline penitsilliini kasutamine ning viimasel ajal diagnoositakse isegi raskeid candida mycosis'e vorme.

Kliiniline sümptomatoloogia.

Eristatakse 4 pärmseentõve kliinilist vormi: 1) lokaliseeritud vormid, 2) monilliidid, 3) generaliseeritud nahavormid, ja 4) süsteemilised (üldised) kahjustused.

Lokaliseeritud vormidest esinevad kõige sagedamini onychia ja paronychia ning erosio interdigitalis blastomycetica. Limanahkadest haigestuvad kõige sagedamini suu limanahk ja vagina, harvemini maosooltetrakt.

Nahal iseloomustab pindmist pärmseentõbe sagedane järsku piirdunud eosiooni tekkimine, mis on iseloomulik oma roosakasvalkja niiske põhjaga.

Monilliidid kujutavad endast allergilisi pärmseentest põhjustatud lööbeid, mis tekivad põikoldest eemal reflektorsete (allergiliste) mehhanismide tagajärjel.

Generaliseeritud nahavormid kujutavad endast ulatuslike dermatiidi ja ekseemi kliinilise pildiga kulgevaid või erütrodermiat meenutavat pärmseentest põhjustatud nahalöövet. Süsteemilised kahjustused kujunevad välja nõrgestatud organismiga isikuil, eriti pikemaajase penitsilliini või teiste antibiootikumide kasutamise tulemusena.

Pärmseentõve kliinilist diagnoosi tuleb alati kinnitada bakterioskoopilise ja kulturaalse seente uuringuga. Viimasel ajal kasutatakse diagnostilisel otstarbel ka intrakutaanset nahatesti pärmseente polüvaksiiniga ja seroloogilisi uuringuid (aglutinatsiooni ja komplemendi sidumise reaktsiooni).

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb pärmseentõvest eristada 1) epidermofüütiat, 2) streptodermiat, 3) ekseemi, 4) dermatiiti ja 5) nahadifteeriat.

Ravi: pärmseentõve üldiseks ravimiseks kasutatakse viimasel ajal preparaati nystatin'i (antibiootikum). Täiskasvanutele manustatakse nystatin'i 500 000 TÜ 3-4 korda päevas või 250 000 TÜ 6-8 korda päevas. Lastele kuni 1 aasta manustatakse nystatin'i suu kaudu 1. eluaastal 75 000 TÜ ja 2-3. eluaastal 100 000 TÜ 3-4 korda päevas. Alates 4-ndast eluaastast 500 000 - 1 milj. TÜ päevas. Keskmise ravikuuri kestus on 2 nädalat. Krooniliste retsidiveeruvate vormide puhul on soovitatavad korduvad kuurid 10-14-päevaste vaheaegadega. Pärmseentõve paikseks ravimiseks kasutatakse 1-2%-lisi aniliinvärvide (briljantrohelise, metüülvioleti jt.) vesilahuseid.

Trihhomükoosid.

Trihhomükoosideks nimetatakse väga nakkavaid nahaseenhaigusi, mille puhul haiguse tekitajad on seotud juuksega.

Sagedamini esinevateks trihhomükoosideks on trihhofüütia, mikrospooria ja faavus ehk lubiraig.

Trihhofüütia (trichophytia).

Trihhofüütia põhjustavad trichophytoni perekonda kuuluvad seeneliigid, mis parasiteeruvad peamiselt inimese ja loo-

ma nahal. Nakatumine toimub kas otseselt või kaudselt mitmesuguste esemete kaudu. Trihhofüütia puhul võivad haigestuda silenahk, juustega kaetud peanahk ja küüned.

Silenaha pindmine trihhofüütia.

Silenaha pindmise trihhofüütia puhul tekivad harilikult katmata kehaosadele järsku piirdunud punetavad vesivillikestega kaetud, mõnikord ketendavad laigud. Haiguskoldele on iseloomulik see, et haigusprotsess on ägedam kolde servadel, selle tõttu tõusevad haiguskolde servad nahapinnast pisut kõrgemale ning seal võib näha vesivillikesi, koorikuid ja ketendust, keskel aga paranevat noort nahka. Niisugused haiguskolde võivad laotuda ja võtta enda alla ulatuslikke alasid.

Silenaha sügava trihhofüütia tekitajaks on harilikult loomadelt nakatunud nahaseen. Et seene spoorid asetsevad siin ka juuksest väljaspool, siis nimetatakse niisugust haiguse tekitajat *trichophyton ectothrix*'iks.

Sügavat trihhofüütia iseloomustab harilikult äge põletikuline nahareaktsioon koos follikulaarsete abstsessidega ja sügavates nahakihtides tekkiva infiltraadiga.

Peanaha pindmine trihhofüütia.

See trihhofüütia vorm esineb peamiselt lastel, kusjuures haigestuvad kõige sagedamini lapsed eelkooli- ja koolieas. Sugulise küpsemise perioodi algamisega väheneb haigestumine tunduvalt.

Kliiniliselt iseloomustab pindmist trihhofüütia peanahal väikeste ümmarguste roosakaspunaste laikude tekkimine. Haiguskolde kattuvad õige kiiresti valkjate või hallikate kliitaoliste kettudega. Seenest kahjustatud juuksed murduvad ühe kuni kolme millimeetri kõrgusel nahapinnast, mille tõttu laigu kohal juuksed hõrenevad ning seal võib märgata murdunud juukseid mustade punktidenä või valkjat värvust tüügastena. Kollete suurus ja arv on trihhofüütia puhul väga mitmesugune, ulatudes mõnest kuni mitmekümneni. Loomulikult on kollete arv ja ulatus seotud ka haiguse kestusega. Sugulise küpsemise pe-

rioodis võib toimuda haiguse spontaanne paranemine.

Peanaha sügav trihhofüütia.

Juustega kaetud peanaha sügava trihhofüütia puhul tekitab peanahale järsku piirdunud haiguskolded, millel võib näha mädaville, koorikuid, laienenud karvanääpsu avausi ja granulatsiooni vohanguid. Juuksed on haigestunud kohtadel välja langenud ja juba kergel vajutamisel haiguskoldele tulevad seal nähtavale mädatilgakesed (nn. sõelsümptoom).

Küünte trihhofüütia.

Trihhofüütia puhul võivad haigestuda ka küüned, sel puhul kaotavad küüned oma normaalse läike, muutuvad matiks, kollakasvalkjaks, krobelineks ja hakkavad murduma. Haigestumisele on iseloomulik see, et korraga ei haigestu mitte kõik küüned ja et haigusprotsess algab harilikult küünte vabast servast.

Täiskasvanute krooniline trihhofüütia.

Täiskasvanute krooniline trihhofüütia, esineb harilikult isikutel, kes lapseas on põdenud trihhofüütiaid ning kellel haigust ei ole ravitud või ei ole mitmesugustel põhjustel toimunud spontaanset paranemist suguküpsemise perioodis. Täiskasvanute kroonilist trihhofüütiaid esineb sagedamini naistel, kellel samaaegselt täheldatakse kõrvalekaldu mis närvisüsteemi talitluses, või häireid sisesekretsioonis või ainevahetuses. Seoses nende häiretega muutub organismi reaktiivsus, s.t. organismi reaktsiooni laad haigusetekitajatele.

Juustega kaetud peanahal moodustuvad väikesed sinakas-punased laigukesed, mis on kaetud väheldaste kettudega. Samas piirkonnas võib näha üksikuid murdunud juukseid, sageli mustade punktidenä. Nii suguste põletikulist laadi laikude kõrval täheldatakse mõnemillimeetrise läbimõõduga väikesi laigakesi. Mõnikord kulgeb täiskasvanute krooniline trihhofüütia juustega kaetud peanahal difuusse ketendamisenä, mis väga meenutab kõõma. Erineb kõõmatõvest aga murdunud juuste

poolest, mis on nähtavad üksikute mustade punktidenä üldises juuste massis.

Trihhofüütia diagnoosimine.

Haiguse diagnoosimisel lähtutakse kliinilisest pildist, bakterioskoopilise ja bakterioloogiliste uuringute tulemustest.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb silenaha pindmist trihhofüütia eristada 1) mikroobsest ekseemist, 2) epidermofüütia, 3) erisipeloidist ja 4) roosast ketendusest.

Sügavat trihhofüütia aga sagedamini 1) follikuliidist ja 2) teistest mädapõletikulistest protsessidest.

Juustega kaetud peanaha pindmise trihhofüütia puhul aga tuleb mõelda tervele reale haigustele: 1) süfiliitiline alopeetsia, 2) seborröa, 3) mikrospooria, 4) faavus, 5) rõngakujuline juuste väljalangemine ja 6) psoriaas.

Sügava trihhofüütia puhul tuleb aga diferentsiaaldiagnostiliselt arvesse: 1) abtess, 2) karbunkul, 3) pindmine trihhofüütia, 4) mikrospooria ja 5) faavus.

Mikrospooria (microsporia).

Selle haiguse tekitajaks on nahaseen-microsporon, s.o. väikeste spooridega nahaseen.

Mikrospooria on üks kõige nakkavamaid nahaseenhaigusi. Eriti ohtlik ja nakkav on nn. roostekarva microsporia.

Kliiniliselt iseloomustab sagedasti mikrospooriat haiguskollete tekkimine juustega kaetud peanahale. Suhteliselt harvemini tekivad haiguslikud muutused silenahal.

Haigestumine iseloomustub mündisuuruste järsku piirdunud haiguskollete tekkimisega, kus esinevad nõrgad põletikunähtused. Niisugused haiguskolded on harilikult kaetud peenikeste valkjate kettudega ja juuksed on haigestunud piirkonnas murdunud mõne millimeetri kõrguselt. Võrreldes trihhofüütiaaga on haiguskollete arv väiksem, üksikud haiguskolded aga suuremad ning juuste murdumine on toimunud veidi kõrgemalt ja ühtlasemalt, mille tõttu jääb mulje, nagu haiguskolded oleksid püगतud.

Peale trihhotüüfia tuleb mikrospooriat diferentsiaal-diagnostiliselt veel eristada 1) seborröast, 2) faavusest, 3) psoriaasist, 4) ekseemist, 5) rõngakujulisest ja 6) süfiilitilisest juuste väljalangemisest.

Lubiraig (favus).

Lubiraia tekitajaks on nahaseen achorion Schönleini.

Kliiniliselt põhjustab faavus haiguslikke muutusi silenahal, juustega kaetud peanahal ja küüntel. Kõige sagedamini haigestub aga peanahk.

Haigestumine algab väikese kollakat värvi sõlmekese tekimisega, mis on keskkohalt pisut sisse langenud ja juuksega läbi puuritud. Edasi tekivad väga iseloomulikud muutused juustes. Juuksed muutuvad matiks, haiguskollete kohalt hallikaks ja hakkavad siis välja langema. Armistumise tõttu muutub peanahk haiguskollete kohalt läikivaks, atroofiliseks.

Eristatakse 1) Favus pityroides (mille puhul haiguskolled meenutavad teatud määral trihhofüütiat) ja 2) Favus impetiginoides, kus haiguskolletes prevaleeruvad mädavillid.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb faavust eristada 1) impetiigost, 2) trihhofüütiast, 3) mikrospooriast, 4) psoriaasist, 5) seborröast, 6) erütematoosist.

Trihhomükooside ravimine.

Trihhomükooside ravimine silenahal on lihtne ülesanne. On küllalt, kui haiguskoldeid pintseldatakse mõne aja vältel 5%-lise joodiga või määratakse 5-10%-liste väävli- ja tõrva-preparaatidega. Laialdaselt kasutatakse ka Wilkinsoni salvi. Märksa keerulisem on juustega kaetud peanaha ravimine, siin on põhiliseks momendiks juuste eemaldamine kas röntgeniga või viimastel aastatel Nõukogude Liidus kasutusele võetud preparaadi - epiliniiga.

Laialdasemalt kasutatakse epilatsiooniks röntgenikiiritust. Sellejuures ollakse seisukohal, et röntgenikiired ei avalda mitte ainult epileerivat toimet, vaid ka ravivat mõju, muutes positiivselt organismi reaktiivsust, luues seene arenemiseks nahal ebasoodsaid tingimusi.

Enne kiiritamist puhastatakse pea koorikutest ja kilbi-kestest õlikompressi abil ning põetakse juuksed 1 - 2 cm kõrgusel nahapinnast. Kui peas leidub põletikunähte või teisest mädast infektsiooni, siis likvideeritakse need enne ravi alustamist. Enne ja pärast kiiritamist kuni juuste väljalangemiseni ei ole soovitatav määrada pead ravivahenditega, sest need võivad nahka ärritada.

Röntgenikiiritust teostavad spetsiaalsetes röntgenikabinettides vastava ettevalmistusega eriteadlased. Ettevaatamatu ja oskamatu röntgenikiirituse puhul võib tekkida röntgenidermatiit, haavandid ja naha-atroofia.

Röntgenikiirituseks jaotatakse pea neljaks, harvemini viieks väljaks, mida kiiritatakse kordamööda, iga päev ühte, vahel ka kahte välja. Igale väljale antakse ühe korraga röntgenikiirte epilatsiooniansus.

Niisugust kiiritamismeetodit kasutatakse peanaha kõigi seenhaiguste puhul, kuid ainult 3-aastastel ja vanema-ealistel lastel. 3-5-aastastel lastel on soovitatav kasutada röntgeniepilatsiooni murdannustena. Selle meetodi puhul jagatakse röntgenikiirte epilatsiooniansus 2-4 osaks ja kiiritatakse iga välja 2-4 korda 2-4-päevaste vaheaegadega. Lastele vanuses alla 3 aasta on röntgenikiiritus vastunäidustatud.

Pärast röntgenikiiritust, alates 11. - 12. päevast, pestakse pead iga päev sooja vee ja seebiga. See kergendab juuste väljalangemist, mis algab 10-12 päeva pärast kiiritust. 18.-20. päevaks pärast kiiritust lõpeb harilikult juuste väljalangemine. Siis eemaldatakse järelejäänud juuksed ja nende tüükad ning alustatakse antiparasitaarset ravi. Selleks eemaldatakse epilatsioonipintsetiga kõik murdunud juuste tüükad, "mustad punktid" (süstla või nõela abil) ja säilinud juuksed. Juuksed haaratakse üksikult epilatsioonipintsetiga ja tõmmatakse välja juukse kasvu suunas. Niisuguse tehnika puhul murduvad kahjustatud juuksed harvemini. Eriti hoolikalt epileeritakse haiguskolded ja 1-2 cm laiune vöönd nende ümber. Epilatsioon ei tohi kesta kauem kui 7-10 päeva. Seejärel alustatakse antiparasitaarset ravi: peanahasse hõõrutakse igaks

ööks Wilkinsoni salvi ning hommikul pestakse pead nuustiku abil sooja vee ja seebiga. Pärast pesemist määratakse pead 2%-lise jooditintuuriga. Niisugust ravi teostatakse lubiraia, kroonilise trihhofüütia ja roostekarva mikrospoorumist põhjustatud mikrospooria puhul 6-8 nädalat, juustega kaetud peanaha teiste seenhaiguste puhul aga 4-5 nädalat.

Häid tagajärgi annab A.M. Arijevitši poolt esildatud nn. koorimismeetod. Selle meetodi rakendamisel määratakse pead 2-3 päeva pärast juuste väljalangemist salviga, mis koosneb 12,0 g-st salitsüülhapest, 6,0 g-st piim- (või bensoe-) hapest ja 82,0 g-st vaseliinist; salvi peale pannakse vahapaber ja kinnitatakse sidemega. Salv jäetakse pähe 48 tunniks. Seejärel tehakse ööpäevaks mähis vaseliiniga. Pärast seda on kerge kobestunud sarvkihti nüri skalpelliga ära kaapida; säilinud juuksed ja juuksetüükad haiguskoldes ning 1-2 cm laiuses vööndis kolde ümber eemaldatakse epilatsioonipintsetiga. Järgneva kümne päeva jooksul pestakse pead iga päev nuustiku või harja abil sooja vee ja seebiga; siis pannakse pähe veel kord sama salvi, mille järel 2-3 nädala jooksul jälle iga päev pead pestakse. Kui ka pärast teist koorimist on pähe jäänud murdunud juuste tüükaid ja musti punkte, siis tehakse veel kolmas koorimine. Lubiraia, täiskasvanute kroonilise trihhofüütia, roostekarva mikrospoorumist põhjustatud mikrospooria ja paljukoldelise pindmise trihhofüütia puhul on soovitatav teha kolm koorimist; koorimiste vaheaegadel hõõrutakse igaks ööks pähe Wilkinsoni salvi ja hommikul pärast pesemist määratakse pead 2-5%-lise jooditinktuuriga.

Energiline ravi pärast röntgeniepilatsiooni põhjustab vahel juustega kaetud peanaha ärritust ja nahapõletikku: punetust, turset, määrimist, sügelemist, kipitust ja valu. Niisugusel korral katkestatakse antiparasitaarne ravi kuni ägedate põletikunähtude kadumiseni ja määratakse mähised rivanooliga, pliiiveega või Burovi vedelikuga ning indiferentsid salve ja pastasid.

Pärast röntgenikiiritust kasvavad juuksed uuesti 2-3 kuu järel. Nahaseenhaiguse paranemise kontrolliks teosta-

takse 3-4 päeva pärast ravi lõpetamist juuste ja nahakettude mikroskoobiline uurimine seente suhtes. Negatiivse tulemuse puhul korratakse uurimist veel 3-4 päeva pärast. Kui laboratoorne uurimine annab kaks korda negatiivse tulemuse, võib lapse lubada lastekollektiivi tingimusel, et kogu ravi oli küllaldase kestusega (mitte alla 6 nädalat pärast juuste väljalangemist lubiraia ja roostekarva mikroskoopumist põhjustatud mikrospooria puhul ja mitte alla 4 nädalat juustega kaetud peanaha teiste nahaseenhaiguste puhul). Haiged peavad aga olema meditsiinilise järelevalve all seni, kui neil juuksed on täielikult uuesti kasvanud.

Röntgeniepilatsiooni ei teostata lastel kuni 3 aasta vanuseni ja haigeil, kellele röntgenikiiritus on vastunäidustatud. Kui pärast röntgeniepilatsiooni esineb nahaseenhaiguse retsidiiv, on korduv ravi röntgenikiirtega lubatud mitte enne 6 kuud. Kui röntgeniravi ei ole võimalik, siis viiakse läbi ravi ilma röntgenita. Röntgenita ravimeetodid võtavad palju aega ning nõuavad täpsust ja kannatlikkust nii meditsiinitöötajalt kui ka haigelt. Tulemustelt on nad ebakindlamad kui röntgeniravi. Aga ka röntgenita ravimeetodid parandavad haigeid paljudel juhtudel ning takistavad alati seente tekitatud protsessi levimist ja ümbruskonna nakatamist. Seepärast tuleb kõigil haigetel, kellele ei saa määrata röntgeniravi, teostada röntgenita ravi.

Viimasel ajal on röntgenita ravimiseks kasutusele võetud epileeriv vahend - epiliin, mida asetatakse haiguskoldele 4%-lise plaastrina järgmise skeemi kohaselt:

Kehakaal	Plaastri mass g
10 - 11 kg	1 - 1,5 g
12 - 14 "	2,0 - 2,5 g
15 - 18 "	3,0 - 3,5 g
19 - 25 "	4,0 g
26 - 30 "	4,5 g
31 - 35 "	5 g
36 - 40 "	6 - 7 g
41 - 50 " ja enam	8 - 10 g

Plaaster eemaldatakse ja korratakse sãmas annuses uuesti 10 - 12 pãevaks.

Epiliin avaldab epileerivat toimet mitte ainult plaastriga mõjustatud piirkonnas, vaid ka väljaspool, s.o. kogu juustega kaetud peanaha ulatuses. Üksikutel juhtudel täheldatakse epiliiniga mõjustamise piirkondades follikulaarset tüüpi ärritusnähte ja üksikjuhtudel peavalusid. Niisugusel korral tuleb ravimine epiliiniga ajutiselt katkestada. Peale juuste täielikku eemaldamist teostatakse juustega kaetud peanaha ravimist niisamuti nagu röntgeniepilatsiooniga haigul. Viimastel aastatel on läinud korda võtta kasutusele uusi preparaate, mis võimaldavad juustega kaetud peanaha trihhomükoside ravimist ilma epilatsiooni teostamata. Niisuguste preparaatidena leiab kasutamist grisovin, mida tuntakse ka erinevates maades griseofulvini ja fultsiini nime all. Grisovini manustatakse 0,25 g tablettides. Esimesel nädalal 6 tabletti, teisel nädalal 3-4 tabletti pãevas suu kaudu. Edaspidiselt vähendatakse annust 2-3 tabletile pãevas. Ravikuuriks antakse haigele 50 - 70 - 100 tabletti. Lastele on pãevane annus 0,5g, täiskasvanutele 1-1,5g ja kogu ravi kestus ulatub harilikult kuni 2,5 kuuni.

Onühhomükoside (küünte seenhaiguste) ravi põhineb kahjustatud küüneplaatide eemaldamisel ja järgneval antiparasiitarsete vahendite kasutamisel küünealumiku raviks. Parim vahend küünte eemaldamiseks on onühholüsiin, mis sisaldab 15% baariumsulfiidi (G.K. Adriasjani järgi). Onühholüsiini pulber segatakse vähese veega pudrutaoliseks ja pannakse paksu kihina (kuni 0,5 cm) kahjustatud küüneplaadile. Iga 2-3 minuti järel niisutatakse pudrutaolist massi veetilkade lisamisega silmapipeti abil. Tuleb jälgida, et onühholüsiin ei satuks küünt ümbritsevale nahale. Iga 30-40 minuti järel pestakse ravim maha ja küüneplaadi pehmenenud osa kaabitakse skalpelliga ära. Seejärel pannakse küüneplaadile uuesti 30-40 minutiks onühholüsiini; niisugust protseduuri korratakse 2-3 tundi vältel mitu korda, kuni kogu küüneplaat on eemaldatud. Pärast seda asetatakse küünealumikule salvikompress resortsiin-

piimhappe-salitsüülsalviga 6 ööpäevaks, kuaajuures kompress vahetatakse iga 48 tunni järel.

Rp.

Ac. salicylici
Resorcini
Ac. lactici aa 15,0
Vasellini 55,0
M.f.ung.
DS. Salv

Küünevallide nahka kaitstakse seejuures salvi ärritava toime eest kleepplaastri ribadega või kolloodiumi abil kinnitatud marliga.

Pärast salvi eemaldamist tehakse 2 ööpäevaks mähis 5%-lise salitsüülsalviga. Kui mähis on ära võetud, eemaldatakse küünealumiku pehmunud sarvkihid skalpelli ja pintsetiga ning määratakse küünealumikku 3 päeva vältel 5%-lise jooditinktuuriga. Kogu ravitsükli - alates salvikompressist resortsiin-piimhappe-salitsüülsalviga ja lõpetades jooditinktuuriga - korratakse 3 korda. Küüneplaat võib eemaldada ka kirurgiliselt või 3-4 korda ühepäevaste vaheaegadega 48 tunniks pealepandud Arijevitši piimhappe-salitsüülsalviga. Pärast küüneplaatide eemaldamist teostatakse küünealumiku antiparasitaarset ravi, samuti nagu pärast onühholüsiiniga eemaldamist. Seentest kahjustatud küüneplaat võib eemaldada ka A.N. Araviski meetodi järgi. Selleks pannakse küüneplaadile paksu kihina 50%-list kaaliumjodiidisalvi.

Rp.

Kalii jodati
Lanolini aa 15,0
M.f. ung.
DS. Salv

Ümbritsev nahk kaetakse kaitseks salvi eest tsinkpasta kihiga või kleepplaastri ribadega. Seda mähist kasutatakse 10 päeva, teda iga päev vahetades. Siis kaabitakse pehmenenud küüneplaat skalpelliga maha ja paljastunud küünealumikule

pannakse 3 päeval järgmist salvi:

Rp.

Jodi puri 0,2
Kalii jodati
Lanolini aa 10,0
M.f.ung.
DS. Salv

Pärast seda määratakse 10 päevaks 5%-list kaaliumjodiidi-salvi jne. Kogu ravi kestab 2,5-3 kuud.

Küünthe haigestumine on kõige visamaid ning kõige raske-mini ravitavaid trihhofüütia ja lubiraaia vorme. Isegi pärast korralikult teostatud ravi esineb vahel retsidiive.

Üldine ravi. Trihhofüütia, lubiraaia ja mikrospooria paljudel juhtudel ei ole võimalik piirduda ainult haiguskollete kohaliku, välise raviga, sest kõrvalekaldumised organismi üldseisundis soodustavad nahaseenhaiguse visa püsimist ja pärast ravi retsidiivide tekkimist.

Lubiraaiahaigetel on sageli kehvveresus, nõrk toitumus, üldine nõrkus. Neile on kasulik määrata kalamaksaõli, raua- ja arseenipreparaate, C- ja A-vitamiini, kampoiooni. Sama kehtib ka pindmist trihhofüütia ja mikrospooriat põdevate haigete kohta, kellel ilmnevad samasugused nähud.

Eriti tähtis on üldine ravi täiskasvanuil, kes põevad kroonilist trihhofüütia. See haigus on alati seotud närvisüsteemi, siseelundite ja sisenõristusnäärmete talitluse ühtede või teiste häiretega. Peale ravi üldtugevdavate vahenditega määratakse neile haigeile vastavate näidustuste puhul endokriinseid preparaate - ovariini, follikuliini, sünestrooli naistele, spermiini ja metüültestosteroonil meestele. Jäsemete naha, vahel ka küünthe haigestumisel avaldab mõnikord head mõju tsirkulaarne novokaiiniblokaad, mida korratakse 4-6 korda 4-6-päevaste vaheaegade järel.

Nahaseenhaiguste profülaktika.

Nahaseenhaiguste profülaktikas on oluline nende haiguste õigeaegne diagnoosimine, haigete suunamine ravile ning vaja-

duse korral nende isoleerimine. Hospitaliseerimisele kuuluvad kõik seenhaiged ning haiged ühiselamuist või korteritest, kus elab koos mitu perekonda. Diagnoosimise momendist asetatakse haigele pähe tihedast riidest mütsike, millega välditakse seente sattumist ümbruskonda.

Väga oluline on pesu, rõivaste ja teiste esemete desinfitseerimine. Pesu asetatakse enne pesemist üheks tunniks aktiveeritud kloramiinilahusesse, mis saadakse sel teel, et 1%-lisele kloramiinilahusele lisatakse vahetult enne desinfektsiooni algust ammooniumsulfaati. Teiste riietuseseemete desinfitseerimine toimub formaliiniauru kambrites.

Suure tähtsusega seenhaiguste profülaktikas on nakkusallikate avastamine ja haigega kontaktis olnud isikute arstlik järelevaatus. Sel puhul tuleb juhinduda kliinilistest ja epidemioloogilistest andmetest, näiteks trihhofüütia põdemisel on vajalik pöörata erilist tähelepanu perekonnaliikmete ja õpilaste korral klassi kollektiivi järelevaatusetele. Roostekarva mikrospooria puhul on nakatumine harilikult toimunud lastelt, microsporon lanosum'i poolt põhjustatud mikrospooria nakkusallikaks on aga harilikult kassid. Veterinaararsti abi tuleb kasutada ka suurepoorilise trihhofüütioni tekitatud sügava trihhofüütia avastamisel.

Trihhofüütia, mikrospooria ja lubiraia diagnoosimisel tuleb arstlikult läbi vaadata kõik haigega kontaktis olnud isikud. Ei tohi piirduda ühekordse läbivaatamisega, kuna haiguse inkubatsiooniaeg harilikult kestab kaks kuni kolm nädalat, roostekarva mikrospooria puhul aga isegi kuni kuus nädalat. Sellepärast teostatakse läbivaatusi korduvalt, harilikult üks kord nädalas 4-6 nädala vältel.

Erilist tähelepanu tuleb nahaseenhaiguste profülaktikale pöörata lasteasutustes ja juukselõiklates. Lasteasutustes kuulub siia kõigi laste arstlik järelevaatus, kes võetakse lasteasutusse, kõigi laste regulaarne igakuine arstlik järelevaatus, kaasaarvatud ka teenindav personal. Nahaseenhaiguste profülaktika juukselõiklates põhineb sanitaarsete juhiste

täpsel täitmisel, pesu ja instrumentide kõhustuslikul desinfitseerimisel ja töötajate regulaarsel arstlikul järelevalvetel. Juuksurid ei tohi ilma arsti loata teenindada isikuid, kes põevad juustega kaetud peanaha ja näonaha haigusi.

Nõukogude Liidus on rakendatud ulatuslik organisatsioon nahaseenhaiguste vastu võitlemisel. Kõige selle tulemusel väheneb järjest haigestumus nahaseenhaigustesse.

IV P R A K T I K U M .

Praktikumi käigus tutvuvad üliõpilased peamiselt nahatuberkuloosi diagnostika ja ravi küsimustega.

N a h a t u b e r k u l o o s .

Nahatuberkuloosiks nimetatakse organismi tuberkuloosset haigestumist, mille puhul haigusnähud on esikohal nahas.

Tuberkuloosi tekitajad satuvad nahka nelja teed mööda: 1) inokulatsiooni teel, 2) autoinokulatsiooni teel, 3) per continuitatem ja 4) hematogeenselt.

Inokulatsiooniks nimetatakse siisugust nakatusviisi, kus tuberkuloosi tekitajad satuvad nahka väljaspoolt organismi tuberkuloosi tekitajatega infitseeritud materjali kaudu (haigestunud loomade nahad, haige röga jt.).

Autoinokulatsiooniks nimetatakse siisugust nakatusviisi, kus tuberkuloosi tekitajad satuvad nahka haige oma ekskreetide kaudu (infitseeritud röga, uriini või väljaheitega). Sel puhul on järelikult tegemist kas kopsu, neeru- või seedetrakti nn. lahtise tuberkuloosiga.

Nakatumine per continuitatem toimub sel teel, et haiguse tekitajad satuvad nahka mõnest naha naaberorganist, nagu haigestunud lümfisõlmed või luud.

Hematogeenselt, s.o. vere kaudu võib naha infitseerimine toimuda ükskõik missugusest organist pärinevast tuberkuloosist koldest.

Olenevalt nakatusviisist, haiguse tekitajate virulentsusest ning organismi immuunobioloogilisest reaktiivsusest võib välja kujuneda väga mitmesuguseid nahatuberkuloosi kliinilisi vorme.

Sagedamini esinevaks nahatuberkuloosi vormideks on:

1) Lupus vulgaris, 2) Scrophuloderma, 3) Tuberculosis cutis verrucosa, 4) Tuberculosis cutis ulcerosa, 5) Lichen scrophulororum, 6) Tuberculosis cutis papulo-necrotica, 7) Erythema induratum (Bazini haigus).

Lupus vulgaris.

Lupus vulgaris ehk söötraig on kõige sagedamini esinev nahatuberkuloosi vorm. Naha infitseerumine võib siin toimuda hematogeenselt, per continuitatem või eksogeense inokulatsioonil teel. Nagu kõigi teiste tuberkuloosivormide puhul, soodustab ka siin haigestumist organismi üldine nõrgenemine, kroonilised kurnavad haigused, ebasoodsad välised tegurid, eriti sotsiaalökonoomilised toitumis-, töö- ja elutingimused. Samuti aga ka mitmesugused naha anatoomilis-füsioloogilised iseärasused.

Kliiniline sümptomatoloogia: Lupus vulgarise põhielemendiks on mõnemillimeetrise läbimõõduga punakas, mõnikord kergelt punakaspruun sõlmeline moodustis, mis on harilikult kaetud õhukese epidermisega.

Eristatakse väga mitmesuguseid Lupus vulgarise kliinilisi vorme:

1. Lupus vulgaris planus - sel puhul tõuseb haiguskolle ainult vähe nahast kõrgemale.

2. Lupus vulgaris tuberosus - selle vormi puhul tulevad kõbrukesed ehk sõlmekesed nende tüüpilisel kujul juba selgelt nähtavale.

3. Lupus vulgaris tumidus - selle vormi puhul tekivad naha pinnast tunduvalt kõrgemale tõusvad moodustised, mis mõnikord meenutavad teatud määral isegi kasvaja.

4. Lupus vulgaris exulcerans - sel puhul tekivad haiguskolde pinnal haavandid.

5. Lupus vulgaris mutilans - see haigusvorm tekib harilikult jäsemetel, mille juures üks osa jäsemest võib isegi hävida.

6. Lupus vulgaris disseminatus - haiguskohad lokaliseeruvad mitmele kehaosale.

7. *Lupus vulgaris diffusus* - haiguskolle haarab oma alla terve kehaosa.

8. *Lupus vulgaris serpiginosus* - haiguskolde servadel toimub järjest uute kõbrukeste tekkimine, keskkohal aga armistumine, mille tagajärjel tekib mulje, nagu haiguskolle roomaks edasi.

Kõige sagedamini lokaliseeruvad luupuse kolded näo piirkonda, haarates nina ja suu ümbruse, põhjustades nimetatud piirkondades deformatsioone ja kosmeetilisi defekte. Harvemini esinevad haiguskolded jäsemetel või mujal kehaosadel.

Luupuse tüsistustena täheldatakse haiguskoldes roosi tekkimist, lümfiringe häiretest elefantiasist ja haiguse pikemaajasel kestmisel malignisatsiooni ning nahavähi arenemist.

Diagnoos: *Lupus vulgaris* diagnoosimine algab juba anamneesiga (haiguse krooniline kulg, subjektiivsete vaevuste puudumine). Edasi on haiguse diagnoosimisel tähtis haiguskollete lokaliseerimine ning tüüpilise kõbruke ehk luupoomi esinemine. Diagnoosi kinnitamiseks kasutatakse lihtsat võtet. Kui esemeklaasiga haiguskoldele vajutada (diaskopeerimine), siis muutub nahk haiguskolde kohalt kollakaspruuniks (positiivne õunazelee fenomeen). Kui sondiga haiguskoldele vajutada, siis vajub sondi ots kergesti haiguskolde sisse. Sondi eemaldamisel omandab aga haiguskolle oma endise kuju tagasi (Posbelovi sümptom).

Luupuse diagnoosi kinnitab harilikult veel rida uurinuid, nagu positiivne tuberkuliiniproov, tuberkuloossete kollete leidmine kopsus röntgenoloogilisel uurimisel või tuberkuloidse põletiku kindlakstegemine histoloogilise uurimuga. Üldises vere analüüsis leitakse settereaktsiooni kiirenemine, verepildis noori vorme (nihe vasemale) ning relatiivne lümfotsütoos.

Diferentsiaaldiagnoos: *Lupus vulgaris*est tuleb diferentsiaaldiagnostiliselt eristada 1) kolmandast kõbrulist süüfilist, 2) lepromatooset leprat, 3) erütermatoosi, 4) rosaatseat ja 5) aknet.

Ravi: Lupus vulgarise üldiseks ravimiseks kasutatakse D₂-vitamiini piirituselahust, mida manustatakse suu kaudu. 100-150 000 Tl päevas pikema aja vältel. Peale D₂-vitamiini manustamist soovitatakse kasutada rohkesti piima mürgistusnähtude vältimiseks. D₂-vitamiini ei tohi kasutada aktiivse kopsutuberkuloosiga haigeil ning isikuil, kes põevad akuutset või kroonilist maksa- või neeruhaigust. Häid ravitulemusi saadakse ka ftivasiidi ja streptomütsiiniga. Viimasel ajal kasutatakse isegi mitut preparaati korraga, näiteks suu kaudu manustatakse ftivasiidi ning musklisse süstitakse streptomütsiini. Samuti saadakse ravitulemusi paraamiinohappesalitsüülnaatriumiga. Paikseks raviks kasutatakse ultraviolettkiiritust.

Lupus vulgarise prognoos on lootust andev ja oleneb suu-
rel määral üldtuberkuloosse infektsiooni likvideerimisest organismis.

Retsidiivi vältimiseks soovitatakse korduvaid ravikuure ja üldtugevdavaid ravivahendeid.

Scrophuloderma.

Scrophuloderma^{ks} nimetatakse niisugust nahatuberkuloosi vormi, kus haiguse tekitajad satuvad nahka mõnest haigestunud naaberorganist, kas haigestunud lümfisõlmedest või luudest. Üksikjuhtudena võivad aga tuberkuloosi tekitajad sattuda nahka ka väljaspoolt. Sel puhul nimetatakse scrophuloderma't esmaseks, harilikult on aga scrophuloderma teisene, s.t. infektsiooni pärineb teistest organitest või organsüsteemidest.

Kliiniline sümptomatoloogia: Kliiniliselt iseloomustub scrophuloderma sagedamini kaela lümfisõlmede piirkonnas vähe valuliku või valutü sõlme tekkimisega. Nahk on sõlme kohal esialgu normaalset värvust, hiljem, kui aga sõlm kasvab kokku nahaga, muutub nahk sõlme kohalt roosakaspunaseks. Selle järel toimub sõlme pehmenemine ja haavandumine. Harilikult tekivad ebakorrapärase kujuga haavandid, mis on kaevatud pehmete servadega ja on sageli omavahel ühendatud nahaaluste

uuristega. Haavandi põhjas võib näha kollakat mäda eritust. Paranedes jätavad niisugused haavandid järele naha pinnast kõrgemale tõusvaid sillataolisi arme.

Diagnoos: diagnoosimisel on oluline haiguse krooniline kulg, subjektiivsete vaevuste puudumine, haiguskollete tüüpiline lokalisatsioon, haavandi ja armi iseloom. Diagnoosi võib kinnitada bakterioskoopilise ja histoloogilise uuringuga ning uuringutega, mis kinnitavad organismi tuberkuloosse haigestumise olemasolu (tuberkuliiniproov, vere uuringud, rindkere röntgenoloogiline uurimine).

Diferentsiaaldiagnoos: diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb Scrophuloderma'st eristada 1) süfiliitilist gummat, 2) kroonilist haavanduvat püodermiat, 3) paiset, 4) induratiivset erüteemi ja 5) sporotrihhoosi.

Kõige sagedamini tuleb scrophuloderma'st eristada süfiliitilist gummat, mille puhul aga sõlm on tihedat konsistent-si, haav on korrapärase kujuga ja infiltreeritud servadega. Haavandi põhi on sügav ning kaetud gummoossete massidega. Paranedes jätab gumma järele korrapärase armi.

Tuberculosis cutis verrucosa.

Selle haigusvormi puhul toimub naha infitseerimine tuberkuloosi tekitajatega harilikult väljaspoolt organismi infitseeritud materjali kaudu. Selle tõttu haigestuvad peamiselt isikud, kes puutuvad kokku nakkusliku materjaliga (veterinaaralal töötajad, meditsiinialal töötajad jt.).

Kliiniliselt iseloomustab tüükalist nahatuberkuloosi sõlmekese tekkimine, mis haiguskoldes esineva nekroosi tõttu kattub pruunika koorikuga. Haiguse kestmisel hakkab haiguskoldele meenutama tavalist soolatüügest, kuid erineb tavalisest soolatüükast selle poolest, et tuberkuloosikoldele on ümbritsetud punase põletikulise äärisega.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tulebki tüükalist nahatuberkuloosi eristada 1) Verruca vulgaris'est, 2) sügavast trihofüütiast, 3) sügavast pärmseentõvest ja 4) sporotrihhoosist.

Tuberculosis cutis ulcerosa.

Tuberculosis cutis ulcerosa on nahatuberkuloosi vorm, mille puhul naha infitseerimine tuberkuloosi tekitajatega toimub harilikult autoinokulatsioonil teel, see on haige oma ekskreetidega, näiteks röga, uriini või väljaheitega. Järelikult põeb haige sel puhul kas kopsu; seedetrakti- või kuseteede tuberkuloosi.

Kliiniliselt tekivad väikesed sõlmekesed, harilikult loomulikkude avaste ümbrusesse, mis nekroosi tõttu pehmenemisest kiiresti haavanduvad. Väljakujunenud haavanduvat tuberkuloosi iseloomustab teralise põhjaga haavandite tekkimine.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb neist eristada samuti krooniliselt kulgevat vähihaavandit.

Lichen scrophulosorum.

See kujutab endast sagedamini lastel esinevat nahatuberkuloosi vormi, mis kaasub sageli mõne põhjorgani tuberkuloosiga.

Kliiniliselt iseloomustab haigestumist väikeste roosakas-punaste sõlmekesete tekkimine, mis tihtipeale paigutuvad väikeste gruppidega üle kogu keha laiali. Subjektiivselt niisugune lööve haigele harilikult mingisuguseid kaebusi ei põhjusta.

Diferentsiaaldiagnostiliselt eristatakse *Lichen scrophulosorum*'ist 1) *Lichen pilaris*'t, 2) *Lichen syphiliticus*'t, 3) *Lichen ruber planus*'t, 4) triinhofütiide ja 5) lihhenoidset toksikodermiat.

Tuberculosis cutis papulo-necrotica.

Sel puhul tekivad nahale, eriti jäsemete sirutuspindadele, väikesed järsku piirdunud sõlmekesed, mis keskkohas esineva nekroosi tõttu haavanduvad, jättes paranedes järele siledaid valkjaid arme.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb niisugust nahatuberkuloosi vormi eristada 1) papuloosist süüfilisest, 2) *Acne vulgaris*'est, 3) *Acne rosacea*'st ja 4) *Strophulus*'est.

Erythema induratum Bazin'i.

Selle nahatuberkuloosi vormi puhul tekivad säärete piirkonda kreeka pähkli-kuni tuvimunasuurused sinakaspunakad tihedat konsistentsi sõlmelised moodustised, mis kalduvad haavandumisele.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb niisugust haigusvormi eristada 1) Erythema nodosum'ist, 2) süfiliitilisest gummast, 3) Scrophuloderma'st ja 4) troofilistest haavanditest.

Esitatud nahatuberkuloosi vormide ravi ja profülaktika ei erine oluliselt Lupus vulgarise ravimisest. Eduka ravi tõttu on haiguse prognoos lootustandev. Et aga esineb retsiidivi võimalusi, siis soovitatakse haigele korduvaid ravikuure streptomütsiini, ftivasiidi ja teiste tuberkuloosivastaste vahenditega.

Lupus erythematodes.

Lupus erythematodes on krooniline, erüteemi, kettude ja naha-atroofiaga iseloomustuv dermatoos.

Etioloogia ja patogenees ei ole lõplikult selgitatud, kuid viimasel ajal peetakse Lupus erythematodes't ühes kollagenoosi põhivormiks.

Etioloogiliste teguritena tulevad arvesse streptogeenne infektsioon, üksikutel juhtudel tuberkuloos, samuti aga ka polüetioloogilised tegurid.

Patogeneesis on tähtsad sisesekretsiooni ja närvisüsteemi häired.

Ärritavateks ja provotseeritavateks momentideks võivad olla päikesekiiritus, välistemperatuuri kõikumine, tugev elektrivalgus, insektide hammustused. On arvamusi, et soodustavat mõju avaldavad antibiootikumid ja sulfonamiidpreparaadid. Erilist tähelepanu pööratakse kroonilistele infektsioonikolletele organismis.

Kliiniline sümptomatoloogia.

Kliiniliselt eristatakse: 1) Lupus erythematodes discoides, 2) Erythema centrifugum, 3) Lupus erythematodes acutus.

Kaks esimest vormi kulgevad krooniliselt ja kannavad selle tõttu ka kroonilise Lupus erythematodes'e nimetust.

Lupus erythematodes acutus'e puhul, mis kulgeb naha akuutsete nähtudega (erüteem jt.) esineb aga raskeid muutusi ka siseorganites. Nii nahas kui ka siseorganites leitakse sidekoe amorfse osa mutsinoidset degeneratsioonini koos kollageenkiudude fibrinoidse degeneratsiooniga (histoloogilisel uurimisel on sidekude muutunud homogeenseks ja värvub intensiivselt eosiiniga).

1948.a. kirjeldati Lupus erythematodes'e haigetel luudis eriliste rakkude, nn. L.e. rakkude esinemist, mida hakati hiljem pidama spetsiifiliseks Lupus erythematodes'ele.

Lupus erythematodes'e rakk tekib täiesti homogeense ümarguse või ovaalse purpurpunaselt värvuva substantsi fagotsüteerimisel neutrofiilse leukotsüüdi poolt. Fagotsütoosi tagajärjel asetseb esialgne rakutuum poolkuukujuliselt raku serval, nii et tsütoplasmast tuleb nähtavale ainult kitsas serv. Positiivse L.e. raku preparaadist on sageli näha ekstratsellulaarset ümargust massi, mis värvub samuti nagu rakusisene substanti (nn. L.e. raku keha). Kolmas vorm on "rosettivorm", kus rakuväline mass on ümbritsetud segmenttuumalistest leukotsüütidest.

Diagnoos: Lupus erythematodes'e diagnoos põhineb 1) kroonilisel haiguse kulul, 2) kardinaalsetel haiguse tunnustel, 3) haigusprotsessi aktiveerumisel fototrauma tagajärjel, 4) kroonilistel juhtudel soomusjätkete esinemine kettudel, 5) akuutsetel juhtudel peale haiguse kliinilise pildi histoloogilise uuringu tulemusi ja L.e. rakkude leide.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb Lupus erythematodes'est eristada kroonilistel juhtudel: 1) Lupus vulgaris't, 2) Rosacea't, 3) Polliculitis barbae't, 4) Erythema exsudativum multiforme't, 5) psoriaasi, 6) ekseemi juustega kaetud peanahal.

Akuutsetel haigusjuhtudel: 1) Erysipelas't, 2) septilist erüteemi, 3) Erythema exsudativum multiforme't.

Ravi. Üldraviks kasutatakse: 1) acrichini 0,1 3 x päevas 5 päeva kaupa 5-päevaste vaheaegadega, kokku 10-12 g üheks ravikuuriks; 2) resochini 0,25 g 20 päeva kestel 2-3

tabletti päevas; 3) Pp-vitamiini ja 4) bijochinol'i.

Akuutsete vormide puhul saadakse ravitulemusi AKTH, kortisooni, prednisooni ja prednisolooniga, kusjuures viimaseid kombineeritase viimasel ajal resochiniga.

Paikseks raviks kasutatakse 10%-list akrihhiinkollooidiumi ja tanniini sisaldavaid kaitsesalve. Rp. Acidi tannici 1,0, Lanolini, Vaselini, Aquae destillatae 10,0 M.f.ung.DS. Väline.

Lupus erythematodes on tõsise prognoosiga haigus. Akuutsed haigusvormid võivad lõppeda letaalselt.

V P R A K T I K U M .

Selle praktikumi käigus pööratakse erilist tähelepanu leepra diagnostika küsimustele.

L e p r a .

Leepra on leepratekitajate poolt põhjustatud raskekujuline krooniline haigestumine.

Leeprat tunti Hiinas ja Indias juba enam kui 3000 a. e.m.a., Egiptuses 2400 a. e.m.a. Alates 7. sajandist p.m.a. esines leepprat juba Euroopa territooriumil. 1472.a. oli Inglismaal juba umbes 100 leprosooriumi. 9. sajandil kirjeldatakse leepra esinemist tsaari Venemaal. Esimesed andmed leep-
ra esinemise kohta Eesti territooriumil pärinevad 13. sajandist.

Leeprat esineb suhteliselt sagedamini troopilistes maa-
des: Indias, Indo-Hiinas, Indoneesias ja mujal. Rodgersi andmetel esineb Aasias umbes 1 250 000, Aafrikas 525 000, Lõuna-Ameerikas 20 000, Euroopas 7 000 ja Põhja-Ameerikas 10 000 leeprahaiget.

Leepra tekitajaks on *Mycobacterium leprae*, mis avastati Hanseni poolt 1871.a. Kuni käesoleva ajani ei ole selgitatud nakkuse mehhanismi. Peetakse võimalikuks haiguse tekitajate sattumist organismi ülemiste hingamisteede ja nahavigastuste kaudu.

Leepra puhul kirjeldatakse mõnest kuust kuni mitmekümne aastani kestvat inkubatsiooniperioodi.

Haigestumine algab prodromaalnähtudega: kõhnumine, temperatuurid, seedehäired, krooniline nohu, neuralgiad.

Kliiniliselt eristatakse kolme leepra põhivormi: 1) Lep-
ra lepromatosa, 2) Lepra tuberculoides, 3) Lepra indifferenta.

Lepra lepromatosa.

Selle haigusvormi puhul tekivad haiguslikud muutused nahas, perifeersetes lümfisõlmedes, limanahkades, siseorganites ja närvisüsteemis.

Nahal, eriti näol ja jäsemetel tekivad kõbrulised moodustised (leproomid), mis on nahaga esialgu ühte värvi või vähe punasemad. Näol võivad leproomid laotuda ja anda näole erilise lõvinäo ilme. Haigel on suurenenud perifeersed lümfisõlmed. Siseorganitest haigestub sagedamini maks. Limanahkadest nina ja kõri limanahk. Leproomide esinemisest ninas ja nende pehmenemisest võib haigel nina deformeeruda. Kõri haigestumisest võib tekkida kõri turse, mis on eluohtlik. Terve rida haiguse tunnuseid sugeneb perifeersete närvide haigestumisest (perifeerne neuriiit). Siia kuuluvad muskligruppide kõhetumised peopesadel, kontraktuurid ja troofilised haavandid. Väga iseloomulikud muutused võivad tekkida silma ümbruses, kulmud ja ripsmed langevad välja, tekib lagophthalmos, mille tõttu haige ei saa sulgeda silma. Silmas endas aga võib tekkida leproom ja spetsiifiline iirise põletik. Haigestumine võib lõppeda isegi nägemisvõime kaotusega.

Lepra tuberculoides.

Sel puhul tekivad nahale esialgu erütematoossed, hiljem hüper- ja hüpokromaatilised laigud, mis harilikult keskkohalt kaotavad tundlikkuse. Perifeersete närvide haigestumisest sugenevad samasugused haiguse tunnused, nagu need esinevad närvikahjustustest lepromatoosse lepra haigeil.

Lepra indifferenta.

Indiferentset leprat iseloomustab erütematoossete laikude ja infiltraatide tekkimine, millest võivad areneda hiljem kas lepromatoossele leprale või tuberkuloidsele leprale iseloomulikud haigusetunnused.

Diagnoos. Lepra diagnoos algab juba haige anamneesiga. On tingimata vajalik selgitada: 1) kas leprahaige ei ole epideemilisest või endeemilisest lepra piirkonnast, 2) kas

ei esine anesteesi- ja paresteesi- ja "reumaatilisi" valusid, neuralgiaid, 3) rinidi tunnuseid ja ninaverejookse, 4) samuti võivad diagnostilist tähtsust omada põletused saunas, majapidamises jne.

Kliiniline diagnostika. Kliinilisel uurimisel tuleb pöörata tähelepanu 1) dermatoloogilisele, 2) neuroloogilisele, 3) rinoloogilisele, 4) oftalmoloogilisele uurimisele.

1. Dermatoloogiline uurimine on vajalik läbi viia paevalguses juustega kaetud peanahast alates kuni jalataldadeni, kuna patsiendil võib esineda lööbeid, millest ta ise ei ole teadlik. Leeprahaigel esinev nahalööve võib esineda kolmesuguse lööbena: laikude, difuusse infiltratsiooni või leproomidena.

a. Laigud võivad leepra puhul esineda erütematoossete, erütematoos-pigment-, hüper- ja hüpokromaatiliste laikudena väga mitmesuguses suuruses. Laigud on selgemini väljendatud perifeerias, olles keskkohalt kahvatumad, võttes sageli ringi kuju.

b. Difuusset infiltratsiooni sedastatakse sagedamini näol ja jäsemetel, mille tõttu nimetatud piirkonnad tunduvad pastoossetena.

c. Leproomid võivad olla dermaalsed ja hüpodermaalsed ning lokaliseeruvad sagedamini näole, otsmikule, põskedele, kõrvadele ja jäsemetele. Neid täheldatakse nahal sageli koos leproossete laikude ja infiltraatidega.

2. Neuroloogiline uurimine omab sageli leepra diagnoosimisel otsustavat tähtsust, sest sageli osutuvad närvisüsteemi häired ainukesteks haiguse tunnusteks. Erilise tähtsusega on perifeerse närvisüsteemi, eriti närvitüvede ja nende nahaharude hoolikas uurimine - eriti plexus cervicalis'e piirkonna uurimine, see asetseb kaela pindmise fascia all, ristudes musculus sternocleidomastoideus'e lateraalse servaga, nervus radialis'e ja nervus ulnaris'e tüvesid, mis on palpeeritavad: esimene sulcus bicipitalis'es ja nervus ulnaris

sulcus nervi ulnaris'es. Samuti peab olema erilise uurimise objektiks nervus peroneus keskmisel ja alumisel sääre kolmandiku lateraalsel küljel.

Pinna tundlikkuse määramisel teostatakse: taktililse, valu- ja temperatuuritunde määramist. Valutunde määramine teostatakse nõelaga; taktiline tunne - pintsli või vatitup-
sutiga; temperatuuritunne kahe katsutiga, ühes külm, teises kuum vesi (mitte üle 50 kraadi). Uurimine viiakse läbi nii lõõve pinnal kui ka eespool nimetatud närvide innervatsiooni aladel. Tähelepanu pööratakse ka troofiliste häirete esinemisele nagu: lihaste atroofia kätel, eriti peopesadel, luude osteolüüs, nahal juuste väljalangemisele, nahakuivusele ja troofiliste haavandite esinemisele ja näonärvi, samuti aga ka teiste närvide halvatusel.

Leproossete neuriiitide iseärasuseks tuleb lugeda seda, et nad algavad kõige distaalsematest osadest, on aeglase arenguga ja kroonilise kuluga, annavad sölmelisi paksenemisi põhjustades vasomatoostroofilisi ja pinna tunde häireid ühes sügavtunde säilimisega.

Rinoskoobiline uurimine (eesmine rinoskoopia) tuleb tingimata läbi viia igal leeprakahtlasel juhul (leepra puhul täheldatakse riniite, koorikuid, haavandunud infiltraate).

Oftalmoloogiline uurimine viiakse läbi kaebuste esinemisel nägemisorganis (pannus, parenhümatosne keratiit, iridotsükliit, amauroos).

Praktikas teostatakse leepra diagnostilisel otstarbel järgmised kliinilised uurimised.

1. Histamiintest hüpokromaatiliste laikude olemuse kindlaksmääramiseks. Laigu pinnale asetatakse üks tilk histamiini 1 : 1000 ja läbi tilga tehakse nõela või skalpelliga pindmise naha vigastus. Tervel nahal täheldatakse kolmekordselt reaktsiooni: kohalik veresoonte laienemine (mitte üle 1 cm diameetriga), sellele järgneb 30-40 sekundi pärast sekundaarne erüteem (reflektorne hüpeemia aksoonrefleksi tulemusel) ja lõpuks paapul suurenenud kapillaaride läbilaske tagajärjel. Leproossetes anesteetilistes laikudes teine faas - reflektoor-

ne erüteem langeb välja aksoonrefleksi puudumisel (närviretseptorite kahjustusest). Saadakse mittetäielik või negatiivne reaktsioon. Kontrolliks soovitatakse teha sama proov tervel nahal.

2. Proov nõela torkega analoogiliselt histamiiniga, reflektorne erüteem on seejuures nõrgemini väljendatud.

3. Higieritusproov joodi ja pilokarpiiniga. Peale 0,2 ml 0,5-1% pilokarpiini süstimist annavad jood ja tärklis tervel nahal positiivse reaktsiooni.

4. Proov õhetamisele. N.F. Pavlov näitas, et peale 1-5 ml 1% nikotiinhappe süstimist veeni ilmub otsekohe punetus ja turse mitteselgete leproossete elementide kohtadele, mis jääb kauemaks ajaks püsima.

Laboratoorne diagnostika.

a. Uurimismaterjali võetakse nahas olevast haiguskoldest, nina limanahalt ja kurgust.

b. Värvimine.

Torsujev soovitab kasutada järgmist Ziel-Nilseni modifikatsiooni:

- 1) preparaat fikseeritakse tulel,
- 2) kaetakse filterpaberiga, millele valatakse värv (1 osa aluselist fuksiini, 10 osa 95% alkoholi + 90 osa 10% pikriinhappe vesilahust) 30 minutiks - 1 tunniks;
- 3) seejärel asetatakse preparaadile mõneks sekundiks kanget väävelhappe 10% vesilahust,
- 4) loputatakse hoolikalt vees, kuni terava punase värvuse täieliku kadumiseni;
- 5) järelvärvimine metüleensinise lahusega 2-3 minutit,
- 6) loputatakse ja kuivatatakse.

Kui preparaat võetakse värskest koldest, siis värvitakse preparaat 10-20 minutit, peale seda loputatakse vees ja kiiresti diferentseeritakse 10% väävelhappega. Vanadest kolletest võetud preparaat, kus esineb teralisi vorme, tuleb värvida 1-2 tundi +55° temperatuuri juures.

Preparaadis on näha lühikesed kepikesed kompaktsete kogumikena, tbc tekitajatest lühemad, paksemad ning neid leidub harilikult massiliselt.

Leepra tekitajaid võib kasvatada söötmel (esmakordselt õnnestus Kedrovskil), kuid kasvatamine on võrdlemisi raske. Samuti ei viida diagnostilisel otstarbel läbi loomkatseid, nagu seda teostatakse tuberkuloosi puhul.

Patchistoloogiline diagnostika.

Materjali võtmine: võtta sealt, kus lööve on kõige tüüpilisem ning kus on kõige aktiivsemad põletikutunnused. Fikseerida 10% -lises formaliinis või 96% -lises alkoholis. Kui tahetakse värvida histoloogilistes lõikudes leepra tekitajaid, siis fikseerida järgmises lahuses: formaliini (40%) 100,0, naatriumkloriidi 8,0, destilleeritud vett 1000,0. Lepromotoosse leepra puhul on tüüpiline leproosne põletik. Tuberkuloidse leepra puhul on tuberkuloidne põletik. Indiferentse leepra puhul on lihtne krooniline põletik.

Bioloogiline diagnostika.

Lepromiini test.

Kasutatakse eriti leepra vormi kindlaksmääramiseks ja prognostilisel otstarbel.

Lepromiini valmistamine - leproomist võetud materjali keedetakse 30-60 minuti jooksul füsioloogilises lahuses (1g-20 ml füsioloogilist), filtreeritakse ja hoitakse tund aega 60° juures. Konserveeritakse filtraati 0,25-0,5% fenooliga ja asetatakse ampullidesse (0,01 substantsi 0,5% -lises fenoolis või füsioloogilises keedusoola lahuses). Intrakutaanselt viiakse 0,1 lepromiini. Varase positiivse reaktsiooni korral võivad tekkida muutused juba esimesel päeval; 1-2 päeval täheldatakse punetust ja mitte suurt paapulit, mis areneb maksimaalseks 48-72 tunni järel; nähud võivad kaduda või lähevad üle hiliseks positiivseks reaktsiooniks. Viimasel juhul 10-14. päeval täheldatakse sõlme tekkimist. 30 päevaks on 1-2 cm läbimõelduga sõlm, mille keskel areneb koorikuga kaetud nekroos. Paranemine toimub mõne nädala või kuuga. Negatiivse

reaktsiooni korral tekib väike kubel, mis kaob teise päeva lõpuks.

Lepromiini test on negatiivne lepromatoosse leepraga haigusjuhtudel, positiivne tuberkuloidse leepra puhul ja tervetel isikutel.

Huvitav on lepromiini testi ja WaR-i vahetõrje leepra haigel, teatavasti lepromatoosse leepra puhul lepromiinitest 0, WaR aga positiivne.

Röntgenogramm on eriti tähtis luude muutuste fikseerimiseks.

Üksikute leepravormide diagnoosimisel arvestatakse järgmisi tunnuseid.

1. Lepromatoosne vorm - minimaalne organismi vastupanuvõime, rohke leepra tekitajate leidmine haiguskolletes, selgelt väljendatud kalduvusega infiltraatide moodustamiseks.

Karakteersed kliinilised nähud nahas, limanahkadel (eriti silmas ja ülemistes hingamisteedes), perifeersete närvide ja siseorganite haigestumine, lepromiini reaktsioon niisugustel juhtudel on negatiivne, esineb granulomatoosne histoloogiline struktuur ja esineb tendents haiguse progresseerumiseks. Neid juhte loetakse nakkavateks.

2. Tuberkuloidne vorm. Kõrge makroorganismi reaktiivsus, bakterioskoopiline leid negatiivne, või batsillide esinemist väiksel hulgal täheldatakse ainult reaktiivses seisundis. Karakteersed kliinilised nähud tendentsiga piirdumiseks. Lepromiini proov harilikult annab positiivse resultaadi, aktiivsetes löövetes harilikult tuberkuloidne granulomatoosne struktuur. Esineb haiguse selgelt väljendunud stabiilsus või tendents paranemiseks. Niisuguseid juhte loetakse harilikult mittenakkavateks.

3. Mittediferentseerunud vorm. Mitmesugune organismi vastupanuvõime kalduvusega resistentsusele. Kliinilised nähud on peamiselt nahas ja närvides. Nahakahjustus väljendub peamiselt lamedates hüpokromaatilistes, erütematooshüpokromaatilistes või erütematoossetes laikudes. Need on harilikult bak-

terioskoopiliselt negatiivsed, kui batsilli kunagi leidub, siis väga vähe. Lepromiini proov annab erinevaid resultate (negatiivsed või kergelt positiivsed), histoloogiline struktuur lihtsa põletiku tüüpi. Stabiilsus vähem väljendatud kui kahel esimesel tüübil. Esineb võimalus nii progresseeruvaks kui ka regresseeruvaks arenguks.

Diferentsiaaldiagnostika.

Järsult väljendatud haigusjuhtudel on diagnoos kerge, kahtlastel juhtudel esineb raskusi isegi kõige vilunumal leproloogil. Igal juhul põhineb diagnoos kompleksel kliinilisel ja laboratoorsetel uuringutel. Leepra diferentsiaaldiagnoosis tuleb arvestada:

1) dermatoloogilisi, 2) neuroloogilisi ja 3) spetsiaalseid haigestumisi nagu silmade, ülemiste hingamisteede jt. organite haigestumisi.

Dermatoloogilisel eristamisel: 1) erütematoossed dermatoosid: roos, pellagra, polümorfne erüteem, Erythema annulare, Erythema solaris, naha marmorestsents, süfiliitilised rooseolid;

2) erütematoossed - skvamoossed dermatoosid: psoriaas, parapsoriaas, Lupus erythematoses, Pityriasis rosea;

3) erütematoos - pigment - dermatoosid, Urticaria pigmentosa, toksilised erüteemid;

4) düskroomiad: süfiliitiline leukoderma, sekundaarsed leukodermad, vitiliigo;

5) keratoosid;

6) papuloossed dermatoosid: paluloossed süfiliidid ja punane lame sammaspool;

7) villilised dermatoosid: Pemfigus vulgaris, põletused II järgus;

8) atroofiad ja hüpertroofiad: Sclerodermia, cutis verticis gyrata, idiopaatiline atroofia;

9) kõbrulised dermatoosid: kõbruline süfiliid, Lupus vulgaris, sarkoidid, Granuloma anulare;

10) sõlmelised dermatoosid: nahaalused sarkoidid, elei-

doomid, Erythema nodosum, morbus Reckling-Hauseni, kolmandane gummoosne süüfilis, blastomükoos, Mycosis fungoides;

11) haavanduvad dermatoosid: varikoossed haavandid, morbus Reino, kroonilised säärehaavandid.

Neuroloogiline diferentsiaalne diagnoos:

- 1) müelodüsplaasia,
- 2) äge polimüeliit,
- 3) skleroosid,
- 4) progresseeruv lihaste atroofia,
- 5) süringomüeliit,
- 6) süfiliitiline polüneuriit.

Luud ja veresooned.

- 1) tabeetiline arthropaatia,
- 2) gummoosne luude süüfilis,
- 3) süfiliitiline osteoperiostiit,
- 4) luutuberkuloos.

Suguorganid.

- 1) gumma munandis,
- 2) tuberkuloosne epididümiit.

Peanahk.

- 1) süfiliitiline juuste väljalangemine,
- 2) alopecia areata.

Silmad.

- 1) trahhoom,
- 2) süfiliitiline iriit.

Suu limanahk.

- 1) tuberkuloosne haavand,
- 2) söötraig,
- 3) kõbruline süfiliid.

Ülemised hingamisteed.

- 1) söötraig ninas,

- 2) kolmandane süüfilis,
- 3) oseena, kõri tuberkuloos, kolmandane süüfilis kõris.

Ravi. Käesoleval ajal seoses uute leepra ravivahendite kasutuselevõtuga osutub leepra ravitavaks haiguseks. Sagedamini kasutatakse järgmisi ravivahendeid.

1. Sulfetron - 50%-lises vesilahuses, süstitakse musk-lisse järgmise skeemi kohaselt.:

I nädal 2 x 2,0 ml,
II nädal 2 x 2,5 ml,
III nädal 2 x 3,0 ml,
IV nädal 2 x 3,5 ml,
edasiselt 2 x 3,5 ml nädalas.

Kuur koosneb 53 süstimisest 6 kuu vältel.

1 - 1½ kuu pärast korraldatakse uurimist.

Sulfetroni kontraindikatsioonideks on:

- a) rasked maksa- ja neeruhaigused,
- b) vereloomeorganite häired,
- c) dekompanseeritud südamerikked,
- d) leeprajuhud väga ägedate haigusnähtudega,
- e) ägedad seedetrakti häired,
- f) tsentraalnärvisüsteemi häired.

2. DDS - 4 - 4 diamino-difenüülsulfoon.

Preparaati manustatakse suu kaudu kuue päeva vältel, millele järgneb 1-päevase vaheajaga preparaadi korduv kasutamine. Esimese 2 nädala vältel antakse haigele preparaati 50 mg 2 x päevas, järgmise 3 nädala vältel 100 mg 2 korda päevas. Sellele järgneb 2-nädalaline vaheaeg, mille järel korraldatakse ravikuuri sama skeemi kohaselt. Ravikuuri kogu annuseks preparaat DDS puhul on 4,8g.

3. Ftivasiid.

Manustatakse suu kaudu 0,5g 2-3 korda päevas 30 päeva vältel.

4. Tsaulmoogra õli, millest valmistatud preparaati tun-
takse mugrooli nime all. Preparaati süstitakse musklisse 2 x
nädalas, alates 0,5 - 1 ml ja 5 - 10 ml. 20 - 30 süstimise
järele järgneb 4-nädalaline ravikuuri vaheaeg.

Peale nimetatud preparaatide kasutatakse leeprahaigete
ravimiseks üldtugevdavaid ravivahendeid, vitamiinoteraapiat
jt. Samuti leiab kergematel haigusjuhtudel kasutamist tööte-
raapia.

Profülaktika. Leepra profülaktikas on oluline leepra-
haigete varajane isoleerimine leprosooriumi ning kontaktsete
pidev arstlik järelevaatus.

VI PRAKTIKUM.

Praktikumi käigus tutvuvad üliõpilased sügelishaiguse diagnostika, ravi ja profülaktika küsimustega.

S ü g e l i s e d (Scabies).

Etioloogia. Sügeliste tekitajaks on loomsed parasiidid - sügelislestad (*Sarcoptes scabiei hominis*). Emaparasiit on isaparasiidist suurem, umbes $1/3$ mm läbimõõduga; ta teeb marmasknaha pindmisse ossa nn. sügeliskäigu, millesse muneb 40-50 muna. Neis valmivad noored sügelislestad 3-4 päeva vältel, suguküpseks saavad 3-6 nädalaga. Isaparasiit on umbes $1/10$ mm läbimõõduga ning elab nahapoorides.

Nakatumine sügelistesse võib toimuda otseselt ja kaudselt. Otseselt toimub nakatumine kõige sagedamini koos magamisel. Võimalik on aga nakatumine ka mitmesuguste esemete kaudu.

Kliiniline sümptomatoloogia. Sügelisi iseloomustavad järgmised kliinilised tunnused.

1. Sügeliskäik, s.o. 1-10 mm pikkune hallika või pruunika värvusega sirge, mõnikord siksakiline või loogakujuline jooneke, mis lõpeb harilikult vesilillikesega. Sügeliskäigud on väga tüüpilise lokalisatsiooniga, lokaliseerudes kehaosadele, kus on õhem sarvkiht. Nii leitakse sügeliste puhul sügeliskäike peamiselt sõrmede vahel, randmete ja käsivarte painutuspindadel, rindade all, kõhul, eriti vöö piirkonnas, genitaalidel ja reite siseküljel. On iseloomulik, et vabaks jäävad harilikult näo ja selja piirkond. Erandi moodustavad väikesed lapsed, kellel õrna naha tõttu sügeliskäigud võivad

lokaliseeruda igale kehaosale.

2. Intensiivne naha sügelemine. See ilmneb eriti õhtuti.

3. Sekundaarsed püodermiidid. Sügelemise tagajärjel haige kratsib nahka, millest tekivad nahale ekskoriatsioonid. Nendesse satuvad mädatekitajad mikroobid, mille tulemusel primaarsetele sügelislöövetele (sügeliskäigud ja vesivillikesed) kaasub sekundaarselt kas impetiginooosne või follikulaarne püoderma.

Diagnoos: diagnoosimisel lähtutakse 1) haiguskollete tüüpilisest lokalisatsioonist, 2) õhtusest intensiivsest naha sügelemisest ning 3) mitme perekonnaliikme enamvähem samaaegselt haigestumisest.

Diferentsiaaldiagnoos: diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb sügelishaigust eristada 1) pedikuloosist, 2) haiguskollete esinemisel genitaalidel esmasest haavandist, 3) pruritus cutaneusest ja 4) lastel sügatövest.

Ravi: sügeliste ravimisel lähtutakse järgmistest põhimõtetest: 1) nahka tuleb ravida üle kogu keha, 2) korraga tuleb ravida kõiki perekonnaliikmeid, 3) tingimata on vajalik läbi viia pesu ja riitusesemete desinseksioon.

Eristatakse sügeliste kiirravimist ja metoodilist ravi.

Sügeliste kiirravi meetoditest kasutatakse kõige sagedamini nõukogude teadlase Demjanovitši poolt kasutuselevõetud ravimeetodit. Selle meetodi puhul väljastatakse haigele järgmised ravivahendid:

Rp.

Sol. natrii hyposulphurosi 60% 200,0
DS . Väline I

Rp.

Sol. acidi hydrochlorici conc. 6% 200,0
DS. Väline II

Ravi läbiviimiseks peseb haige ennast sooja vee ja seebiga ning peale kuivatamist hõõrub 2 korral nahka 60%-lise

naatriumhüposulforoosumi lahusega, mille kuivamisest tekivad nahale väikesed naatriumhüposulforoosumi kristallikesed. Seejärel hõõrutakse nahka 3-4 korda järjest 6%-lise soolhappelahusega, mille tagajärjel vabaneb väävel ja vääveldioksüüd. Väävli vabanemine avaldab antiparasitaarset toimet. Järgnevalt vahetab haige pesu ning peseb ennast 24 tunni pärast sooja vee ja seebiga. Demjanovitši ravimeetodit ei ole soovitatav kasutada väikeste laste ravimiseks, kuna kirjeldatakse väävli-mürgistuste esinemist. Samuti ei osutu selle ravimeetodi kasutamine küllalt efektiivseks sügelishaiguse ravimiseks kui haigestumine on tüsistunud naha mädapõletikuga. Niisugustel juhtudel kasutatakse sagedamini metoodilist ravi.

Metoodilisel ravimisel kasutatakse harilikult 10-10%-list väävlisalvi.

Rp.

Kalii carbonici	10,0
Sulfuris ppt.	20,0
Vaselini ad	100,0

M.f.g. DS. Väline

Nahka määratakse üle kogu keha kolm õhtut järjest väävlisalviga. 4. ja 5.päeval puuderdatakse nahka põletikunähtude vähendamiseks tsinkoksüüdi või talgiga. 6 päeval pestakse nahka sooja vee ja seebiga. Häid ravitulemusi saadakse ka Wilkinsoni salvi kasutamisega.

Rp.

Ung. Wilkinsoni 100,0
DS. Väline

Wilkinsoni salvi kasutamine toimub samuti nagu väävlisalvi puhul.

Seoses elanikkonna sanitaarhügieeniliste tingimuste paranemisega ja üldise sanitaarkultuuri tõusuga on haigestumine sügelishaigusesse niivõrd vähenenud, et haigestumine esineb ainult üksikjuhtudena.

Profülaktikas on oluline haiguse varajane avastamine, haigestunud perekonnaliikmete üheaegne ravimine, riiete ja pesu desinseksioon ning naha puhtuse eest hoolitsemine.

VII P R A K T I K U M .

Selle praktikumi käigus tutvuvad üliõpilased dermatiidi üldmõiste, kliinilise sümptomatoloogiaga, eriti aga professionaalsete dermatiitide diagnostika ja profülaktika küsimustega.

D e r m a t i i t (Dermatitis).

Dermatiidiks nimetatakse nahapõletikku, mis tekib mingi mehhaanilise, füüsikalise või keemilise trauma tagajärjel nahas. Dermatiite, mis tekivad kahjustava teguri kohal, nimetatakse kontaktdermatiitideks. Niisuguseid nahapõletikke, mille puhul kahjustava teguri toimel on toimunud organismi sensibiliseerumine, nimetatakse allergilisteks dermatiitideks.

Kliiniline sümptomatoloogia. Dermatiitidele on iseloomulik järgmiste haigusstaadiumide esinemine.

1. Erütomatoosne staadium - sel puhul tekivad kahjustatud piirkonda punased laigud või difuusne punetus.

2. Papuloosne staadium - tekivad väikesed sõlmekesed või difuusne turse.

3. Vesikuloosne haiguse staadium - sel puhul tekivad nahale villikesed ja isegi villid.

4. Erosiivne staadium - villikeste lõhkemisest tingitult tekivad erosioonid.

5. Koorikuline staadium - mille puhul haiguskoldeil tekivad koorikud.

6. Skvamoosne ehk ketendamisstaadium, mis on harilikult iseloomulik haiguskollete paranemisele.

Dermatiidile on iseloomulik harilikult ühe staadiumi järgnemine teisele, seejuures võib aga põletikuline protsess

jääda teatud ajaks püsima ühte või teise staadiumi. Põletikuline reaktsioon võib mõnikord kulgeda aga nii kiiresti, et kõik haiguse staadiumid ei tulegi selletõttu nähtavale. Eriti suure ärrituse puhul võib tekkida haiguskoldes koekärbus ehk nekroos. Kui dermatiiti põhjustav tegur toimib nahka pikemat aega, võib dermatiidi koldes välja kujuneda naha hüpertroofia (hüperkeratoos, lihhenisatsioon).

Eristatakse kolmesuguseid dermatiite: 1) mehaanilised, 2) füüsilised ja 3) keemilised dermatiidid. Kõige sagedamini on dermatiitide tekkimine seotud mitmesuguste keemiliste ainete nahka ärritava toimega. Kui haigestunu puutus nende keemiliste ärritajatega kokku tööprotsessis, siis nimetatakse niisuguseid dermatiite professionaalseteks. Sageduselt järgnevas professionaalseks dermatoosiks keemilistest ainetest osutub professionaalne ekseem (ekseemi mõiste leiab käsitamist VII praktikumis).

Seoses keemiatööstuse kiire arenguga ja uute keemiliste ainete kasutamisele võtmisega püsib nendest ainetest põhjustatud professionaalsetesse dermatiitidesse ja ekseemidesse haigestumine käesoleval ajal ühesugusel tasemel ja näitab viimastel aastatel tõusutendentsi allergiliste dermatiitide ja ekseemide osas (Dolgov ja Lindgreni andmed).

Meie tingimustes põhjustavad professionaalset dermatiiti ja ekseemi kõige sagedamini mitmesugused põlevkiviõlid, naftaproduktid, nikkelsulfaat, kaaliumbikromaat, formaldehüüd, sooda, tärpentiin, mõned värvained nagu ursool ja nitroühendid; mõned liimid ning mitmesugused pesemisvahendid.

Pikemaagene, sageli kuni aastapikkune kokkupuutumine tööstuslike allergeenidega võib viia organismi sensibiliseerumisele ja dermatiidi või eksematoosse reaktsiooni tekkimisele. Algul kujuneb välja naha sensibiliseerumine ühe allergeeni suhtes. Sel puhul on tegemist monovalentse allergeeniga. Edasiselt kujunevad allergeenideks keemiliselt lähedased ained nn. grupiallergeenid. Näiteks ülitundlikkuse puhul tärpentiinile kujuneb edasiselt välja kõrgeenenud tundlikkus kõigi ainete suhtes, mis sisaldavad eeterlikke õlisid. Kui aller-

geenidena toimivad samaaegselt mitu keemiliselt mitte ühte gruppi kuuluvat ainet, siis nimetatakse seda polüvalentseks sensibilisatsiooniks. Praktika näitab, et naha sensibiliseerumine toimub aegamööda kuude, mõnikord aastate vältel ning võib samuti jääda püsima aastateks. Sensibilisatsiooni tekkimisel omab peale allergeeni iseloomu, kontsentratsiooni, ärrituse intensiivsuse, kokkupuute sageduse ja ekspositsiooni-aja tähtsust ka organismi reaktsiooni laad kahjustavale tegurile. Näiteks ained, mis ühele isikule on täiesti kahjutud, võivad teistel tekitada professionaalset haigestumist (kontaktdermatiiti ja ekseemi). Üks ja sama aine võib põhjustada erinevatel isikutel haiguse erinevat kliinilist pilti. Seejuures on iseloomulik, et naha reaktiivsus aja jooksul muutub. Nahk võib aja jooksul sensibiliseeruda ainete suhtes, millele ta varem ei reageerinud. Niisugune naha reaktsiooni labiilsus on seletatav sageli organismi üldseisundiga. Nii on naha tundlikkus kõrgenenud raseduse ja klimakteeriumi ajal, türeotoksikoosi ja struumahaigeil ning mitmesuguste närvihäiretega isikuil (Podvõssotskaja, Koževnikov, Želtakov jt.).

Kontaktdermatiidist ja ekseemist eristatakse harilikult degeneratiivset ekseemi, mis tekib kokkupuutumisel obligatoorselt toksiliste ainetega kombineerituna mitmesuguste füüsikalise-keemiliste ärritajatega (metalli- ja kiviosakesed, mikrotraumad, madala või kõrge temperatuuri toime, kiirte energia, leeline seep või teised nahapuhastusvahendid).

Diagnostika. Professionaalse dermatiidi ja ekseemi diagnostikas on tähtsad juba anamnestilised andmed. 1. Oluline on tööprotsessi kirjeldus, missuguste ainetega puutub kokku tööprotsessis, missuguseid töökaitsevahendeid kasutatakse (vajaduse korral nõutakse vastavad andmed töökohalt). 2) On vajalik teada, kuidas mõjuvad põetavale haigusele tööprotsessist väljalülitamine (töölt vabastamine, töökoha vahetus, puhkus jne.). Teatavasti iseloomustab professionaalset dermatiiti ja ekseemi suhteliselt kiire paranemine tööprotsessist väljalülitamisel, sage retsidiiveerumine samale tööle asumisel ning mõnikord üheaegne esinemine mitmel samades tin-

gimustes töötajal. 3. Tuleb tunda huvi, kas haige väljaspool tööprotsessi tegeleb fototarvetega, liimide, maalritööga kodus, või mootorsõidukite parandamisega, mis samuti võiksid põhjustada nii dermatiidi kui ka ekseemi tekkimist. 4. Tähelepanu tuleb pöörata ka varem põetud haiguste nagu kopsuastma, allergilise riniidi või nõgesetõve põdemisele ja nahalöövete esinemisele lapsepõlves. Need võiksid viidata konstitutsionaalsele kalduvusele allergiliste nahahaiguste tekkimiseks. Samuti omavad tähtsust ka fokaalinfektsioonide - peridontiidi, tonsilliidi, nina-kõrvalkoobaste põletiku ning nahaseenhaiguste põdemine, kuna ka need võivad soodustada organismi sensibiliseerumist tööprotsessis kokkupuutuvate ainetega. 5. Tähtis on teada, kas varem ka mõnel muul tööalal töötades esines juba mingit nahahaigust.

Tähtsat kohta professionaalse dermatiidi ja ekseemi diagnostikas omab n a h a l e i d , eriti aga haiguskollete lokalisatsioon. Tööprotsessis eksponeeritud naha piirkond - käed, käsivarred ja nägu haigestuvad esmajärjekorras. Üksikjuhtudel on võimalik haiguskollete esinemine ka teistel kehaosadel, näiteks alumistel jäsemetel, olenevalt tööprotsessi iseloomust.

Professionaalse haigestumise diagnoosimisel ei tohi alahinnata organismi üldseisundi osa, siseorganite, kliiniliste ja seroloogiliste uuringute tulemusi. Kahtluse korral professionaalsele nahahaigusele tuleb läbi viia miinimum kliinilis-laboratoorseid uuringuid olenevalt haigestumise iseloomust.

Professionaalse kontaktdermatiidi ja ekseemi diagnostikas on peale anamneesi ja nahaleiu vältimatu n a h a - t e s t i d e teostamine, kuna käesoleval ajal professionaalse dermatiidi ja ekseemi diagnoosi ilma allergeeni kindlaksmääramiseta ei loeta küllalt põhjendatuks. Nahatestide teostamisel kerkib üles terve rida praktiliselt olulisi küsimusi: näidustused testide teostamiseks, teostamise metoodika, teostamise aeg, allergeeni lahjendus (missuguses kontsentratsioonis teostada), testi teostamise koht, testi tule-

muste hindamine, testi tulemuste praktiline väärtus.

1. Nahatestid teostatakse harilikult haigusjuhtudel, kus esineb anamnestiliste andmete ja kliinilise leiu alusel kahtlus allergilist laadi professionaalse dermatoosi - kontaktdermatiidi või ekseemi esinemises.

2. Eristatakse epi- ja intrakutaanseid nahatestide. Lindgren soovib nahatestide valikul arvestada teed, mida mööda toimus organismi sensibiliseerumine. Epikutaansed nahatestid on diagnostilise väärtusega ainult nende dermatooside puhul, mis arenevad kontakti teel. Epikutaansetest nahatestidest kasutatakse kõige sagedamini lapiproovi kompressmeetodina, mõnikord aga tilgameetodit või Dolgovi poolt soovitatud korgimeetodit.

Kompressmeetod leiab sagedamini kasutamist vesilahuste, tilga- või korgimeetod õlilahuste puhul. Kompressmeetodi puhul asetatakse nahale 1-2 cm² suurusi marilapikesi arvatavate allergeenidega. Lapikesed kaetakse kompresspaberi või leukoplastiga ja fikseeritakse sidemega. Tilgameetodi puhul asetatakse arvatavaid allergeene nahale silmapipetiga, korgimeetodi puhul klaaskorgiga.

Intrakutaansed nahatestid osutuvad väärtuslikumaks medikamentoosete dermatiidide, eriti toksikodermia puhul. Peale testi medikamendiga peetakse vajalikuks kontrolltestid lahustaja ja mehaanilise ärritajaga. Näiteks sensibilisatsiooni selgitamiseks penitsilliinile süstitakse intrakutaanselt 0,1 mml penitsilliini. Kui penitsilliin oli novokaiinis lahustatud, siis viiakse kontrolliks läbi test novokaiini ja mehaanilise ärritajaga analoogiliselt penitsilliinile.

3. Nahatestide kontakteeruvate ainetega teostatakse reeglina peale ägedate haigusnähtude möödumist väljaspool nahalöövet (tavaliselt selja, õla- või käsivarre piirkonnas).

4. Teste alustatakse suurematest lahjendustest, et vältida võimaliku nekroosi tekkimist. Osutub proov suurema lahjendusega negatiivseks, tõstetakse kontsentratsiooni kuni piirikontsentratsioonini, s.o. kontsentratsioon, mis normaalsel tervel nahal põhjustab kerge erüteemi tekkimist. Sageda-

mini esinevate allergeenide piirikontsentratsioonid epikutaansete nahatestide teostamiseks on esitatud tabelis 1.

Nahatestide teostamisel on oluline arvestada kontsentratsiooni, millega puututakse kokku tööprotsessis. Igal juhul on aga keelatud puhaate substantside pikemaäagne (kuni 24-tunnine) nahale asetamine.

T a b e l 1

Sagedamini esinevate allergeenide piirkontsentratsioonid epikutaansete nahatestide teostamiseks.

Jrk. nr.	Allergeeni nimetus	Lahustaja nimetus	Kontsentratsioon %des
1.	Nikkelsulfaat	vesilahus	5,0
2.	Kaaliumbikromaat	—"	0,5
3.	Vasksulfaat	—"	10,0
4.	Sooda	—"	10,0
5.	Sublimaat	—"	0,1
6.	Formaliin	—"	2,0
7.	Novokaiin	—"	0,5
8.	Bensiin	õlilahus	60,0
9.	Bensool	—"	60,0
10.	Tärpentiin	—"	50,0
11.	Elavhõbeda pretsipitaat	salv	8,0
12.	Joodkaalium	—"	10,0
13.	Ursool	—"	2,0

5. Enamik autoreid soovivad nahatestide läbi viia selja piirkonnas (kuna allergilised nahalööbed esinevad seal kõige harvemini). Lubatud on aga nahatestide teostamine ka teistes piirkondades. Reeglina ei viida nahatestide läbi eksematoos-
sest protsessist kahjustatud nahal.

6. Testi tulemuste hindamine toimub 24, 48, 72 tunni järel, kuna esineb hilisreaktsiooni võimalus. Ainete puhul, mis kogemuste põhjal kutsuvad kiiresti esile naha tugevat ärritust, jälgitakse reaktsiooni juba ühe tunni pärast. Testi tulemused märgitakse ära järgnevalt: - negatiivne, $\pm$ kahtlane, + erüteem, ++ erüteem ühes naha follikulaarse aparaadi ärritusseisundiga, +++ villi moodustumine, ++++ nekroos. Kogemused näitavad, et testide teostamisel kasutatav plaaster võib mõnikord ise põhjustada naha ärritust, mistõttu plaastri kasutamise puhul on sellega soovitatav läbi viia eraldi test.

7. Testi tulemuste praktilisel hindamisel puuduvad käesoleval ajal ühtsed seisukohad. Testi tulemuste praktilise väärtuse väljaselgitamine oleneb suurel määral selle teostaja kogemustest. Väärtuslikud on ainult mitme ainega läbi viidud nahatestid. Igale juhul peab diagnoos põhinema mitte ainult nahatestide, vaid haige kompleksse uurimise tulemusel, nende hulgas vere ja teised uuringud (eosinofiilia, trombotsüütiline indeks jt.).

Diferentsiaaldiagnostiliselt on oluline eristada kontaktdermatiiti ekseemist (vaata tabel 2).

T a b e l 2

Dermatiidi eristamine ekseemist.

Kontaktdermatiit	Ekseem
1) lokaliseerub eranditult katmata kehaosadele või sinna, kuhu otseselt toimis eksogeenne ärritaja;	1) lokaliseerub ka teistele kehaosadele ja kohtadele, kuhu otseselt ei toimunud eksogeenne ärritaja;

Kontaktdermatiit	Ekseem
2) ei oma tendentsi levimiseks teistele nahaaladele,	2) omab tendentsi levimiseks uutele ja primaarsest haiguskoldest eemalolevatele nahaaladele,
3) lööve monomorfsem, polümorfism nõrgemini väljendunud;	3) esineb järsult väljendunud polümorfism ja mikrovesikulatsioon,
4) haiguskollete leemendamine lühiajaline,	4) haiguskollete leemendamine domineeruv ja pikaajaline,
5) allergilised lööbed ei esine reeglina,	5) allergiliste löövete esinemine tavaline,
6) tekib harilikult eksogeense teguri toimetel,	6) tekib nii ekso- kui ka endogeensete tegurite tagajärjel,
7) tekib vahetult nahal mingi ärritaja tagajärjel,	7) tekib allergeeni kestval toimetel pikema aja vältel naha sensibiliseerumise tagajärjel,
8) haiguse kulg harilikult lühiajaline, akuutse iseloomuga;	8) haiguse kulg kroonilisem, esinevad retsidiivid,
9) kaob peale nahka kahjustava teguri eemaldamist.	9) ei kao mitte alati peale kahjustava teguri eemaldamist.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb kontaktdermatiidist ja ekseemist eristada dermatiite ja ekseeme, mis on tingitud mitmesugustest teistest tööprötsessiga mitte seosesolevatest teguritest. Samuti tuleb diferentsiaaldiagnostiliselt kontaktdermatiidist ja ekseemist eristada kroonilist difuusset

stptotermiat, epidermofüütiat ja neurodermiiti. Sellepärast on diferentsiaaldiagnostilisel eesmärgil vajalik samaaegselt nahatestidega arvatavatele allergeenidele teostada bakterio-skoopilisi ja kulturaalseid uuringuid mikroobidele ja seen-tele, samuti intrakutaanseid nahatestide bakterite ja seente vaktsiinidega. Sellejuures ei tohi jätta aga arvestamata või-malust, et mikroobid ja seened võivad kaasuda ka sekundaar-selt ning tunduvalt komplitseerida professionaalse haigestu-mise arenemist. Samal ajal esineb isegi võimalus, et mikroo-bid ja seened võivad mõnikord olla professionaalse haigestu-mise esmaseks põhjuseks. Nõukogude Liidus kasutuselevõetud ulatuslike profülaktiliste abinõude tulemusel on aga viidud niisugustesse professionaalsetesse nahahaigustesse haiges-tumine miinimumini ning need moodustavad võrreldes keemilis-test ainetest põhjustatud professionaalsete nahahaigustega ainult tähtsusetu osa.

Esitatust nähtub, et professionaalse dermatiidi ja ek-seemi diagnoos on tõsine ja komplitseeritud ülesanne. Samuti osutub küllalt keeruliseks arsti taktika edasiste raviprofü-laktiliste ürituste suhtes. Üldiselt lähtutakse põhimõttest, et iga konkreetse haigusjuhu puhul tuleb küsimusele läheneda individualiseeritult, vältides šablooni. Näiteks kontaktek-seemiga juhtudel, kus organismi sensibiliseerumine toimus tööstuslike allergeenidega aegamööda, toimub ka organismi de-sensibiliseerumine aeglaselt. See on tähtis töötaja teisele tööle üleviimisel. Kui umbes aasta pärast kontrolltesti tule-mused osutuvad negatiivseks, esineb isegi siis endisele töö-kohale asudes veel retsidiivi võimalusi. Siin oleneb küsimuse otsustamine sageli töötaja kvalifikatsiooni astmest, elueast, tööstaažist ja organismi üldseisundist. Kõrgemas elueas on kõrge kvalifikatsiooniga töötajal raske ümber spetsialisee-ruda. Võimalikuks osutub see harilikult nooremate ja väikse-ma kvalifikatsiooniasemega töötajate juures. Seevastu eksee-miga juhtudel, kus haigestumine on tingitud obligatoorselt toksilistest ainetest, kombineeritult mitmesuguste füüsika-lis-keemiliste ärritajatega, toimub haige suunamine harili-

kult samale töökohale juba peale haigusnähtude täielikku kadumist. Sellejuures tuleb hoiduda niisuguste puhastusvahendite nagu tärpentiin, bensiin ja leeliste pesemisvahendite kasutamisest. Enne töö alustamist on vaja katmata kehaosi, eriti käsi hõõruda hapude kaitsesalvidega (vt. lisa 1). Peale töö lõpetamist aga kasutada leelisevabu pesemisvahendeid, millele järgnevalt hõõrutakse käsi rasvaste ainetega.

L i s a 1

Kivisöe, naftaproduktide ja põlevkiviõlidega töötavate inimeste naha kaitseks kasutatakse M.I. Hessini poolt kasutuselevõetud pastat HIOT-6 järgmise koosseisuga:

Valget želatiini 2,4
Destilleeritud vett 15,0
Nisutärklist 5,6
Glütseriini 72,0
Burovi vedelikku 20,0

VIII P R A K T I K U M .

Praktikumi käigus tutvuvad üliõpilased ekseemi kliinilise sümptomatoloogia diagnostika ja ravi küsimustega.

E k s e e m (Eczema).

Ekseemiks nimetatakse naha pindmise osa retsidiveeruvat põletikku, mis esineb isikutel, kes mingi aine vastu on muutunud ülitundlikuks. Niisugust organismi sensibiliseeritud seisundit tuntakse allergia nime all ja neid tegureid, mis põhjustavad allergilist seisundit allergeeni nime all.

Organismi sensibiliseerivad tegurid võib jaotada 1) eksogeenseteks ja 2) endogeenseteks.

Eksogeensed allergeenid:

- 1) füüsikalised mõjustused: kiirte energia, temperatuuri muutused jt.,
- 2) keemilised ained,
- 3) mehaanilised ärritajad,
- 4) mikroobid,
- 5) toidained,
- 6) taimed,
- 7) mitmesugused majapidamises ettetulevad vahendid.

Endogeensed allergeenid:

- 1) mitmesugused ainevahetuse vahe- ja lõpp-produktid,
- 2) sisesekretsioonihäired,
- 3) seedehäired,
- 4) siseorganite haigused,
- 5) mitmesugused närvisüsteemirikked.

Viimasel ajal pööratakse erilist tähelepanu ekseemihai-
guse neurogeensele tekkemehhanismile, kusjuures ekseemi tek-

kemehhanismi selgitamisel lähtutakse I.P. Pavlovi õpetusest, eriti aga Uhtomski dominandi printsibist.

Kliiniline sümptomatoloogia: kliiniliselt iseloomustavad ekseemi nagu dermatiitigi järgmised haiguse staadiumid:

1) erütematoosne, 2) papuloosne, 3) vesikuloosne, 4) leemendav, 5) koorikuline ja 6) ketendamise staadium.

Ekseemile on iseloomulik, et mitu haiguse staadiumi võivad esineda üheaegselt, mistõttu haiguskoldes võib leida korraga mitmesuguseid nahalööbe elemente. See ongi ekseemi kõige põhilisem tunnus, mida üldiselt tuntakse polümorfismi nime all.

Ekseemikolded lokaliseeruvad kõige sagedamini kätele, näopiirkonda, juustega kaetud peanahale, rindadele, genitaalidele jt. kehaosadele.

P.V. Koževnikov eristab eksematoosse protsessi arengus järgmisi ekseemi vorme: 1) preeksematoosne protsess: a) eksematooid, mis on harilikult mikroobse etioloogiaga, b) ekseemodermiit, mis on põhjustatud mehaanilistest, füüsikalistest või keemilistest ärritajatest; 2) lokaliseeritud ekseem - haiguskolded lokaliseeruvad ainult teatud kehaosale; 3) lokaliseeritud eksematoosne protsess reflektoorsete löövete - ekseemidega. 4) generaliseeritud ekseem (eksematoos).

Kliiniliselt eristatakse akuutset ja kroonilist ekseemi.

Ekseemi erivormidena esinevad 1) seborroiline ekseem, mille puhul eksematoossed muutused lokaliseeruvad peamiselt juustega kaetud peanahale, kõrvade taha, väliskuulmekäiku, rinnale ja seljale; 2) impetiginoosne ekseem, mis kliinilise pildi poolest meenutab impetiigot; 3) varikoosne ekseem, mis esineb sageli varikoosse säärehaavandiga; 4) laste ekseem, mis algab juba esimestel elukuudel, ning iseloomustub eksematoosse reaktsiooni tekkimisega juustega kaetud peanahal, näol jt. kehaosadel.

Diagnoos. Ekseemi diagnoosimisel lähtutakse juba anamnestilistest andmetest: 1) haiguse krooniline iseloom, 2) retsidiveeruv esinemine, 3) subjektiivselt naha sügelemine.

Objektiivselt 1) lööves esinev polümorfism, 2) haigus-

kollete sümmeetriline paigutus, 3) harilikult järsu piirduvuse puudumine ning 4) anatoomiliselt haiguse pindmine iseloom.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb ekseemi eristada:

- 1) dermatiidist, 2) kroonilisest difussest streptodermiast, 3) epidermofüütiast ja 4) neurodermiidist.

Ravimine. Ekseemi ravimisel on oluline selgitada ekseemi põhjus ja see eemaldada. Oluline on närvisüsteemi seisundit mõjustavate ravimite kasutamine: broom, novokaiin jt. Samuti võib kasutada mitmesuguseid desensibiliseerivaid vahendeid nagu 10%-lise kaltsiumkloriidi ja naatriumhüposulfuroosumi veenisisene süstimine. Subjektiivseid vaevusi vähendatakse dimedrooli või mõne teise antihistamiinse preparaadiga. Häirete esinemisel sisesekretoorse te näärmete talitluses võib kasutada ka hormoonoteraapiat.

Paikne ravimine on sümptomaatiline. Ägedate haigusnähtude esinemisel mõjuvad leevendavalt mähised 2%-lise boorhappe, kummelitee või mõne teise vesilahusega. Leevenduse möödumisel võib kasutada vesipastasid boorhappe, ihtüooli lisandiga. Alaägedate ja krooniliste ekseemide paikselt ravimisel saadakse häid tulemusi tõrvapreparaatidega ja ASD-fr 3.

Rp.

Sol. acidi borici 2% 200,0

DS. Väline

Rp.

Acidi borici 1,0

Zinci oxydati

Talci aa 25,0

Glycerini

Aq. calcis aa 25,0

MDS. Väline

Rp.

Naphthalani 3,0

Pastae zinci ad 30,0

M.f. Pastae DS. Väline

Rp.

ASD- fr.3 3,0

Pastae zinci ad 30,0

M.f. Pastae DS. Väline

Viimasel ajal pööratakse suurt tähelepanu retsidiivi profülaktika eesmärgil ekseemihaigete ulatuslikule dispanseerimisele.

IX P R A K T I K U M .

Selle praktikumi käigus tutvuvad üliõpilased viiruse-
liste dermatooside ja villiliste haiguste grupiga.

V i i r u s e l i s e d n a h a h a i g u s e d .

Sellesse haigusegruppi kuuluvad nahahaigused, mille
tekkimisel on tähtsad filtreeruvad viirused.

Sagedamini esinevateks viiruselisteks dermatoosideks on:

- 1) Aphtae,
- 2) Molluscum contagiosum,
- 3) Verrucae,
- 4) Herpes simplex,
- 5) Herpes zoster.

Aftid (Aphtae).

Kliiniliselt iseloomustuvad aftid lööve tekkimisega suu
limanahal, keelel ning mõnikord ka genitaalide piirkonnas.
Harilikult tekib punetaval foonil ümmarguse kujuga villike,
mis on piiristatud karminpunase äärisega. Villi sisu muutub
kiiresti häguseks, keskoht langeb sisse ning villike lõhkeb,
jättes järele erosiooni, mis tekitab haigele subjektiivselt
valulikkust.

Haigestumine on akuutse kuluga, kestab harilikult 6-8
päeva. G.I. Meštterski peab afte atüüpiliseks ohatiseks. Af-
tide all kannatavad harilikult neuropaatilised isikud, kel-
lel haigus kaldub retsidiveeruma.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb afte eristada süfi-
liitilistest paapulitest limanahal. Sel puhul täheldatakse
aga suuremat infiltratsiooni ja teisi teisese süüfilise tun-
nuseid nagu polüadeniit, nahalööbed, positiivsed seeroreakt-
sioonid.

Raviks kasutatakse haiguskollete peitsimist 0,5%-lise argentinumitricum'iga.

Üldraviks kasutatakse rivanooli, urotropiini jt. viirusevastaseid vahendeid.

Nakkuslik mollusk (*Molluscum contagiosum*).

Haigestumist iseloomustab nõõpnõelapeasuuruste kuni metspähklisuuruste sõlmekeste tekkimine, mille keskkohal on harilikult sisse langenud. Normaalsest nahast on haiguskolded harilikult heledamad, mõnikord isegi kergelt kollaka varjundiga. Pintsetiga vajutades eritub haiguskoldest valkjat massi, mis koosneb sarvestunud massist ja nn. molluski kehakestest.

Haiguskolded lokaliseeruvad harilikult näole, suguosadele, aga võivad esineda ka teistel kehaosadel.

Ravimiseks kasutatakse haiguskollete väljapigistamist pintsetiga, sellele järgneva jodeerimisega. Samuti võib haiguskoldeid eemaldada diatermokoagulatsiooniga.

Tüükad (*Verrucae*).

Eristatakse 1) *Verrucae planae juveniles*, 2) *Verrucae vulgares*.

Kliiniliselt iseloomustab tüükaid nahaga ühte värvi 2-3 mm läbimõõduga pinnalt konarlike sõlmekeste tekkimine.

Tüügastele on väga lähedased teravad kondüloomid (*condylomata accuminata*). Need on kasvavaid meenutavad roosakas-punast värvust lillkapsataolised moodustised, mis võivad esineda genitaalide piirkonnas, kui küllaldaselt ei hooldata isikliku hügieeni eest.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb tüükaid, eriti vulgaarseid tüükaid, eristada tüükalisest nahatuberkuloosist, mille puhul haiguskolded on harilikult ümbritsetud punase põletikulise rõngaga. Teravaid kondüloome tuleb aga eristada laiadest kondüloomidest, mis esinevad teisese süüfilise haigil genitaalide piirkonnas. Need on värvuselt sinakas-punased, kompaktsed ehitumusega ning nahaga ühendatud laia lameda plaadilise moodustisega.

Ravi. Haiguskoldeid võib eemaldada diatermokoagulatsiooni teel, terava lusikaga või röntgeniraviga. Medikamentoosetest ravivahenditest kasutatakse:

Rp.

Acidi salicylici 1,0

Acidi acetici glacialis 9,0

MDS. Väline, haiguskoldele asetamiseks.

Rp.

Podofillini 1,0

Spiritus vini

Aetheris sulfurici aa 5,0

MDS. Väline

Lihtne ohatis (Herpes simplex).

Tekitajaks on filtreeruv viirus, kusjuures soodustavate teguritena mõjub külmetamine, menstruatsioon ja organismi vastupanuvõime nõrgenemine mitmesugustel teistel põhjustel.

Haigestumine algab roosaka laigu tekkimisega, mille keskkohale tekivad väikesed grupeeritud vesivillikesed. Edasi villikesed lõhkevad ja tekivad erosioonid, mis on ebakorrapärase kujuga ning kattuvad varsti koorikutega. 4–5 päeva pärast koorikud eemalduvad ja haiguskolle paraneb sekundaarse pigmendilaiguga.

Niisugused haiguskolded lokaliseeruvad nina, suu või genitaalide piirkonda ja kannavad vastavat nimetust herpes nasalis, herpes labialis ning herpes progenitalis.

Haigestumine võib kulgeda mõnikord ka kliiniliste isearasustega: 1) pemfigoidne vorm (suurte villidega genitaalidel), 2) varjatud vorm (sel puhul tekivad ainult laigud, kuna villide tekkimist ei täheldata, 3) retsidiveeruv vorm ja 4) herpetiididega haigusvorm (ilmuvad sekundaarsed lööbed).

Haigus on ägeda kuluga, kestab 1–2 nädalat. Püsivama ja retsidiveeruva kuluga on Herpes progenitalis, mis võib retsidiveeruvalt esineda aastaid.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb ohatist eristada im-

petiigost ja esmase süüfilise puhul esinevatest haavanditest (ulcus durum'ist).

Ravi. Herpese üldiseks ravimiseks kasutatakse rivanooli, novokaiini ja broomipreparaate. Paikseks ravimiseks kasutatakse desinfitseerivaid puudreid ja salve. Edukaks osutub haiguse algul haiguskollete mõjustamine klooretüüluga.

Vöötohatis (Herpes zoster).

Tekitajaks on filtreeruv viirus. Haigestumine sageli seoses külmetuse, samuti mitmesuguste neuropsüühiliste traumadega.

Haigestumine algab harilikult prodromaalnähtudega - neuralgilised valud piki närvikulgu, eriti interkostaal- ja kolmiknärvi piirkonnas ning sama piirkonna hüperalgeesia ja paresteesia. Mõnikord esineb ka temperatuuri tõus 38-39°C järgi.

Nahanähud algavad erüteemi tekkimisega, millele kiiresti arenevad grupeeritud vesivillikesed, algul seroosse, hiljem mädase eritusega. 5-7 päeva pärast erütematoosne piirkond kahvatub, villikestes olev eksudaat kuivab koorikuteks, mille eemaldumine toimub 2-3 nädala jooksul. Mõnikord kattuvad herpese kolded kuni mustjaspruunide koorikutega (nekroosist) - herpes zoster gangrenosus. Mõnikord võib aga esineda hemoraagiline ja absortiivne vorm (ilma villideta).

Haiguskolded lokaliseeruvad kõige sagedamini interkostaalnärvide piirkonda ning on eriti iseloomulikud selle poollest, et nad ei levi edasi teisele kehapoolale. Kolmiknärvi piirkonnas esineva ohatise puhul võib esineda veel konjunktiviit ja keratiit. Haiguskolde piirkonnas ja lähemas ümbruses võivad suurened ka lümfisõlmed.

Subjektiivselt võivad kaasuda suured valud ja lööve kadumisel haigestunud närvi piirkonna neuralgiad.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb vöötohatist eristada:

1) tuulerõugetest, 2) lihtsast ohatisest ja 3) impetiigost.

Haigus on akuutse kuluga, kõrges elueas aga isegi subkroonilise iseloomuga. Retsidiive ei täheldata, kuna haigus jätab paranedes järele immuniteedi.

Komplikatsioonidena võivad esineda silma sarvkesta haavandumine ja perforatsioon ning mööduva iseloomuga hemipleegia.

Ravi. Uldravimiseks kasutatakse püramidooni, urotropiini, ekmoliini ja rivanooli. Viimasel ajal saadakse häid ravitulemusi ka B₁₂-vitamiini suurte annuste süstimisega (1000 gammat 1 kord päevas musklisse mõne päeva vältel. Samuti saadakse häid ravitulemusi novokaiinblokaadiga. Paikne ravi erine Herpes simplex'i ravimisest.

V i l l i l i s e d d e r m a t o o s i d .

Villtõbi (Pemphigus).

Villtõve alla kuulub grupp villilisi tundmatu etioloogiaga haigusi, mis sageli kulgevad raskelt ja võivad lõppeda letaalselt.

Etioloogia: 1) infektsioosne (viiruseline - Retšmenski ja Urbach), 2) ainevahetuse häired (Kartamõšev), 3) neurogeenne (Poletebnov, Nikolski jt.), mille puhul haigestumist seostatakse ajutsentrumite ja vegetatiivse närvisüsteemi häiretega.

Kliinilised vormid: 1) Pemphigus vulgaris, 2) Pemphigus foliaceus ja 3) Pemphigus vegetans.

Pemphigus vulgaris.

Põhiliseks elemendiks on vill, teiseseks nahalööveks erosioon, koorikud ja pigmendilaigud.

Villid on ümmarguse või ovaalse kujuga, väga erineva suurusega ning iseloomulikud selle poolest, et algavad järsult näiliselt tervelt nahalt. Sageli haigestuvad ka limanahad ning mõnikord ilmuvadki haigusnähud esimesena limanahkadel, näiteks suu limanahal. Haiguse alguses üldnähud puuduvad. Seoses aga haigusnähtude arenemisega nahal, ilmuvad ka üldnähud nagu palavik, kloriidide retensioon, eosinofiilia, kahheksia jt.

Haigus on kroonilise kuluga ning võib pahaloomulise pem-

figuse puhul 1-2 aastase kestuse järel lõppeda letaalselt.

Diagnoos. Peale kliinilise haigusepildi on diagnostilise tähtsusega Nikolski fenomeenid: 1) kui pintsetiga võtta kinni villi servast, siis villi katte eemaldamisel eemaldub ka osa epidermist näiliselt tervel nahal (epidermolüüs), 2) kui mehaaniliselt traumatiseerida haigel näiliselt tervet kohta nahal, siis areneb selles piirkonnas vill.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb pemfigust eristada 1) herpetiformsest dermatiidist, 2) herpetiformsest imпетиigost, 3) Epidermlysis hereditaria'st ja 4) kroonilisest healoomulisest pemfigusest, mis esineb perekonniti ja kannab ka Hailey-Hailey haiguse nimetust.

Pemphigus foliaceus.

Selle haigusvormi puhul villide tekkimine kulgeb niivõrd kiiresti ja ulatuslikult, et see paljale silmale ei ole üldse nähtav. Epidermis eraldub siin suurte lamellidena, jättes järele ulatuslikke erosioone. Peale naha haigestub ka limanahk. Haiguse kulg on raske, kestus harilikult 1-2 aastat, kusjuures pikemaajased remissioonid on võimalikud. Nikolski fenomeenid on siin eriti selgelt väljendunud.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb pemphigus foliaceus't eristada 1) sekundaarsest erütrodermiast, 2) retsidiveeruvast skarlatiniformsest eksfoliatiivsest erütrodermiast ja 3) univarsaalsest eksfoliatiivsest dermatiidist.

Pemphigus vegetans.

Haigust iseloomustab villide, erosioonide ja koevohangu tekkimine, eriti naha voltides. Erosioonide pinnal arenevad välja nahapinnast kõrgemale tõusvad papillomatoossed moodustised. Eriti sageli tekivad niisugused haiguslikud muutused suu limanahal, suu ümbruses, eriti suu nurkades. Haigestuda võib ka genitaalide piirkond. See pemfiguse vorm on raske, pikaajalise kuluga ja lõpeb sageli haige surmaga.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb pemphigus vegetans'ist eristada 1) süfiliitilisi vegeteeruvaid paapuleid, 2) Acanthosis nigricans'i ja 3) pindmist difuusset streptodermiat.

Ravi. Viimasel ajal rakendatakse pemfiguse ravimiseks ulatuslikult AKTH- ja kortisoonitüüpi preparaate. Neist osutub edukamaks prednisooni ja prednisolooni kasutamine. Sekundaarsete püodermiliste nähtude ravimiseks kasutatakse antibiootikume, samuti on oluline vere ülekannete teostamine, soolavaba dieet, valgu- ja vitamiinirikas toit. Paikne ravi on sümptomaatiline. Haiguskolletele teostatakse desinfitseerivaid mähiseid, viiakse läbi vanne kaaliumhüpermanganaadiga, samuti võib haiguskoldeid puuderdada desinfitseerivate põletikuvastaste puudritega.

Dermatitis herpetiformis Dühring.

Herpetiformne dermatiit on polümorfse lööbega iseloomustuv villiline krooniline dermatoos.

Etioloogia ei ole lõplikult selgitatud, kuid peetakse väga lähedaseks pemfigusele. Enamik autoreid on seisukohal, et Dühringi haigus on neurogeenne dermatoos.

Kliiniline sümptomatoloogia: kliiniliselt iseloomustab haigust polümorfne nahalööbe tekkimine, kus peale villide võivad esineda laigud, ja kublad ning sekundaarsetest nahalööbe elementidest erosioonid ja koorikud. Nahalööbe elementidel on kalduvus paigutuda gruppideks, mistõttu haigus kannabki herpetiformse dermatiidi nimetust. Sageli komplitseerub haigestumine nahamädanikuga, mis mõnikord tunduvalt raskendab diagnoosimist. Lööbe elemendid omavad harilikult tüüpilist lokalisatsiooni, s.o. paigutuvad peamiselt jäsemete sirutuspindadele, võivad aga esineda ka mujal kehaosadel. Suu limanahkadel täheldatakse haiguskoldeid harva. Veres esineb tugevalt väljendunud eosinofiilia (20-25%), villides võib see aga ulatuda 40-60%.

Diagnoos. Diagnoosimisel lähtutakse haiguse kroonilisest kulust, polümorfsest nahalööbest, intensiivsest sügelemisest, tüüpilisest lokalisatsioonist, grupeeritud paigutusest, eosinofiiliast ja positiivsest joodiproovist.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb eristada 1) vulgaarsest pemfigusest, 2) multiformsest erüteemist, 3) võõrkehast, 4) toksilistest erüteemidest, 5) villilisest nõgestõ-

vest ning 6) Herpes gestationis'est.

Ravi. Ravimiseks kasutatakse kortikosteroide, häid tulemusi saadakse ka DDS ja sulfonamiidpreparaatidega. Paikne ravimine toimub vastavalt haiguse tunnustele.

Dermatitis herpetiformis on võrreldes pemfigusega tunduvalt parema prognoosiga haigus.

X P R A K T I K U M .

Selle praktikumi käigus tutvuvad üliõpilased psoriaasi kliinilise sümptomatoloogia diagnostika ja ravi küsimustega.

S o o m u s - s a m m a s p o o l (Psoriasis vulgaris).

Soomus-sammaspool ehk psoriaas on krooniline pindmiste paapulite ja kettudega iseloomustuv retsidiveeruv dermatoos. Psoriaas esineb 2-5% nahahaigetest.

Kuni käesoleva ajani ei ole lõplikult selgitatud psoriaasi etio-patogeneesi küsimus. Viimasel ajal on suunatud dermatoloogide tähelepanu psoriaasi viiruselise etioloogia küsimuse selgitamisele, millele juhtisid tähelepanu Kirle, Uhhin jt., kusjuures püütakse rakendada kõiki kaasaegseid viirusoloogilisi uurimismeetodeid (elektroonmikroskoopia jt.). Enamik autoreid on aga seisukohal, et psoriaasi puhul on tähtis haige närvisüsteemi funktsionaalne seisund, millele viitavad ka rohked kliinilised tähelepanekud.

Kliiniline sümptomatoloogia: kliiniliselt iseloomustab psoriaasi roosakaspunaste sõlmekeste ehk paapulite tekkimine, mis on harilikult kaetud hõbekarva kettudega. Kui paapulid on väga väikesed, siis nimetatakse niisugust psoriaasi Psoriasis punctata. Veidi suuremate paapulitega iseloomustuvat psoriaasi tuntakse Psoriasis cutata nime all ja kuni mündisuuruse psoriaasi kolded kannavad Psoriasis nummularise nimetust. Kui psoriaatiline lööve haarab oma alla terve kehaosa, siis nimetatakse niisugust psoriaasi Psoriasis difusa, kui haiguskolded on rõngakujulised, siis tuntakse seda Psoriasis anularis'e nime all. Figure moodustavaid psoriaasikoldeid tuntakse Psoriasis gyrata nime all.

Psoriaasikolded paigutuvad kõige sagedamini juustega kaetud peanahale, eriti juuste ja silenaha piirile, jäsemete sirutuspindadele, eriti küünarnukkidele ja põlvedele. Haigestuda võivad ka küüned, väga harva suu limanahk.

Subjektiivselt võib esineda naha sügelemine.

Haigusel eristatakse kolme staadiumi: 1) progresseeruv staadium, mille puhul haiguskolletes esineb intensiivne punetus, eriti haiguskolde serval, tuleb juurde uusi haiguskoldeid ning olemasolevatel haiguskolletel võib esineda tendents laatumiseks; 2) statsionaarne haiguse staadium - haiguse kliiniline pilt ei muutu pikema aja vältel, ka ei tule selles staadiumis juurde uusi haiguskoldeid; 3) regressiooni staadium - see on iseloomulik selle poolest, et nahalööbe elemente iseloomustab taandarenemine - punetus ja ketendus vähenevad ning haiguskolded jätavad järele mööduva iseloomuga sekundaarse pigmentatsiooni.

Eristatakse mõningaid psoriaasi erivorme: 1) verrukoosete moodustiste tekkimine lööbe elementide kohale, 2) eksudatiivne vorm, mille puhul haiguskolletel võib esineda isegi leemendus, 3) pustuloosne psoriaas, mille puhul haiguskolletel võivad tekkida villilised moodustised, 4) psoriaatiline erütermia, mille puhul haige nahk hakkab üle kogu keha punetama ja epidermise pindmised osad eemalduvad suurehelbeliste kettudena, 5) psoriaatiline artropaatia, mille puhul esinevad ulatuslikud deformatsioonid liigestes.

Diagnoos. Diagnoosimisel on tähtis haiguse krooniline iseloom, tüüpiliste ketendavate paapulite esinemine, sümmeetria ning eelistatud lokalisatsiooni kohad. Diagnoosimisel kaalutatakse veel lihtsat võtet ja nimelt, kui skalpelliga haiguskollet kaapida, siis tulevad nähtavale 3 tüüpilist fenomeeni: 1) steariinlaigud, mis väljenduvad selles, et kaapimisel eralduvad haiguskoldelt valkjad ketud, 2) psoriaatiline membraan, s.o. vahataoliselt läikiv kile, mille eemaldamisel tuleb nähtavale roosakas pisut läikiv pind, millele kaapimisel ilmuvad 3) väikesed veretilgakesed.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb psoriaasist eristada

1) parapsoriaasi, 2) teisest psoriasiformset süüfilist, 3) punast lamedat sammaspooli, 4) roosat ketendust, 5) piirdunud neurodermiiti, 6) eksfoliatiivset dermatiiti, 7) kroonilist difuusset streptodermiat.

Ravi. Üldiseks ravimiseks kasutatakse broomipreparaate, novokaiini, arseenühendeid, talviste vormide ravimisel kvartskiiritus. Haiguskollete paiksel ravimisel tuleb arvestada haiguse staadiumi, vältides progresseeruva staadiumi puhul kangete nahka ärritavate vahendite kasutamist. Progresseeruvast staadiumis asetatakse haiguskolletele mitte kangemaid kui 2%-lisi salitsüülsulfursalve. Statsionaarses staadiumis kasutatakse paikseks ravimiseks psoriasiini ning kangeid keratolüütilisi aineid sisaldavaid salve.

Viimasel ajal osutub psoriaasi ravimine sageli edukaks 5%-lise B₆-vitamiini süstimisega ja psoriaatilise erüthrodermia puhul prednisoni ja prednisoloniga. Väga kroonilistel juhtudel soovitatakse kuurordiravi.

XI P R A K T I K U M .

Selle praktikumi käigus tutvuvad üliõpilased nahakasvate kliiniku, diagnoosi ja ravi küsimustega.

N a h a k a s v a j a d .

Sünnimärgid.

Eristatakse järgmisi sünnimärke:

Pigmentsünnimärgid - Naevi pigmentosi.

1) Naevus pigmentosus verrucosus - pinnalt tüükalised sünnimärgid: a) lentigo, b) verrucae mollae, c) mullusca, d) naevus pilosus.

2) Naevus pigmentosus planus - pinnalt sile pigment-sünnimärk.

Pigmentsünnimärkide puhul esineb väikesel osal juhtudest malignisatsioonil võimalus, mille puhul sünnimärkides tekib värvuse muutusi, esineb tendents suurenemiseks, radiaarsus põletikuliste muutuste kaasumine ning haavandumine.

Veresoonkoetüüpi sünnimärgid - Naevi vasculosi.

Veresoonkoetüüpi sünnimärgid võivad olla kahesugused - kapillaaride tüüpi ja kavernoossed. Viimaste puhul tõusevad haiguskolded nahapinnast kõrgemale. On oluline teada, et nii-sugused sünnimärgid alluvad ravile (röntgeniravi) esimesel eluaastal.

Neurofibromatoos - Neurofibromatosis cutis.

Kliiniliselt esinevad sel puhul: 1) mitmesuguses suuruses pigmendilaigud (melanoderma), 2) kasvajaalised moodusti-

sed, mis meenutavad molluske, 3) perifeersete närvidega seotud kasvaja.

Peale niisuguste nahanähtude võivad haigel esineda psüühilised häired.

Healoomulised nahakasvaja.

Healoomulisteks nimetatakse niisuguseid nahakasvaja, milles puuduvad malignisatsioonile iseloomulikud tunnused.

1) Adenomata sebacea - rasunäärmetüüpi healoomulised kasvaja. Eristatakse nn. valgeid adenoomi (Balzeri tüüp) ja punaseid adenoomi (Prengeli tüüp).

2) Hydradenomata - need on higinäärme koe tüüpi healoomulised kasvaja.

3) Xanthoma - see on kolesteriini sisaldavate rakkudega healoomuline kasvaja. Selle erivormina esineb xanthelema, mis lokaliseerub silmade ümbrusesse.

4) Keloid - armkoetüüpi kasvaja, mis võivad olla esmased ja teisesed.

Pahaloomulised nahakasvaja.

Pahaloomulistest esinevad sagedamini epiteeliale koe tüüpi nahakasvaja.

Nahavähk.

Nahavähk esineb harilikult kõrgemas elueas ning selle tekkimist soodustavad mitmesugused välised ärritajad. Eriti täheldatakse nahavähki isikutel, kes töötavad pikemat aega päikesekiirte kahjustava toime käes, või puutuvad kokku mitmesuguste kivisöö, nafta ja teiste kantserogeenseid ärritajaid sisaldavate ainetega.

Suhteliselt sagedamini täheldatakse nahavähki meie lõunapoolsetes rajoonides, nagu Gruusia, Moldova ja Usbekistani vabariikides (16,6 - 20,6% vähihaigetest). Suhteliselt vähem esineb nahavähki Nõukogude Liidu põhjaosas, näiteks Baltivabariikides esineb nahavähki 8,9% kõikidest vähihaigetest.

Kuni vähi tekkimiseni täheldatakse nahal mitmesuguseid vähieelseid seisundeid: põletikulised protsessid, healoomulised kasvaja, niisugused nahahaigused nagu nahatuberkuloos, ekseem, põletusarmid, kroonilised haavandid, pigmendilaigud, soolatüükad jt. Harvemini lähtub vähi teke vistrikist, paistetusest, pakatistest ja teistest nahakahjustustest.

Kroonilistest põletikulistest protsessidest mõjub vähi tekkimisel soodustavalt krooniline halvasti paranev haavand säärel, osteomüeliidiga seosesolevad uurised nahas, keemilistest ainetest tingitud põletused, dermilised põletused, tuberkuloosi ja süüfilisega seosesolevad haavandid, kui ei teostata nende haiguste spetsiifilist ravi.

Düstroofilistest protsessidest soodustavad nahavähi tekkimist kõrges elueas esinevad naha muutused; toonuse langus, seniilsete verrukate tekkimine jt.

Healoomulistest kasvajatest võivad areneda nahavähiks ateroom ja papilloom. Sel puhul kiireneb nende kasv, haiguskolded haavanduvad ja kattuvad koorikuga.

Peale selle esineb vähieelseid seisundeid, millele harilikult 100%-liselt järgneb nahavähi tekkimine. Siia kuuluvad 1) Xeroderma pigmentosum, 2) Morbus Paget, 3) Morbus Bowen.

Professionaalsed ja olustikulised haigused, mis võivad viia vähi tekkimiseni.

Professionaalne nahavähk võib tekkida kiirte energia või mitmesuguste keemiliste ainete toime tagajärjel. Esimesse gruppi kuuluvad haigusjuhud, kus vähi tekkimine on seotud röntgenikiirirradiatsiooni või mitmesuguste radioaktiivsete ainetega.

Röntgenivähk tekib röntgenikiirtest põhjustatud kroonilise dermatiidi baasil 4-14 aastat kiirtega kokkupuutumise algusest. Samuti täheldatakse nahavähi sagenemist, seoses aatomiaatomite organismi kahjustava toimega. Viimasel ajal esineb andmeid selle kohta, et seoses ameeriklaste poolt teostatud aatomirünnakuga Hirošimale ja Nagasakile suurenes nende linnade elanike hulgas pahaloomuliste kasvaja esinemine kuni 4 korda. Professionaalse nahavähi teiseks tekkepõhjuseks on pidev kontakt mõnede keemiliste ainetega, eriti kivisöö-

produktidega. Meie tingimustes võivad aga nahavähki põhjustada ka mitmesugused põlevkivisaadused.

Kliiniliselt eristatakse kaheksa sugust nahavähki: 1) Epithelioma spinocellulare, 2) Epithelioma basocellulare.

Epithelioma spinocellulare.

Epithelioma spinocellulare on kõige pahaloomulisem nahavähki vorm, mis esineb harilikult kõrgemas elueas. Peale naha võib see vähivorm esineda ka huulel ja suu limanahal.

Haigestumine algab tihedat konsistentsi sõlmekese tekkimisega, mis algul on sinakaspunast värvust. Sõlmekesele tekib erosioon, mis läheb üle haavandiks. Haavand on korrapärase kujuga, servad ulatuvad nahapinnast vähe kõrgemale, on tiheda konsistentsiga. Haavandi põhi on konarlik ning kaetud mõnikord nekrootilise koorikuga.

See vähivorm annab metastaase regionaarsetesse lümfisõlmedesse, võib kasvada infiltreeruvalt allasetsevatesse kudedesse ja anda isegi metastaase siseorganitesse. Selles suhtes on suhteliselt healoomulisem viimasel ajal kirjeldatud keratoakantoom, mis histoloogiliselt ei erine väga oluliselt epitheliomist.

Epithelioma basocellulare.

Epithelioma basocellulare on vähem ohtlik nahavähki vorm ning esineb samuti haigetel kõrgemas elueas näo piirkonnas.

Seda nahavähki vormi iseloomustab väga aeglane haiguse kulg - võib kesta 10-20 ja enam aastat. Väga harva täheldatakse metastaase.

Vähikolle algab sõlmekeste tekkimisega, mis on kaetud koorikuga. Kooriku eemaldamisel tuleb nähtavale kergesti vetruv erosioon. Haiguse kestmisel tekib haiguskolde servadele uusi, tiheda konsistentsiga, pärilmu- ja trüpanilisi sõlmekesi.

Diagnoos: peale kliinilise pildi on diagnostiliselt tähtis haiguse aeglane kulg ning histoloogilise uuringu tulemus.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb nahavähki sagedamini eristada põletikulistest protsessidest, nagu nahatuberkuloos, kolmandane süüfilis jt.

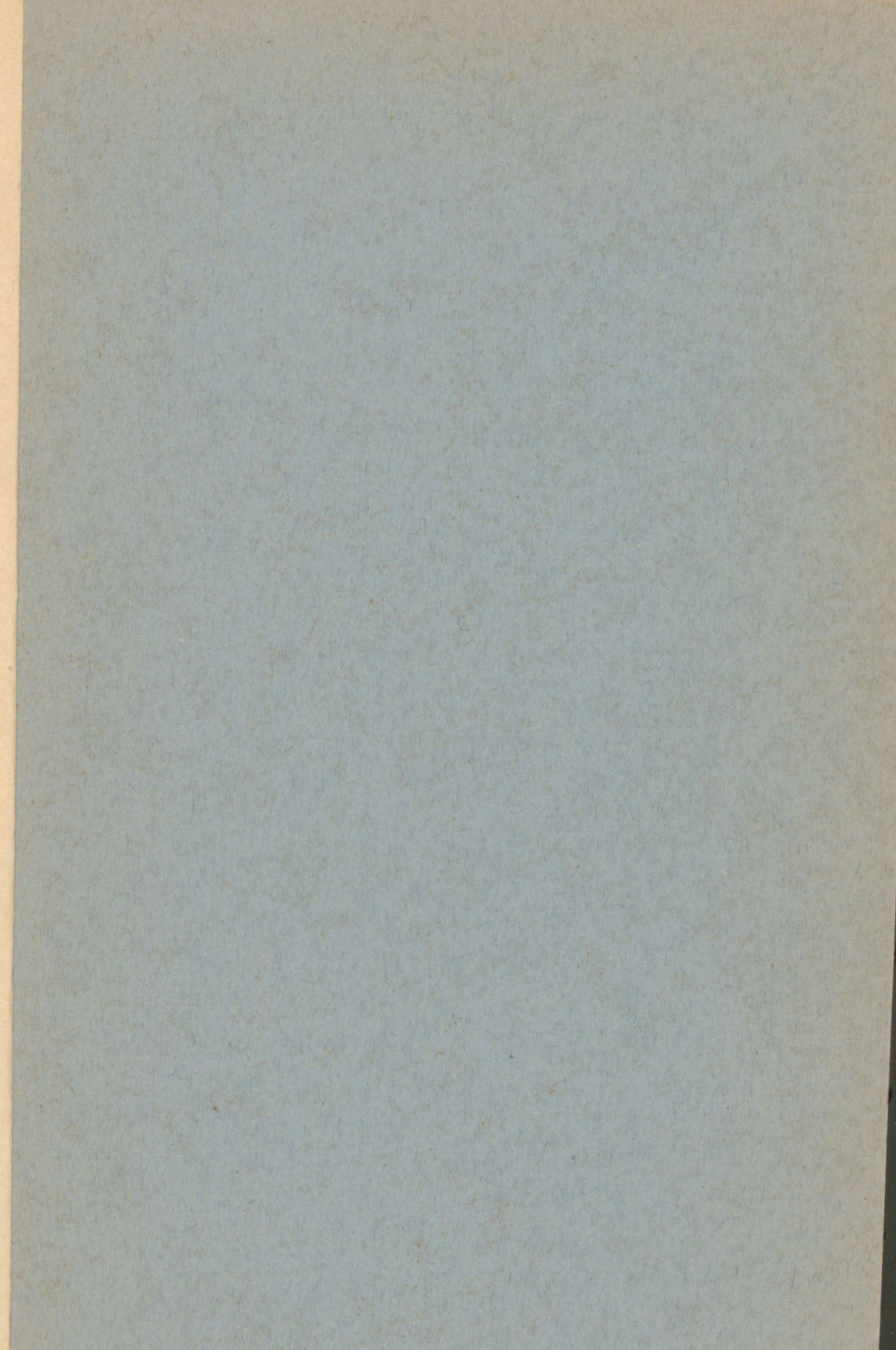
Ravi. Ravi teostamisel tuleb arvestada kasvaja iseloomu ja staadiumi, kusjuures eesmärgiks on kasvaja jäägitu eemaldamine. Ravi võib olla kirurgiline, kiiritusravi või medikamentoosne.

Medikamentoosetest ravivahenditest on Nõukogude Liidus võetud kasutusele Gordejevi vedelik. 1952.a. võttis G.P. Menšikov kasutusele preparaat omaini, mida haiguskolletele ap-
litseeritakse salvina. Samal aastal kasutas tõehti arst I.Liä-
ka nahavähi ravimiseks podofilliinsalvi, mida edukalt raken-
datakse mitmesuguste prekantseroosete seisundite ravimiseks.

Kirurgilistest ravimeetoditest kasutatakse ekstsisiot
ja elektrokoagulatsiooni. Viimastel aastatel leiab üha enam
kasutamist kiiritusravi: röntgenlähifookusravi, ravimine ra-
dioaktiivsete isotoopidega, vanematest ravimeetoditest leiab
kasutamist raadiumiravi , raadiuminõelte ja mullaazina.

SISUKORD.

I	PRAKTIKUM	4
	Patoloogilised protsessid nahas	4
	Nahalõõbed	6
	Haige uurimise skeem	9
II	PRAKTIKUM	11
	Nahamädanikud	11
III	PRAKTIKUM	19
	Nahaseenhaigused	19
IV	PRAKTIKUM	37
	Nahatuberkuloos	37
V	PRAKTIKUM	46
	Lepra	46
VI	PRAKTIKUM	57
	Sügelised	57
VII	PRAKTIKUM	60
	Dermatiit	60
VIII	PRAKTIKUM	70
	Ekseem	70
IX	PRAKTIKUM	74
	Viiruselised nahahaigused	74
	Villilised dermatoosid	78
X	PRAKTIKUM	82
	Soomus-sammaspool	82
XI	PRAKTIKUM	85
	Nahahaigused	85



Hind 17 kop.

A-23709

TÜ RAAMATUKOGU



1 0300 00366020 8