



T R Ü N e u r o l o o g i a k a t e e d e r

T R Ü Ü T Ü N e u r o l o o g i a r i n g .

POLIOMÜELIIDI EPIDEMIOLOOGIA, KLIINIK JA RAVI
TARTU LINNAS.1945-1953.a.

Töö teostaja: R.VAIK, raviosakonna
VI kursuse üliõpilane.

Töö juhendaja: dotsent E.RAUDAM.

Tartus, 1955.a.

S i s u k o r d.

Lk.

1. Sissejuhatus.	1.
2. Ülevaade kirjandusest.	2.
a) Ajaloolisi andmeid.	2.
b) Epidemioloogia.	2.
c) Etioloogia.	8.
d) Patogenees.	7.
e) Kliinik.	7.
f) Diagnostika.	8.
g) Ravi.	10.
h) Profülaktika.	14.
3. Oma materjali analüüs.	16.
a) Haigematerjali üldiseloostus.	16.
b) Epidemioloogia Tartu linnas.	18.
c) Kliinik.	20.
d) Ravi.	26.
e) Järe ravi.	27.
f) Järe seisundite analüüs.	32.
4. Kokkuvõte ja järeldused.	43.
5. Kasutatud kirjanduse loetelu.	46.
6. Tartu linna plaan märgitud poliomieliidi kol- letega.	

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

Poliomüeliidi probleem on muutunud aktuaalseks, kuna viimastel aastatel on kirjeldatud suuremaid poliomüeliidi puhanguid Nõukogude Liidu läänealadel, Skandinaavia riikides, Saksamaal ja mujal.

Poliomüeliit laialt levinud haigusena põhjustab ka raskekujulist invaliidsust, mille tõttu tema profülaktika küsimused nõuavad arstkonna tõsisest tähelepanu.

Käesolev töö on pühendatud poliomüeliidi uurimisele Tartu linnas, kuna olemasolevail andmeil on Tartu viimastel aastatel olnud kohaks, kus on esinenud haigestumisi poliomüeliiti eriti õppiva noorsoo hulgas.

Antud töö eesmärgiks on teostatud analüüsi põhjal teha mõningaid järeldusi ning ettepanekuid poliomüeliidi profülaktika ja ravi tõhustamiseks kohapeal.

2. Ülevaade kirjandusest.

Poliomyelitis akterior acuta e. lastehalvatustõbi on äge infektsioosne haigestumine, mille tekitajaks on spetsiifiline neuroviirus ning mis esineb nii sporadiliselt kui ka epideemiliselt, tabades peamiselt lapsi nooremas eas, kuid harvem ka vanemaid lapsi ning täiskasvanuid.

Ta on tuntud peaaegu kogu maailmas kui püsiv endeemiline infektsioon, kusjuures reas maades perioodiliselt tekivad ka epideemiad.

a) Ajaloolisi andmeid.

Vanas meditsiinilises literatuuris ei ole viinud kuigi olulistele poliomieliidi epideemilistele puhangutele, mistõttu Stokholmi epideemiat 1887.a. võib lugeda poliomieliidi kaasaja epideemilise faasi alguseks. Järgnevad suured epideemiad Rootsis ja Norras 1905.a., mis said alguseks haiguse levikule pandeemiana reas maades (USA-s, Kanadas, Austraalias, Skandinaavias, Saksamaal ja mujal).

Tänapäeval on tuntud rida poliomieliidi pandeemiad, mis on haaranud kümneid tuhandeid elanikke paljudes maades, kusjuures viimane neist oli 1946.-1949.a.

b) Epidemioloogia.

Poliomieliidi leviku pidev tõus võib olla seotud viiruse uute omaduste tekkega eriti aktiivsete epidee-

miliste tüvede loomuliku valiku tagajärjel. Samuti võib tähtsust omada hügieeniliste tingimuste paranemine, mistõttu latentne immuniseerimine vähevirussete endeemiliste tüvedega on tunduvalt vähenenud. Peale selle tuleb arvestada elanikkonna liikumise suurenemist seoses ühenduste arenguga, mille tagajärjel toimub virussete tüvede edasikandmine immunoloogilises mõttes mitte ettevalmistatud keskkonda (Tšumakov, 7).

Poliomüeliiti iseloomustab haigestumise ebavõrdsus erinevates maades ja ühe maa erinevates kohtades.

Nõukogude Liidus esineb poliomüeliit peamiselt läänepoolsetel aladel, kusjuures suuri epideemiaid ei ole kunagi täheldatud.

Prof. Prismani andmetel on aga haigestumine poliomüeliiti igal aastal suurenenud ning esineb ka igaaastane suvi-sügisene haigestumuse tõus (7).

Poliomüeliit Baltimaades, sealhulgas ka Eesti NSV-s, esineb juba ammu endeemilise infektsioonina, kusjuures umbes 10-15 a. vanaaegade järgi tekivad suuremad puhangud. (Viimane oli 1946.-1948.a.).

Poliomüeliidi epideemiate esinemist iseloomustab ja soodustab rida tegureid, milledest võiks esile tõsta epideemiate sessioonsust.

Põhja-poolkeral suurim haigestumiste arv langeb suvele ja sügisele, lõuna-poolkeral peamiselt aasta algusele.

Paljud autorid (Gard jt. refereeritud Tšumakovi järgi, 7)

on täheldanud rea meteoroloogiliste faktorite osatähtsust epideemiate kulus. Kahjuks aga kuni käesoleva ajani on vähe andmeid seaduspärase parallellismi kohta õhu t⁰, sademete raskuse ja poliomieliiti haigestumise dünaamika vahel.

On täheldatud õhu ionisatsiooni kõvate kokkusaatumist poliomieliidi esinemise kõvatega.

Poliomieliidi epideemiaid iseloomustab ka nende vanuseline struktuur - peamine levik laste seas 1-5 a. vanuses.

Sugupoolte suhtes on täheldatud, et lapseas haigestuvad rohkem poisilapsed (1,3:1), täiskasvanutest aga rohkem naised.

Faktoritena, mis soodustavad haigestumist poliomieliiti, tõstab M.P. Tšumakov (7) esile:

1. A-, B- ja C-hüpovitaminoosi ja hüpoglükeemiat.

2. Soodustavaiks tegureiks peab ta ka traumaasid, ülepingutusi, rasedust ning varem põetud infektsioonhaigusi (siinjuares märgib autor teatavat parallellismi laste vastuvõtlikkuses difteeria ja poliomieliidi vastu).

3. Poliomieliidi teket on täheldatud ka peale toksillektoomiat, mida seletatakse asjaoluga, et neil juhtudel viirused asusid juba varem toksillide limanahal ning sattusid siit organismi kudedesse nende traumatiseerimisel (Fraxis, Krill, Toomey, Mack, Refe-

referitud Tšumakovi järgi, 7).

Poliomüeliidi nakkusallikaks on haige inimene nii klassikalise kui ka abortiivse vormi puhul, samuti terve viiruskandja, kusjuures närijate ja teiste loomade osatähtsust ei ole suudetud veel tõestada.

Poliomüeliidahaiget peetakse ümbruskonnale ohtlikuks 30-40 päeva vältel, kusjuures eriti ohtlik periood on 3-5 päeva enne ja 3-5 päeva peale kliiniliste nähtude ilmumist.

Poliomüeliidi tekitajate ülekandemehhanismina võivad esineda seisvad kanalisatsiooniveed ja väljaveokohad.

Kanalisatsioonivee positiivne proov, mida hoiti +4° C juures, säilitas oma virulentsuse 3 kuu vältel, millega on tõestatud, et poliomüeliidi viirus võib talvituda fekaalmassides (Fea^r, Mundel, Wilson, referitud Tšumakovi järgi, 7).

Varem tunnustati ainuõigeks teooria poliomüeliidi nakatumise kohta piisknakkuse teel. Tänapäeval on see asendatud teooriaga nakatumise kohta eeskätt seedetrakti kaudu, kusjuures ka piiskinfektsiooni võimalust ei saa eitada.

Barnet, Tšumakov jt. on arvamusel, et mitteepideemilisel perioodil esineb peamiselt soolenakkus, kuna epideemilisel perioodil peamiselt piisknakkus (7).

Toa- ja lihakärbseid peetakse tõenäolisteks mehaanilisteks viiruse levitajateks ja püütakse sellega se-

letada ka poliomieliidi esinemise suvi-sügisest se-
soonsust, kuna sel perioodil esineb maksimaalne kärbes-
te fookus (Suhova, 3).

Veenakkust epideemiate levitajana ei ole tähel-
datud, küll aga on esinenud üksikuid sporadilisi juhte
ka veenakkuse tõttu.

Nakatamine piima kaudu on tõestatud, kuid selli-
sed puhangud esinevad võrdlemisi harva.

Be'net pooldab arvamust, et ülekanne võib toimuda
ka sooleparasiitide, eriti askariidide kaudu (4). Samuti
peab ta võimalikuks hüpoteesi, et viirus kuni tungimiseni
inimorganismi elutseb parasiidina närijate sooles (4).
Selle kohta aga kuni tänapäevani puuduvad tõestatud and-
med.

c) Etioloogia.

Tänapäeval on üldise tunnustuse osaliseks saanud
Lansteiner'i, Popper'i, Römer'i, Levadit'i jt. töödega
tõestatud poliomieliidi viiruslik etioloogia. Nad näita-
sid, et haiguse tekitajaks on filtreeruv viirus, tegid
kindlaks tema patogeensuse ahvidele ja avasid tee selle
haiguse eksperimentaalseks uurimiseks.

Poliomieliidi viirus on 8-17 μ suur, seega üks
väiksemaid viiruseid. Tähtsamate tüvedena on tuntud Lan-
sing'i, Brunhild'i ja Leon'i tüved.

Tänapäeval on muutunud aktuaalseks küsimus Armstron-
gi ja Cocksackie viiruste osatähtsusest poliomieliidi etio-

loogias.

Mõned autorid peavad neid identseteks poliomieliidi viirustega, teised peavad neid aga täiesti erinevate iseseisvate haiguste tekitajateks (11).

d) Patogenees.

Poliomieliidi patogeneesi osas on üldise tunnustuse osaliseks saanud Bodian'i teooria (7,13), kes eraldab siin 3 faasi:

1. Alimentaarne faas, mil toimub viiruse sisenemine ja paljunemine seedetrakti seintes.

2. Lühiajaline viiruseemia, mis esineb inkubatsiooniperioodis.

3. Neuraalne faas - vastuvõtliku närviaksooni nakatumine, kuhu viirus tungib aksontelje kaudu.

Rida autoreid (Bodian, Flexner, Amoss, Draper, Peabody, 7,13) pooldab arvamust viiruse leviku kohta ka lümfiteede kaudu, mida aga pole suudetud veel tõestada.

e) Kliinik.

I.M. Prisman eristab poliomieliidi kliinilises kulus põhiliselt 5 staadiumit, millele vastavalt on ka organiseeritud ravi.

1. Inkubatsiooniperiood 9-12 päevase kestvusega (harvem 2-35 p.), mil esineb meeleolu langus, üldine nõrkustunne, isutus, peavalu, sageli ka häired mao-sooletrakti poolt.

2. Preparaliüütiline staadium järsu t⁰ tõusuga,

ülemiste hingamisteede ja mao-sooletrakti katarraalsete nähtudega, peavaludega, veningeaalsete ärritusnähtudega ja valudega lihastes. Vahel täheldatakse preparalüütilise staadiumi kulgu ka kahefaasilisena.

3. Paralüütiline staadium - laialdaste, paljusid lihasgruppe haaravate lõtvade halvatustega, kõlusreflekside kustumisega, sageli ka kraniaalnärvide perifeersete halvatustega. Neile lisaks esinevad laialdased vasomotoorsed ja troofilised häired ning muutused siseorganeis.

4. Taastumisperiood, mil toimub vegetatiiv-troofiliste häirete ja paralüüside taandareng.

5. Jääknähtude staadium, mis iseloomustab laialdaste lõtvade halvatustega, atroofiatega ja elektrilise erutatavuse puudumise või vähenemisega, sageli ka kontraktuuride ning deformatsioonidega.

f) Diagnostika.

Õige diagnoosi püstitamine preparalüütilises staadiumis on sageli väga raske, kuid ta omab väga suurt praktilist tähtsust, andes võimaluse mitte üksnes varajase ravi rakendamiseks, vaid rajades tee ka varajasteks profülaktilisteks üritusteks.

Varajases diagnostikas omavad tähtsat kohta närvisüsteemi ärritusnähud: kuklakangestus, valud lihastes, naha tundlikkuse nõrgenemine, hiljem ka paresteesiad, fibrillaarsed tõmbed lihastes, lihaste toonuse langus, reflekside nõrgenemine või kadumine.

Suurt diagnostilist väärtust omab liikvori uuring.

Sageli liikvori rõhk on pisut nõrgenenud, esineb kerge pleutsütoos (kuni $100 \cdot r/1 \text{ mm}^3$), kusjuures ülekaalus on lümfotsüüdid. Valgu hulk on esimestel päevadel normis või pisut nõrgenenud. Esineb tsütoalbuminoloogiline dissotsiatsioon. Peale 5.-10.-ndat haiguspäeva valgu hulk suureneb ja rakkude hulk väheneb. Areneb albuminotsütoloogiline dissotsiatsioon, mis eriti ilmekas peale II haigusnädalat.

Lange kõveras on sageli nihe vasakule. Liikvori suhkruisaldus on normis või pisut nõrgenenud.

J.S.Jusevitš (9) on täheldanud poliomieliidihaigetel spetsiifilisi muutusi elektromüogrammis võngete amplituudi ja rütmi osas ning peab elektromüograafiat väga kasulikuks abimeetodiks seljaaju ja pikliku aju tuumade kahjustuse varajases diagnostikas.

Viimastel aastatel on Enders'i, Evans'i, Syverton'i, Melnick'i, Salk'i, Rhodes'e ja Rooyen'i poolt kindlaks tehtud, et nii Lansing kui ka Brunhilde ja Leon tüüpi poliomieliidi viirused kasvavad koe kultuuris ekstraneuraalsetes rakkudes (14).

Inim-embryonaalkoe tükikesed (nahk või lihased) või ahvi testise tükikesed asetatakse plasmasse, kindlasse katseklaasi, lisatakse 1-2 ml. toitevedelikku ja katsut asetatakse horisontaalselt raamile, mis elektrimootori abil aeglaselt tiirleb. See tiirlemine põhjustab vedeliku pidevat untumist üle koetükikeste, et nad säiluksid pidevalt niisketena. Keskkonnale on lisatud pe-

nitsilliini, streptomütsiini ja fenoolpunast indikaatorid. 5.-7. päevaks kasvavad neist koeosadest fibroblastid. Kui fibroblastide kasv on küllaldane, asendatakse toitevedelik uue värske vedelikuga ja viiruste suspensiooniga. Viirused tõenäoliselt sisenevad fibroblastidesse ja mõne päeva pärast muutuvad rakud granuleerituks ning lagunevad. Seda meetodi peetakse väga efektiivseks poliomieliidi varajaseks diagnostikaks.

Viirus vabaneb vedelatesse kultuurielementidesse ja võib sealt kindlaks teha ka manustades teda loomadele või teistesse kultuuridesse.

Viiruse kasvu võib hinnata kaPH muutuste järgi, mis infitseeritud kudedes ei lange nii tugevasti kui mitteinfitseeritud kultuurides.

g) Ravi.

Ravi ägedas preparalüütilises ja paralüütilises staadiumis on suunatud peamiselt halvatusete tekke ja edasise arenemise vastu, kusjuures rasketel haigusjuhtudel on peamiseks ülesandeks haige elu säästmine.

Sel eesmärgil on vajalik absoluutne rahu, range voodirežiim vähemalt 2-3 nädalat (isegi absoluutsete vormide puhul). Kõik protseduurid ja ravimenetlused tuleb teostada voodis. Haigele tuleb anda asend, mille puhul valud on kõige väikemad. Kuna haiguse varajases staadiumis esineb viiruseemia, on väga laialdaselt kasutusel

ravi rekonvalesentsentide ja kontaktse vereseerumiga. Seerumravi efektiivsusele võib loota vaid siis, kui ravi on alustatud varakult, mil viirus esineb veel veres, kus teda on võimalik inaktiveerida. Seerumi manustamist peetakse aga tagajärjekaks ja paralüütilise staadiumi alguses, kuna on täheldatud, et ta hoiab ära protsessi pideva laienemise.

Viimasel ajal on laialdast kasutamist leidnud normaalseerumi γ -globuliini, milles immuunkenade kontsentratsioon on 18-25 korda kõrgem kui tavalise vereplasmas.

γ -globuliini manustatakse 2 esimesel päeval 6 gr., kontaktidele 3 gr. intramuskulaarselt.

Eksperimendis on kindlaks tehtud, et passiivne immuniseerimine γ -globuliiniga hoiab ära ahvide nakatumise poliomieliiti (Futer, Tšlenov, Windorfer, 5,6, 15).

Oluline on võitlus valusündroomiga. Sellel eesmärgil rakendatakse püramidooni, salitsüülpreparaate, kodeiini ja 40% urotropiinilahust intravenoosselt.

Ajuturse vähendamise eesmärgil on kasulikud 10% Ca-chloratumi ja 40%-lise glükoosi intravenoossed süstid koos askorbiinhappega.

Bulbaarsete nähtude korral on näidustatud 1% 10-²beliinilahus või 1:1000 adrenaliini süstid, inhalatsioon¹ hapniku. Soovitatakse ka hapniku subkutaanset manustamist, kuna arvatakse, et hapnik reflektorselt soodustab

oksüdatsiooni protsesse.

Kunstlik hingamine on näidustatud juhtudel, kus on tegu hingamislihaste halvatusega, kuna hingamistsentrumi kahjustuse puhul on kunstlik hingamine vastunäidustatud ja väga ohtlik.

1950.a. Sarnoff on eksperimendis tõestanud, et n. phrenicuse ärritus faraadilise vooluga taastab hingamislülitused juhul kui diafragmaalne hingamine on lakanud (refereeritud Macaulay ja Albany järele, 12).

Viimasel ajal on hingamishäirete puhul laialdast kasutamist leidnud metalsed respiraatorid, nõukogude kirjanduses tuntud "pneumaatiliste mansettide", väliskirjanduses "raudsete kopsude" nime all. Metalsete respiraatorite kasutamine kindlustab rahu kahjustatud hingamismuskulatuurile, suurendab tunduvalt kopsude ventilatsiooni, väldib komplikatsioonide teket kopsudes ning põhjustab võimsate proprio- ja interotseptiivsete impulsside teket kahjustatud lihastes ning kopsudes, soodustades sellega hingamise kortikaalse regulatsiooni normaliseerumist (E.V. Gotovtseva, Windorfer, A. Kukowka, 1,15,11).

Hingamis ja vasomotoorse tsentrumi tegevust elustava ning üldise närvi-lihasesüsteemi toniseeriva vahendina soovitatakse kasutada strünniinpreparaate.

Poliomüeliidinaige toit peab olema täisväärtuslik ja kergestiseeditav, sisaldades rohkesti väärtuslikke valke ja vitamiine.

Seljaaju eesmiste sarvede koe põletikulise turse vähendamise ning sünapside ülekande parandamise eesmärgil soovitatakse kasutada proserini ja dibazoli.

Taastumisperiood on väga vastutusrikas, kuna sel ajal võivad areneda kontraktuurid ja rasked deformatsioonid, raskendades tunduvalt haiguse edasist kulgu.

I.M.Prisman rõhutab voodirežiimi pidamise vajadust vähemalt 2 nädalat veel peale ägedate nähtude kadumist, kusjuures tuleb halvatud kehaosadele anda õige funktsionaalne asend, et vältida deformatsioonide teket.

Kuigi rahu on väga vajalik, ei tohi temaga ka väga liialdada. Väga oluline on nii vara kui võimalik aktiveerida ja arendada motoorseid impulsse. Valude vaibumisel tuleb kohe asuda passiivsete liigutuste sooritamisele, massaažile ja seejärel aktiivsete liigutuste sooritamisele, seostades neid samaaegselt soojusprotseduuridega (vannid, mähised).

Tähtsal kohal poliomüeliidahaigete ravis on elektriravi: diatermia, lühilaine, galvanisatsioon ja ionofores.

M.V.Russkih (2) on taastumisperioodis kasutanud raviks glutamiinhapet, mis võtab osa atsetüülkoliini sünteesist, aktiveerides koliinatsetülaasi. Samal ajal glutamiinhape on ka osa müosiinimolekulist, mis kuulub lihaskiu müofibrillo - kontraktiilsete elementide koostisse. Lähtudes neist omadustest, glutamiinhape soodustab nävi-impulsside ülekannet ja toimib ka vahetult

lihaskiudude kontraktsiooni soodustavalt. Kasutatakse per os 1 gr pro 10 kg. ööpäevas (puibrina või 40% glükoosi lahuses). On saadud tahteliste liigutuste taastumist isegi juhtudel, mil 2-3 a. linnas ei olnud funktsioneerinud.

Glutaminhappele on iseloomulik pikaajaline järeltoime.

Poliomüeliidi jääknähtude staadiumis on väga näidustatud kuuortravi, millega võib alustada 3 kuud kuni 5 aastat peale haiguse algust. Kuuortravi kompleksi kuuluvad: päikeseravi, merevannid, mudaravi, liimaanravi ja liivavannid koos valguse ja elektriprotseduuridega.

Poliomüeliidi jääknähtude raviks, mis pole al-
lunud eelpooltoodud ravimenetlustele, kasutatakse nii konservatiivset kui ka operatiivset ortopeedilist ravi.

h) Profülaktika.

M. Agerholm (10) rõhutab profülaktilistes üritustes kahe põhisuuna olemasolu:

1. Organismi kaitsmine poliomüeliidi viiruse sissepääsu eest.

2. Organismi resistentsuse tõstmine.

Esimese ülesande teostamisel on oluline haigete varajane avastamine ja hospitaliseerimine, samuti viiruskandjate avastamine ja isoleerimine. Tuleb läbi viia haigete sundhospitaliseerimine 40 päevaks ja kontaktse-

te asetamine karanteeni vähemalt 20 päevaks, teostades nende üle pidevat meditsiinilist kontrolli.

Piim ja vesi tuleb enne kasutamist keeta. Kuna on tõestatud toa- ja lihakärbeste osatähtsus poliomieliidi viiruse levitajana, on oluline pidada võitlust kärbeste vastu.

Organismi resistentsuse tõstmise eesmärgil soovitatatakse kontaktsetele (eriti lastele) manustada rekombinantse seerumit või ema verd (60-100 ml). Viimasel ajal on veel tõhusama vahendina leidnud kasutust normaalsete seerumi γ -globuliini intramuskulaarsed süstid paaril esimesel päeval, à 3 gr. (D.C. Futer, Windorfer, 5,15).

Uuesti on teravalt päevakorda kerkinud küsimus poliomieliidivastasest vaktsinatsioonist. Aktiivse immuniteedi esilekutsumiseks on olnud kasutusel rida vaktsiine, millest laiemat kasutamist on leidnud Brodie formoolvaktsiin ja Kolmer'i kastoornapunaatriumiga töödeldud vaktsiin. Kõik nad on aga tänapäeval kõrvale heidetud, kuna nad ei osutunud täiesti ohutuiks.

M.P. Tsumakovi järgi (7) aktiivse immuniseerimise tulevik seisneb elavas nõrgestatud vaktsiinis, muudetud nn. mitteparalüütilistest tüvedest. III Rahvusvahelisel poliomieliidialasel konverentsil Roomas 1954.a. USA teadlased E.Solk ja A.Sebin esinesid töödega poliomieliidivastase spetsiifilise vaktsinatsiooni alalt (8).

E.Solk valmistas vaktsiini formaliiniga surmatud poliomieliidi viirustest. Vaktsiin leidis laialdast ka-

sutamist vaktsinatsiooniks 1952.aastal USA-s ja Kana-
das ning tunnustati konverentsil sõna võtnud teadlas-
te poolt ohutuks.

A.Sebin valmistas vaktsiini nõrgestatud elusa-
test viiruse tüvedest ja sai eksperimendis ahvidel
häid tagajärgi. T.Rivers (8) soovitas aga selle vakt-
siini kasutuselevõtmisse suhtuda suure ettevaatlikku-
sega.

Epideemiate ajal tuleb vältida vaimseid ja füü-
silisi ülepingutusi, samuti toksillektoomiaid ja teisi
operatsioone, mis võivad nõrgendada organismi resis-
tentsust.

Suurt tähtsust profülaktikas omab elanikkonna
teadlikkuse ja meditsiinilise kaadri kvalifikatsiooni
tõstmine, et poliomieliiti varakult ja õigesti diagnoo-
sida ning koldeid õigeaegselt likvideerida.

3. Oma materjali analüüs.

a) Haigematerjalide üldiseloomustus.

Käesolevas töös on analüüsitud poliomieliidi hai-
gusjuhte Tartu linnas ajavahemikus 1945.-1953.aastani,
kokku 85 juhtu. Noorim haigestunu oli 9 kuune, vanim 42
aastane.

Õksikute vanusgruppide järgi:

Tabel nr. 1.

Vanusrüpp.	Juhtude arv.
0 - 5 a.	15
6 - 10 a.	14
11 - 15 a.	7
16 - 20 a.	17
21 - 25 a.	16
26 - 30 a.	6
31 - 35 a.	4
36 - 40 a.	2
41 - 45 a.	4

Nagu tabelist nähtub, esineb suurim haigestumus vanusrüppides 0-10 aastani ja 16-25 aastani. Seega poliomieliit Tartu linnas tabab kõige rohkem õppivat noorsugu (16-25 a.), seejärel lapsi all 10 a.

Sugupoolte suhtes võisime täheldada, et enne suguküpsust haigestuvad rohkem poisslapsed (suhtes 1,4:1), kuna täiskasvanutest haigestuvad mehed ja naised peaaegu võrdselt.

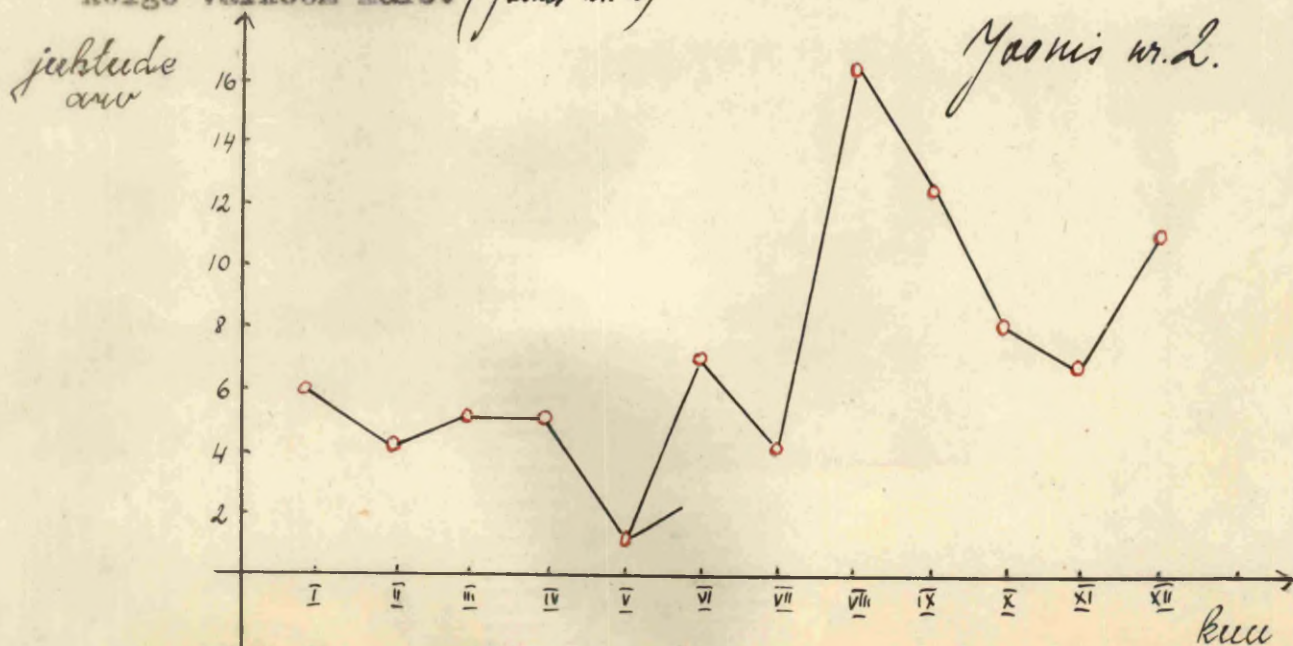
Haigestumuse elukutselises struktuuri osas tõrkas silma, et 43% haigestunust moodustasid õpilased. Viimastest omakoorda veerandi moodustasid üliõpilased. Ülejäänud 28% moodustasid eelkooliealised lapsed ja 29% töölised mitmesugustel tööaladel.

b) Epidemioloogia Tartu linnas.

Igaaastane haigestumine poliomieliiti ei ole ühetaoline, vaid esinevad üksikud puhangud, millede vaheaajal aga haigestumus tunduvalt langeb. Suurim haigestumus esines 1946.-1947. aastal ja 1952. aastal, kuna väikseim haigestumus esines 1951. aastal. (joonis nr. 1.)



Haigestumise esinemist iseloomustab kindel sempoonsus. Nimelt esineb suurim haigestumine suvi-sügis-perioodil, kuna väikseim kevad-talveperioodil, kusjuures kõige suurem haigestumiste arv esineb augustis, kõige väiksem mais. (joonis nr. 2)



Nõrgestavate tegurite kohta, mis toimunud enne haigestumist poliomieliiti, on olemasolevate materjalide põhjal vähe andmeid. Nii oli vaid 2 juhul 6 kuud, 4 juhul 1 aasta enne haigestumist poliomieliiti, põetud leetreid; 1 juhul 5 kuud varem sarlakeid; 1 juhul 1 aasta, 1 juhul 2 aastat varem põetud difteeriat; 1 juhul vahetult enne haigestumist põetud kaelalümfisõlmede põletikku. Tugevate füüsiliste pingutuste eelnenist haigestumisele ei saadud antud materjalide põhjal täheldada.

Haiguskollete lokalisatsiooni osas võisime näha, et kolded olid paigutatud hajutatult üle kogu linna, kusjuures pisut enam nad olid koondunud Kesk ja Tähe tänava rajoonis, kesklinnas ning ka Viktor Kingissepa tänava piirkonnas, kus see haigusjuhtude fookus oli aga tingitud 1946.a. esinenud puhangust Tartu Õpetajate Seminaari ühiselamus, V.Kingissepa tn. 68.

Paistis silma ka, et üle jõe asuvas linnaosas esines märksa vähem poliomieliidi haigusjuhte.

Erilist tähelepanu väärib asjaolu, et emajõeäärsetes rajoonides, kus on kohati lahtine kanalisatsioon ja seetõttu võiks oodata suuremat haigestumist, tingituna võimalikust nakatumisest infitseeritud kanalisatsioonivee kaudu, ei esinenud meil aga ühtki haigusjuhtu (vaata Tartu linna plaan).

Seetõttu võib arvata, et Tartus infitseeritud kanalisatsiooniveed nakkuse ülekandetegurina arvesse ei tule.

Epidemioloogilise anamneesi põhjal on kindel kontakt poliomieliidahaigega esinenud 25%-l, arvatav kontakt 20%-l ja mingit kontakti ei saanud kindlaks teha 55%-l juhtudel.

Arvatava kontakti all on mõeldud selliseid juhte, kus mõni aeg enne haigestumist/on esinenud kontakt isikutega, kes on äsja tulnud väljaspoolt Tartut rajoonidest, kus esines võrdlemisi suur haigestumine poliomieliiti (peamiselt Võrust ja Viljandist).

Siit võime järeldada, et 20% haigusjuhtudel on nakkus väljaspoolt Tartut sisse toodud.

Poliomieliidi põdemise järgselt tekkinud immuunsus on kitsalt spetsiifiline poliomieliidi viiruse suhtes, millele viitab asjaolu, et paljud poliomieliiti põdenud isikud on hiljem haigestunud gripipi, leetritesse, sarlakitesse, tuulerõugetesse, mumpsis jne.

c) Poliomieliidi kliinik.

Poliomieliidi kliinilises kulus eristatakse põhiliselt 5 staadiumit: inkubatsiooniperiood, preparalüütiline ja paralüütiline staadium, taastumisperiood ja jääknähtude staadium.

Inkubatsiooniperioodi pikkust ei olnud võimalik olemasolevate materjalide põhjal kindlaks teha.

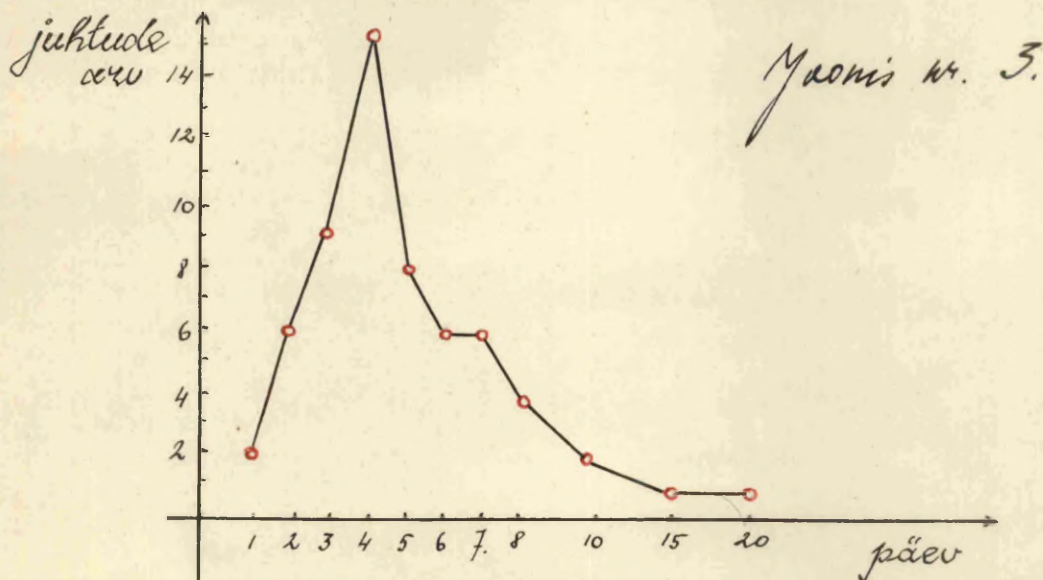
Preparalüütiline staadium on kulgenud 77%-l juhtudest ühefaasiliselt, 23%-l kahefaasiliselt.

I faasi iseloomustab peamiselt subfebriilne temperatuur, halb enesetunne ja ülemiste hingamisteede ka-

katarraalsed nähud. Kahel esines ka peavalu ja lihastevalud. I faas kestis 1-6 päeva ning vaheaeg I ja II faasi vahel oli 2-14 päeva (keskmiselt 2-6 päeva).

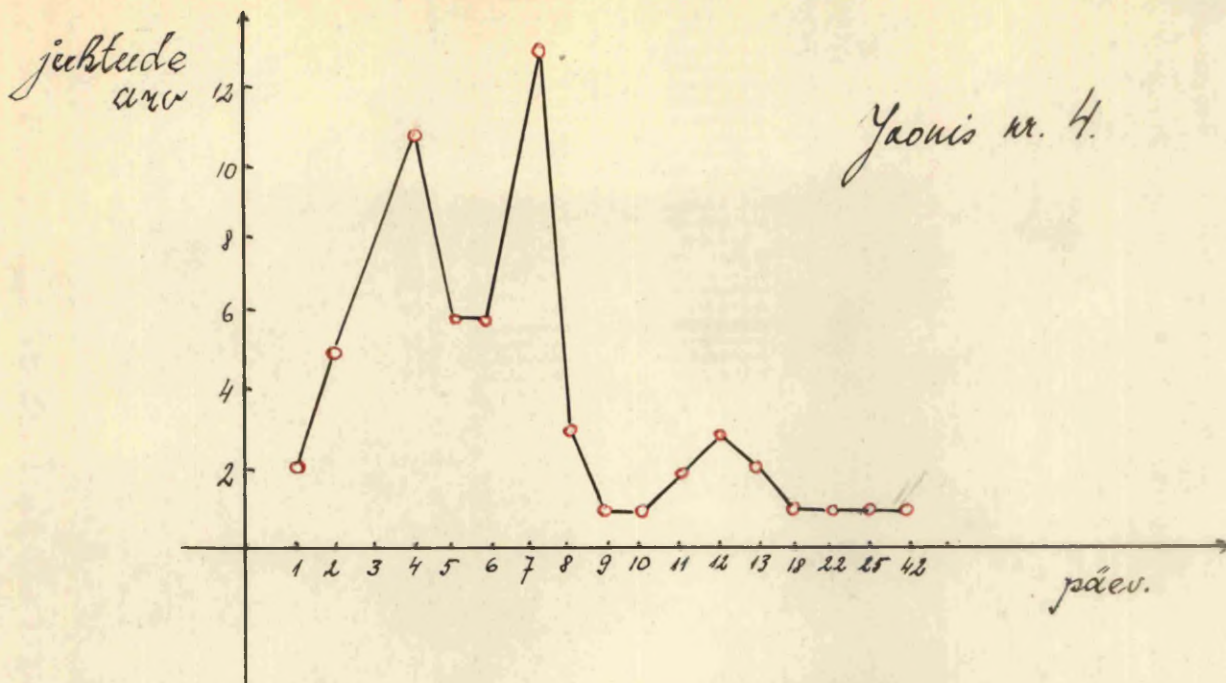
Preparaliüütilises staadiumis esines kõrge temperatuur 67%-l, subfebriilne temperatuur 13%-l ja temperatuuri kõrgenemine puudus 20%-l. Peavalud esinesid 55%-l, valud lihastes 40%-l, oksendamine 26%-l, kukla-kangestus 10%-l, ülemiste hingamisteede katarraalsed nähud 13%-l, kõhulahtisus 4,5%-l ja kerge lööve 2%-l haigetel.

Pareeside ja paralüüside teke esines 1.-20. päeval peale haigestumise algust, enamasti 3.-5. päeval. (jaotis nr. 5)



Pareeside ja paralüüside tekkele eelnes t° langus 65%-l, kuna 35%-l haigetest tekkisid halvatused kõrge temperatuuri juures.

Haigestunud hospitaliseeriti 1.-42. haiguspäeval peamiselt III-VII haiguspäeval s.o. alles peale pareeside või paralüüside väljakujunemist. (jaotis nr. 4)



18. päeval hospitaliseeriti juht, mil nõrkused tekkisid alles 14. päeval. 20. ja 25. päeval hospitaliseeriti juhud, mil varem ekslikult oli diagnoositud grippi.

J u h t nr. 1. 19 a. naispt. L.A. Haiguslugu nr. 531/1946.a.

Patsient (Pt.) haigestunud 12. augustil kõrge temperatuuriga (39°), tugevate peavalude ja kuklakangestusega. Temperatuur püsinud 39° piirides 14 päeva, siis järsult langes. Järgmisel päeval tekkisid valud jäsemete lihastes ning nõrkus paremas käes ja vasakus jalas, mis jäi püsima, vähehaaval süvenedes. 18. haiguspäeval kutsutud neuroloog koju, kes diagnoosinud lastehalvatust ja suunanud patsiendi veel samal päeval kliinilisele ravile.

J u h t nr. 2. 12 a. poisslaps P.R. Haiguslugu nr. 761/1952.a.

Laps haigestunud 15. augustil valudega jäsemetes, millele teisel päeval lisandunud subfebriilne temperatuur

ja peavalud. Jaoskonnaarst diagnoosis grippi. 20. haiguspäeval t^o langenud normaalsesse piiridesse ning samal päeval laps märganud, et parem suupool ei liigu ja suu kitsub vasakule viltu.

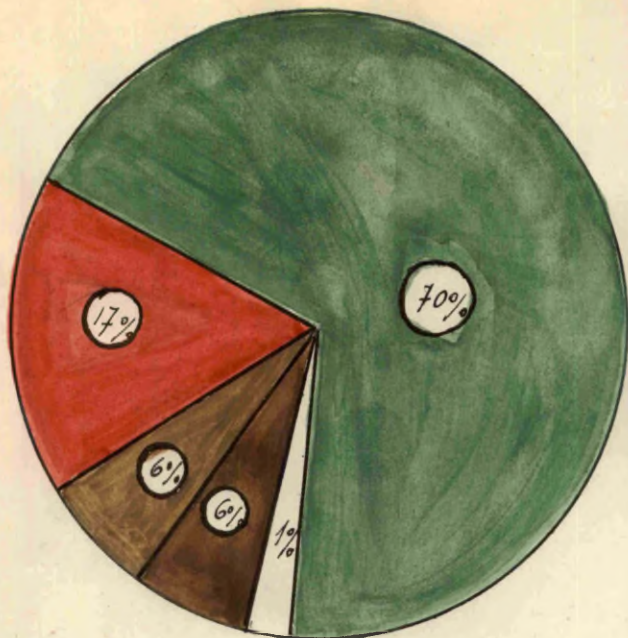
Kojutainud neuroloog suunas patsiendi veel samal päeval närvikliinikusse.

J u n t nr. 3. 8 aastane poisilaps L.A. Haiguslugu nr. 741/1946.a.

Laps haigestunud 1. novembril valudega jalgades ja ülemiste hingamisteede katarraalsete nähtudega. Neljandal haiguspäeval tõusnud t^o 38,5^o-ni, tekkisid valud peas, seljas ja jalgades ning laps oksendanud. 7. haiguspäeval langes t^o normaalsesse piiridesse. 8. haiguspäeval märganud ema, et lapse parem jalg on nõrk. Kojukutsutud jaoskonnaarst diagnoosinud grippi. Kuna nõrkus jalgas ei kadunud, pöördunud ema lapsega 25. päeval neuroloogi poole, kes diagnoosinud lastehalvatust ja suunanud patsiendi kliinilisele ravile.

42. päeval hospitaliseeriti juht, mis oli jäänud õigeaegselt diagnoosimata, kuna lapse ema ei pöördunud varem arsti poole ja hospitaliseeriti 42. päeval kui status post poliomyelitidem.

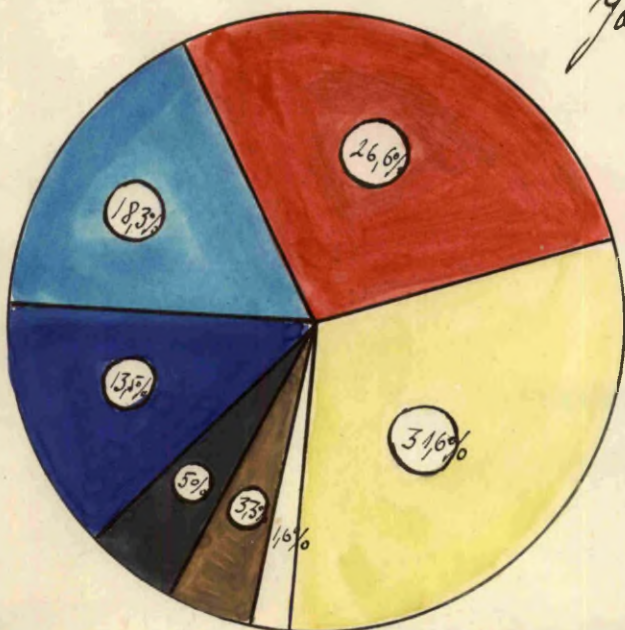
Poliomüeliidi kliinilistest vormidest esines spinaalne vorm 70%-l haigestunuist, meningiitiline vorm 17%-l, Landry tõusev paralüüs 6%-l (mis kõik lõppedis letaalselt), aborttiivne vorm 6%-l ja kraniaalnärvide parüüs 1%-l haigestunuist. (j. arv nr. 5)



- Jaonis nr. 5.
- spinaalne vorm
 - meningütiline vorm
 - Landry paraliis
 - abortiivne vorm
 - kraniaalnärvide pareses

Spinaalsetest vormidest esines:

tetraparesis	31,6 %
Paraparesis inferior	26,6 %
Monoparesis inferior	18,3 %
Monoparesis superior	13,3 %
Hemiparesis sinistra	5 %
Paresis musculorum spinales et cervicales	3,3 %
Paraparesis superior	1,6 % (Jaonis nr. 6)



- Jaonis nr. 6.
- tetraparesis
 - paraparesis inf.
 - monoparesis inf.
 - monoparesis sup.
 - hemiparesis sin.
 - paresis musc. spin. et cerv.
 - paraparesis sup.

Kelpooltoodust näeme, et kõige sagedamini on haavatud alumiste jäsemete lihagrupid.

Hospitaliseerimisel esitas enamik haigetest kaebusi peavaludele, käte või jalgade nõrkusele, valudele jäsemete ja seljalihastes ning kukla kangusele.

Objektiivselt esines temperatuuri kõrgenemine 37° - $39,5^{\circ}$ -ni 65%-l haigetel, meningaalsed ärritusnähud 80%-l, käte või jalgade nõrkus 90%-l, lihaste hüpo-tonia 30%-l. lihaste ja närvitüvedepalpatoone hellus 69%-l, reflekside puudumine või nõrgenemine 82%-l, kraniaalnärvide nõrkus või halvatus 11%-l, uriini retensioon 4%-l ja interkostaallihaste nõrkus 8%-l haigetel.

Muutused liquoris esinesid 80%-l haigetel, kusjuures rakkude arv ulatus 9-710 rakuni 1/ mm³-s ja valgusisaldus 0,22-1,4%

Tabel nr. 2.

Pleotsütoos				Valgusisaldus				
Rakkude arv 1 mm ³ -s	Juhtude arv			Valk o/oo-des	Juhtude arv			
	Inäd.	IIInäd.	IVnäd.		Inäd.	IIInäd.	IVnäd.	
9 - 20	6	-	-	0,22	8	1	-	
21 - 50	3	2	-	0,3	3	1	-	
70 - 90	4	1	-	0,44	9	-	-	
100 -150	3	2	-	0,56	2	3	-	
170	1	1	-					
320	-	1	-	0,7	-	1	-	
560	1	-	-	0,8	2	1	-	
710	1	-	-	1,4	-	-	1	

d) Ravi.

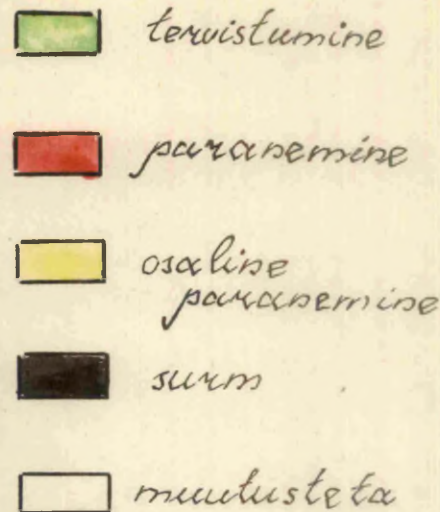
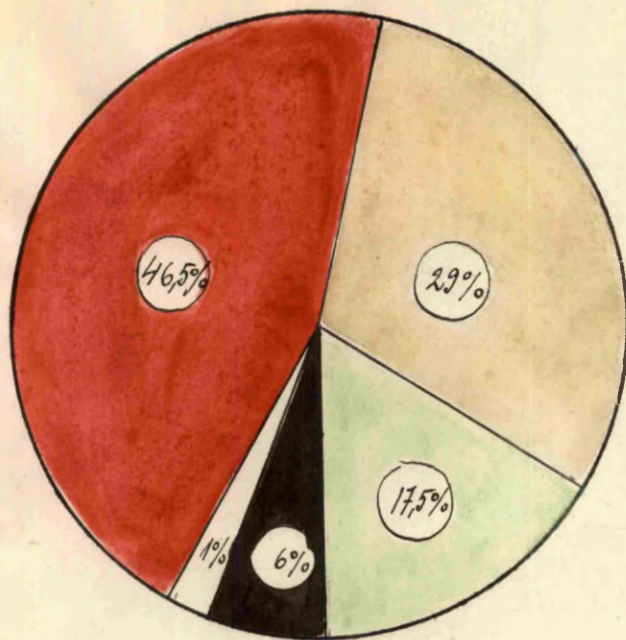
Raviks on kõikidel akuutse poliomieliidi juhtudel rakendatud rekonvalestsendi verd (esimestel päevadel, kokku 30 - 300 ccm), heksamiinilahu koos glükoosiga (Sol. Hexamini 40% - 10 ml. + Sol. Glucosi 40% - 10 ml.), vaheldumisi trüpopflaviinilahuga (Sol. Trüpopflavini 1% - 1 ml) intravenoosselt; proseriini (Sol. Proserini 0,05% - 1 ml 2 korda päevas subkutaanselt), õllepärm, enamusel juhtudel C ja B₁ vitamiini ning lühilainet seljaaju vastavatele segmentidele.

Viimastel aastatel ka dibazoli per os ja hapniku subkutaanset manustamist. Alates II haigusnädala lõpust on rakendatud käsimassaaži, labiilset galvanisatsiooni ja ravikehakultuuri. Harvem on kasutatud ka diatermiat.

Ravi tagajärjel t⁰ langes normini 6.-32. päeval, peamiselt II - III haigusnädalal; jõu lisandumine algas 7.-44. päeval, peamiselt II nädalal; meningaalsed ärritused nähüd kadusid 10.-33. päeval, enamasti II - III haigusnädalal; valude taandareng algas 7.-62. päeval, enamasti III haigusnädalal; reflekside taastumine algas võrdlemisi hilja 12.-132. haiguspäeval, tavaliselt peale III haigusnädalat.

Kõikidest haigusjuhtudest peale esmakordselt kliinilisel ravil viibimist lõppes 17,5% tervistumisega, 29% osalise paranemisega, 46,5% paranemisega, 1% jäi muutusteta ja 6% lõppes lataalselt. (jaukui nr. f.)

Jaois nr. 7.



Kõigil surmaga lõppenud juhtudel esines Landry tõusev paralüüs ja surm saabus 5.-15. haiguspäeval.

e) Järe ravi.

Analüüside haigetele teostatud järe ravi, tõr-
kab silma, et vaid 1/3 haigetest on üldse käinud järe-
ravil, kusjuures enamasti on tehtud 1-2 ambulatoorseid
või kliinilist ravikuuri ning sellega piirdutud. Üks
ravikuur on kestnud 15-20 päeva, millise aja jooksul on
manustatud proseriini (Sol. Proserini 0,05% - 1 ml 2 kor-
da päevas subkutaanselt), strühniini (Sol. Strychnini nit-
rici 0,1% 1 ml subkutaanselt), viimastel aastatel ka di-
bazoli (0,005).

Füsioteraapiast on rakendatud kõikidel juhtudel
labiilset galvanisatsiooni, käsimassaaži ja ravikehakul-
tuuri, kusjuures täiesti kasutamata on jäänud sellised
võimsad füsioteraapilised ravivõtted nagu soojad vannid
ja diatermia. Ühelgi juhul pole ambulatoorses ravikuuris
rakendatud ravikehakultuuri.

Kuurooravil on uuritud haigetest käinud vaid 4: üks Evpatorias, üks Pjätigorskis ja kaks Pärnu sanatooriumis.

Järelravi tagajärjel on kõikidel haigetel toimunud liigutuste ja jõu suurenemine.

Järelravil on haiged käinud tavaliselt esimesel, harvem ka veel teisel aastal peale haigestumist, loobudes hiljem sellest lõplikult. Uuritud haigetest on vaid üks teostanud pidevat järelravi 7 aasta ja üks 8 aasta vältel.

Otsides puuduliku järelravi põhjuseid näeme, et enamik elanikkonnast ja ka suur osa arstidest on arvamusel, et poliomieliidi ravi on efektiivne vaid esimestel aastatel, tõmmateks viimaseks piiriks 3 aasta möödumist haiguse algusest.

Tuleb rõhutada, et selline seisukoht on täiesti väär. Kirjanduse andmeil on saadud efektiivset ravi ka siis, kui järelravi on alustatud alles 8-9 aastat peale haigestumist, kusjuures rõhutatakse pideva ravi läbiviimise vajadust vähemalt 8-10 aastat.

Ka oma piiratud materjalide läbitöötamise alusel võime ütelda, et juhtudel, mil ravi on olnud järjekindel, on peale 7-8 aastast ravi saadud pidevalt positiivseid tulemusi liigutuste ulatuse ja jõu suurenemise näol.

J u h t nr. 1. 10 aastane poisslaps U. H. Haiguslugu nr. 813/1946.a.. 8 aastat tagasi põdenud poliomieliiti, mille tagajärjel tekkinud alajäsemete lõtv halva-

tus. Peale esmakordset kliinilisel ravil viibimist jäänud püsima alajäsemete lihaste tugev hüpotoonia ja atroofia. Refleksid jälgadel puudusid.

Pt. ei olnud suuteline kõndima ega seisma. Istus toe abil. Peale kliinikust lahkumist teostatud 8 aasta vältel igal aastal üks ambulatoorne ravikuur ja kodus teinud pidevalt harjutusi ning käsimassaaži. Peale ühekuust järelravi pt. hakanud istuma ilma toeta. Esimese aasta lõpuks hakanud kõndima toe najal. Teisel aastal hakanud kõndima ka ilma toeta, kuid jalad olnud nõrgad, väsinud kiiresti.

Igal aastal on jälgade jõud ja liigutuste ulatus pidevalt suurenenud. Peale 8 aastast ravi on säilinud vaid parema jala lihaste mõõdukas hüpotoonia ja atroofia. Vasakul jalal on refleksid taastunud, paremal puuduvad. Aktiivsed liigutused puuduvad ainult paremas labajalas, muus osas aktiivsed liigutused kõik olemas. Jõud vastupanuliigutustel vasakul jalal hea, paremal jalal kergelt nõrgenenud. Kõnnib ilma toeta, parema jalaga esineb "kukekõnnak". Kükitab, kõnnib varvastel, vasaku jalaga seisab kannal. Refleksid jälgadel puuduvad.

J u n t nr. 2. 49 aastane naispatsient M.T. Haiguslugu nr. 813/1946.a.. 8 aastat tagasi põdes poliomieliiti, mille tagajärjel tekkinud alajäsemete lõtv halvatus. Peale esmakordset kliinilisel ravil viibimist jäi püsima alajäsemete lihaste tugev hüpotoonia ja atroofia. Patsient käia ei suutnud. Seisis 2 tugeva kinnise toe

najal. Ei kükitanud, ei suutnud tõusta kandadele ega varvastele. Refleksid jalgadel puudusid.

Kodus pidevalt harjutas ja teostas käsimassaaži jalgadele. 3 aasta jooksul õppis käima, alul 2 kinnise toe vahel, hiljem ühe kinnise toe ja kepi abil.

Kolm aastat peale haigestumist viibis ravil Pärnu sanatooriumis, mille järgselt suutis lühemat maad käia ka ainult kepi toetusel.

Aasta hiljem käinud uuesti Pärnu sanatooriumis, mille järgselt tundnud märgatavat jõu paranemist, hakanud käima ainult kepi najal. Järgneva kolme aasta jooksul on teinud igal aastal ühe ambulatoorse ravikuu ning kodus pidevalt harjutanud. Peale 7-aastast pidevat ravi on säilinud alajäsenete lihaste kerge atroofia ja hüpotoonia. Siledal maapinnal käib ilma kepi. Pikema maa käimisel ja trepist üles minnes kasutab keppi. Ksi- "kukekõnnak". Pt. kükitada ei saa. Varvastel kõnnib, kuid kandadele ei tõuse. Mõlemi jalaga kõik liigutused olemas, kuid jõud nõrgenenud, eriti labajala osas. Refleksid jalgadel puuduvad.

Poliomüeliiti põdenud haigete õige järelravi organiseerimist Tartus takistab väga suurel määral Vabariikliku Tartu Kliinilise Haigla neuroloogia osakonnas valitsev pidev kohtadepuudus. Vabanenud kohad täidetakse kohe värskete akuutsete haigetega, kuna järelravile tulevad poliomüeliidahaiged seisavad kande kaupa järjekorras ning sageli peale pikaajalist asjatut ootamist

loobuvad lõplikult järelravist.

Ka ambulatoorse järelravi organiseerimise võimalused ei ole meil kuigi avatud, kuna polikliiniku füsioteraapiakabinetid on sageli ülekoormatud ja puuduvad ambulatoorsed ravikehakultuurikabinetid.

F) Järeelseisundite analüüs.

Haige	Haigest. aasta	Objekt.leid peale esmakordselt kliinil. ravi	Järelravi	Järeelseisundid		
				Kaebused	Objekt.neuroloogiline leid	RR mm Hg
J.A.10 a. Hgl.309 Dg.Monoparesis inf. sin.	1945	Vasaku jala nõrkus	-	Õsiti vas. jalas krambid	Refleksid madalad d-s. Vas.jalaga kannal ei käi.Kerge "kukekõnnak" Vas.jalalihaste hüpotoonia ja atroofia	90/65
A.A.17 a. Hgl.310 Dg.Meningiitiline vorm	1945	-	-	Õsiti jäsemetes krambid.Võisib kiirenini	-	-
H.H.24 a. Hgl.356 Dg.Meningiitiline vorm	1945	-	-	Sageli pea- valud, jäsemed kergesti külmetavad	-	120/70
V.F.24 a. Hgl.481 Dg.Tetraparesis	1946	Jäsemete lihased atroofilised, hüpotoonilised. Käib toeta.Kandadel ja varvastel ei käi.	I 6 k.pärast kl.ravikuur 30 päeva II 8 k.pärast kl.ravikuur.	-	Hüpot.ja atrof.ei esine.Jäsemete jõud hea. Käib kandadel ja varvastel.Kükitab.	124/72

32.

V.T.38 a.
Hgl.825
Dg.Meningiti
line vorm

1946

-

-

Sageli pea-
valu, pea-
uinasus, ül-
dine nõrkus

-

130/80

M.T.49 a.
Hgl.813
Dg.Parapa-
resis inf.

1946

Jalalihaste hüpotoo-
nia ja atroofia.Sei-
sab ja käib kahe kin-
nise toe najal

I 2 näd.pärast
kl.ravikuur
Käib kepi ja
kiinnise toe
najal.

II 3 a.pärast
Pärnu sanat.
Käib kepiiga
III.4 aasta p.
Pärnu sanat.
Jõud tugevam.

IV. 5 a.pärast
Amb.ravikuur
V 6 aasta p.
Amb.ravikuur
VI 7 a.pärast.
Amb.ravikuur
Jõud tugevam.

Jalad külme-
tavad, õõsiti
kranbid.Haja-
meelne

Jalalihaste kerge atroo-
fia, hüpotoonia."Kuke-
kõnnak".Tasasel maal
käib ilma kepiita.Pike-
mat maad ja trepist
üles käib kepiiga.Ei
kükita.Ei tõuse kanda-
dele.Jalalihaste jõud
nõrgenenud, eriti laba-
jala osas.

126/74

33.

Ü.R.10 a.
Hgl.363
Dg.Parapa-
resis inf.

1946

Jalalihaste tugev
hüpotoonia ja atroofia.
Istub toe najal.

Kodus pidevad
harjutused.
Igal a.l amb.
ravikuur(8)

Parem jalg
nõrk

Parema jala lihased
hüpot. ja atrof.Parema
labajalaga akt.liigut.
puuduvad.Kõnnib toeta.
Parema jalaga lonkab.

100/
76

L.A.17 a. Hgl.610 Dg.Meningiti line vorm	1946	-	-	Vahel pea- valud.	-	120/ 70
A.L. 9 a. Hgl.568 Dg.Abortii- ne vorm	1946	-	-	-	-	80/60
A.M. 9 a. Hgl.430 Dg.Hemipa- resis sin.	1946	Vas.jäsemete hüpotoonia ja atroofia, jõud nõr- gem.Kõnnib toeta.Refl. puuduvad.	I 2 k.pärast kl.ravikuur. Jõud tugevam	-	Vas. jalalih.kerge hüpot. ja atroof., jõud nõrgem.Kõnnak normaal- ne.Refl.s d.	90/60
M.L. 10 a. Hgl.565 Dg.Monopa- resis inf. dex.	1946	Par.jalg tunduvalt nõrgem.Lonkab tugevasti ("Kukekõnnak")	Kodus massaaž ja harjutused	-	Paroma jalalih.kerge hüpot. Par.jalaga kerge "kukekõnnak".Käib balletitunnis 1953.a.	90/60
T.R.16 a. Hgl.567 Dg.Meningiti line vorm.	1947	-	-	-	-	120/ 68
P.M. 47 a. Hgl.821 Dg.Tetra- paresis	1949	Jalad hüpotoonilised, atroofilised.Refl.puudu- vad.Jõud nõrgenenud. Varvastel ei seisa.	I 2 k.pärast kl.ravikuur. II 1 a.pärast amb.ravikuur III 2 a.pärast amb.ravikuur. Jõud paranes.	Unepundus. Õõsiti jal- gades kram- bid.Jäsened külmetavad	Par.jäsemed kergelt hüpotoonilised, jõud nõrgem.Kõnnak häireteta. Refl.posit.s=d.	126/ 72

T.Ö. 10 a. 1950 Hgl.619 Dg.Tetrapa- resis.	Vas.jala ja par.käe tugev nõrkus.Istub ja kõnnib tugede najal.	I 2 a.pärast Evpatorias. Kodus harjutas 1 a.p.kõnnib toeta	-	Par.käe ja vas.jala kerge hüpot. ja atrof. Vas.labajala nõrkus, esineb "lukekõnnak".	90/60
E.P. 25 a. 1950 Hgl.1092 Dg.Monopa- resis inf. sin.	Vas.jala kerge nõrkus. Patellaar-refl. d s	I 3 k.pärast Pärnu sanat. II 1 a.pärast Pärnu sanat. III 2 aasta pärast Pärnu sanat.	Üsiti jalga des krambid Närviline. Kergesti väsib.	Vasaku jala-lihaste hüpot. ja atrof. Jõud pisut nõrgenenud.	120/ 70
V.K. 26 a. 1950 Hgl.338 Dg.Menin- gitiline vorm	-	-	Peavalud. Vainel tüü- väsib.	-	124/ 70
A.R. 10 a. 1951 Hgl.382 Dg.Monopa- resis sup. dex.	-	-	Parema käsi väsib kerge mini.	-	108/ 68
A.R. 43 a. 1952 Hgl.1129 Dg.Monopa- resis sup. sin.	Vas.käe ja par.jala jõud nõrgenenud.	2 k.pärast amb.kuur	Üsiti kram- bid par. jalas. Pea- valud	Vas.käe ja par.jala kerge hüpot. ja atrof. Jõud nõrgem.Refl. Jalgadel d a,kitel d s.	110/78
V.A. 3 a. 1952 Hgl.258 Dg.Hemipa- resis sin.	Seisab toe najal.Vas. jäsemete tugev nõrkus. Refl.puuduvad.	-	-	Kõnnak häireteta.Jäse- mete jõud hea.Refl. nõrgalt positiivsed s=d	-

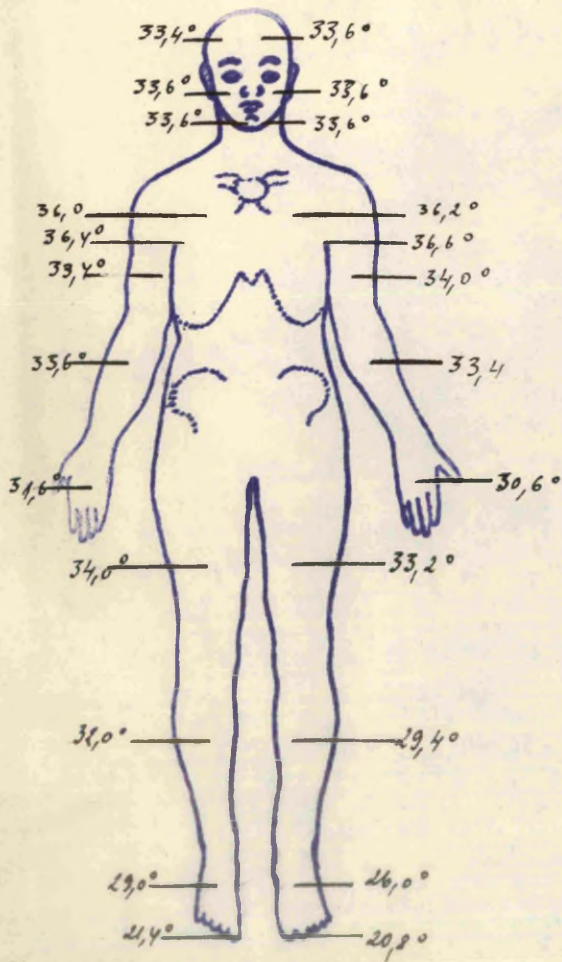
O.M. 36 a. Hgl. 775 Dg. Tetraplegia	1952	Jäsemete lihaste tugev atroofia, samuti selja ja tuharalihastes. Liigutused kõikides jäsemetes puuduvad.	I 2 k. pärast II 5 k. pärast III 7 k. pärast IV 1 a. 4 k. p. V 2 a. pärast kl. ravikuurid Kodus mass. RKK	-	Liigutab käsi ja labajalgu nõrga jõuga. Lihased tugevasti hüpot. ja atroof. Vas. käe ref. posit.	110/ 72
R.R. 3 a. Hgl. 370 Dg. Monoparesis inf. sin.	1953	Vasak jalg nõrgem. Seisab toe najal.	-	-	Kõnnak häireteta. Vasak jalg pisut nõrgem. Refl. nõrgad d=s.	-
Ü.R. 18 a. Hgl. 620 Dg. Paraparesis inf.	1953	Reielihaste hüpotoonia ja nõrkus.	5 k. pärast amb. ravikuur	Vahel tõmbed jalgades.	Reielihaste hüpot. ei esine. Kõnnak häireteta, Kandadel pisut takistatud.	110/ 68
A.R. 32 a. Hgl. 35 Dg. Abortiivne vorm	1953	-	-	Väsis kerge- mini	-	120/42
V.V. 16 a. Hgl. 94 Dg. Paraplegia inf.	1947	Jalalihaste atrof. ja hüpotoonia, tugev nõrkus.	4 k. pärast kl. ravikuur	-	Jõud pisut suurenenud.	120/40
Ü.H. 16 a. Hgl. 36 Dg. Paraparesis inf.	1952	Jalgade jõud pisut nõrgem.	1 a. pärast kl. ravikuur	-	Jõud suurenenud.	124/68

Poliomüeliidahaigete järelseisundite kontrollimisel (25 juhtu) selgus, et 1/3 haigetel esinesid kaebused öösistele krampidele pareetiliste või paralüütiliste jäsemete lihastes, samuti kaebused peavaludele, vaimse ja füüsilise töövõime langusele. Objektiivselt võisime täheldada jäsemete lihaste jõu nõrgenemist 21 juhul, lihaste atroofiat ja hüpotooniat 15 juhul, reflekside vahet 9 juhul, reflekside puudumist 8 juhul ning jahedada ja tsüanootilised labajalad esinesid 6 juhul. Vererõhu olulist alanemist ei saanud sedastada.

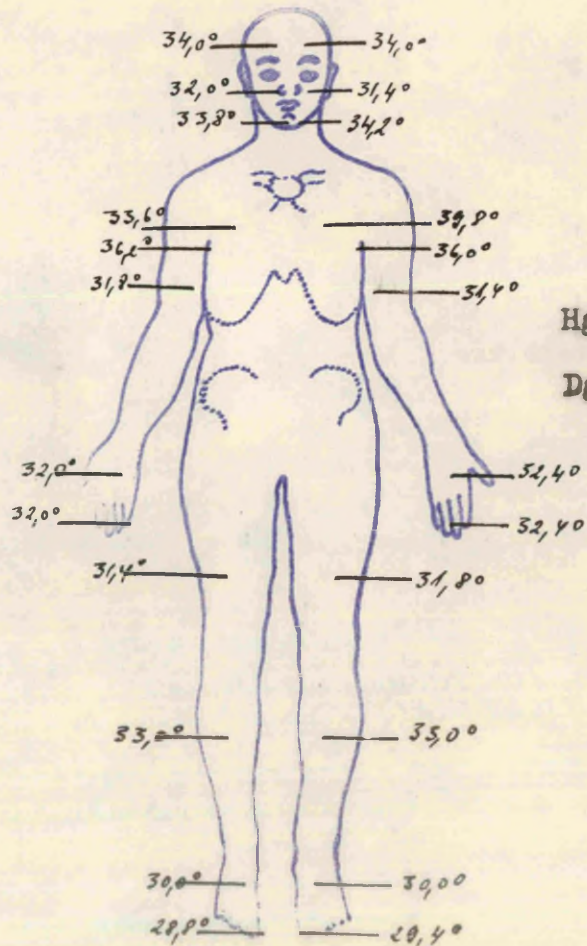
Fotoreaktiivsuse ning hüdrofiilsuse uurimised näitasid, et pareetilistel või halvatud jäsemetel olulisi kõrvalekaldumisi, võrreldes tervete kehaosadega, ei esinenud. Paistis aga silma, et fotoreaktiivsuse määramisel poliomüeliiti põdenud haigetel erüteem tekkis üldiselt märksa aeglasemalt ja kadus kiiremini kui tervetel isikutel, tõenäoliselt organismi kaitsereaktsiooni nõrgenemise tõttu. Seepärast tuleb ultraviolettkiirituse rakendamisel raviks olla ettevaatlik, et vältida organismi võimalikku kahjustust.

Naha termomeetria uurimistel ei saanud täheldada pareetilistel või paralüütilistel jäsemetel madalamat temperatuuri kui tervetel jäsemetel.

Naha termometrija uuringute andmed.

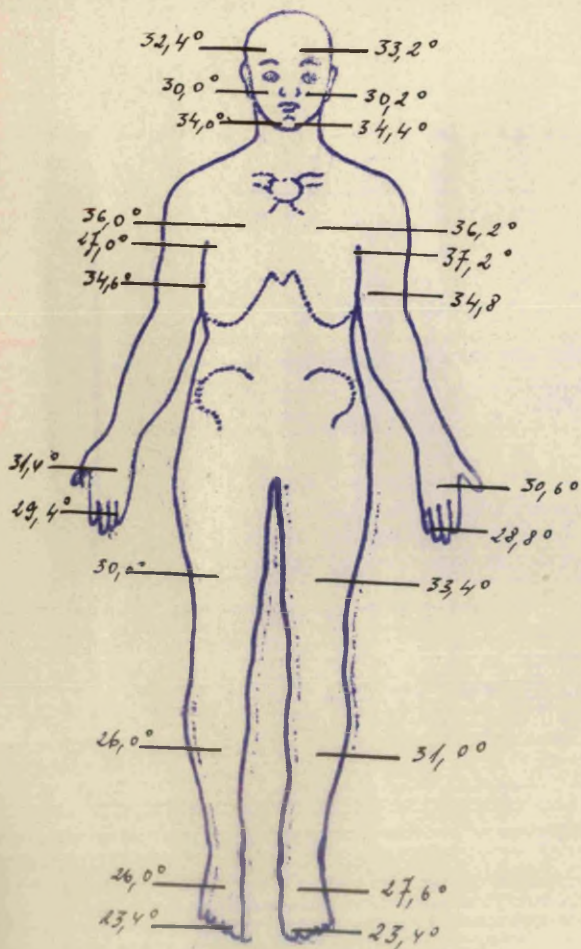


Juht 1.
 Õ.T.
 Hgl. nr.619/1950
 Dg. Poliomyelitis
 anterior acuta.
 Tetraparesis.



Juht 2.
 P.M.
 Hgl. nr.821/1949
 Dg. Poliomyelitis
 anterior acuta.
 Tetraparesis.

38.

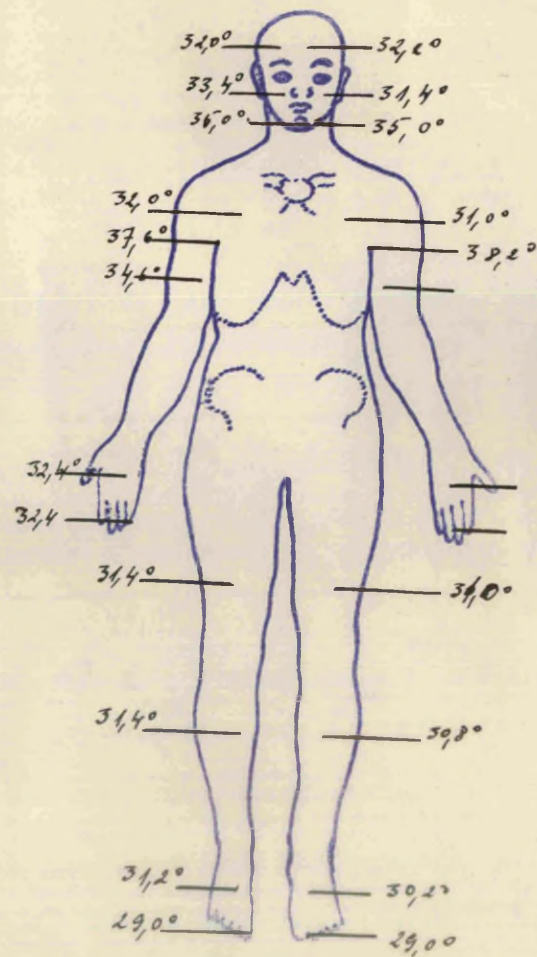


Juht 3.

U.R.

Hgl.nr.363/1946

Dg. Poliomyelitis anterior acuta.
Paraparesis inf.

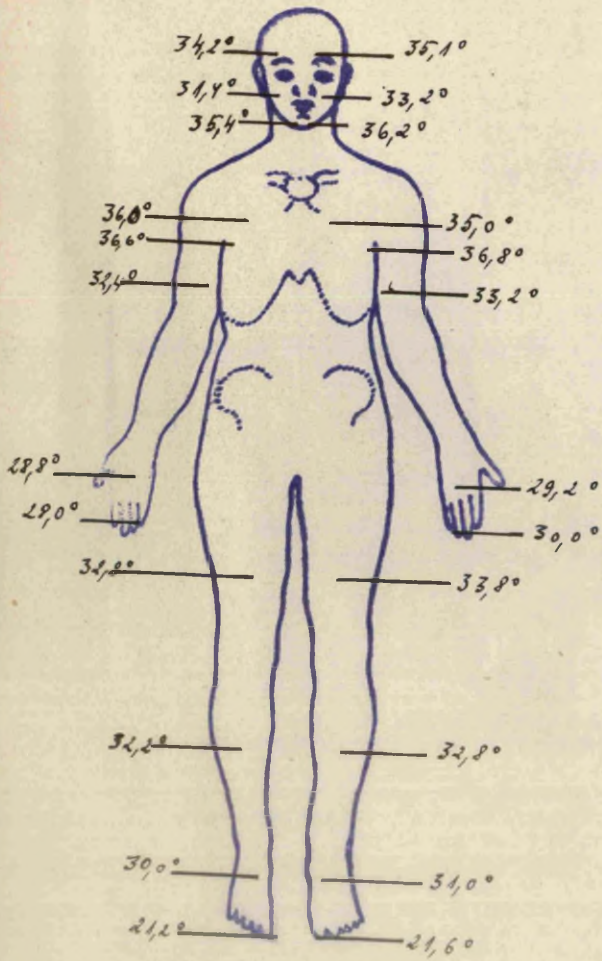


Juht 4.

E.P.

Hgl.nr.1092/1950

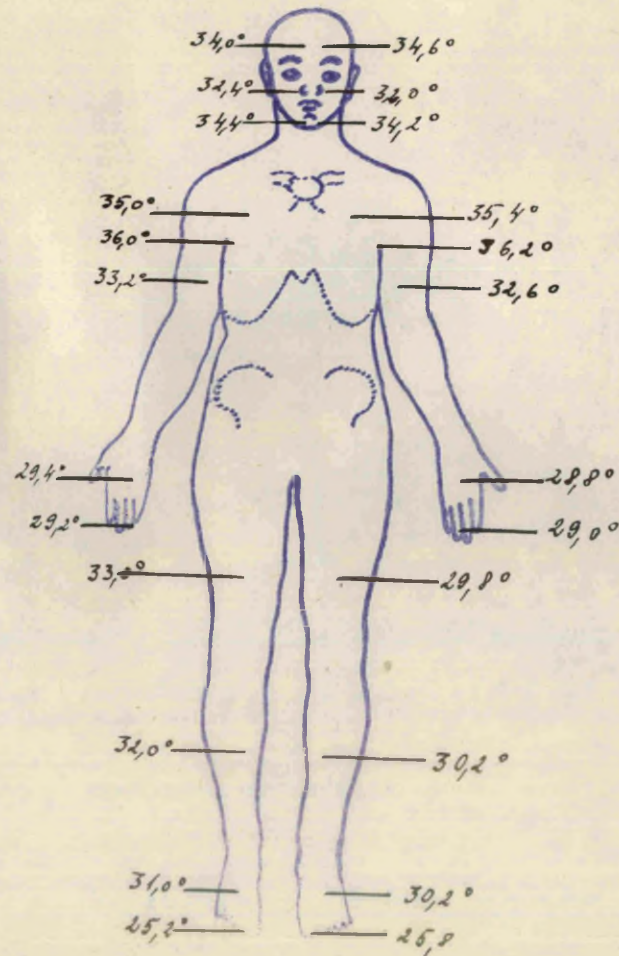
Dg. Poliomyelitis anterior acuta
Paraparesis inf.



Juht 5.
U.R.

Hgl. nr. 620/1953

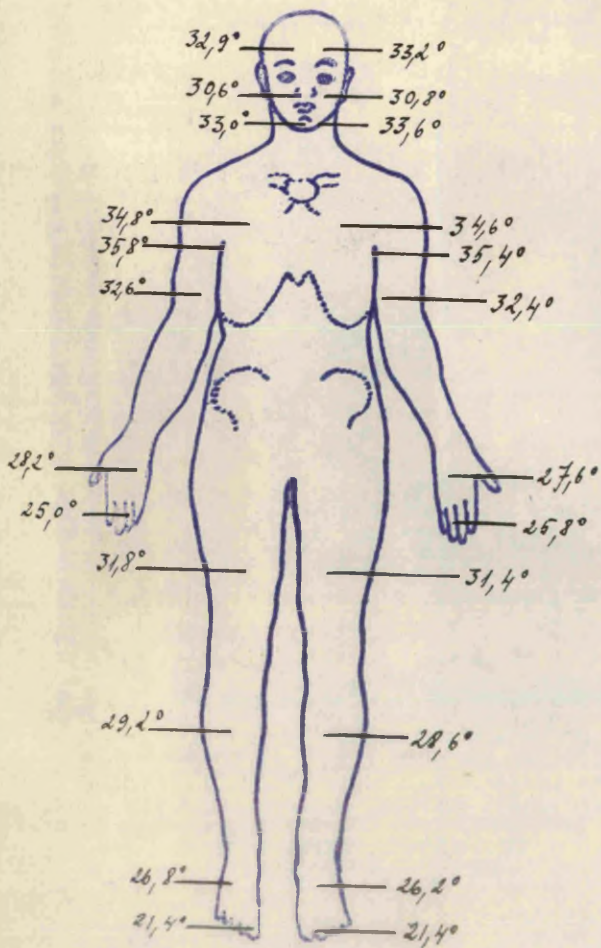
Dg. Poliomyelitis
anterior acuta
Paraparesis inf.



Juht 6.
A.M.

Hgl. nr. 430/1946

Dg. Poliomyelitis
anterior acuta
Hemiparesis sin.

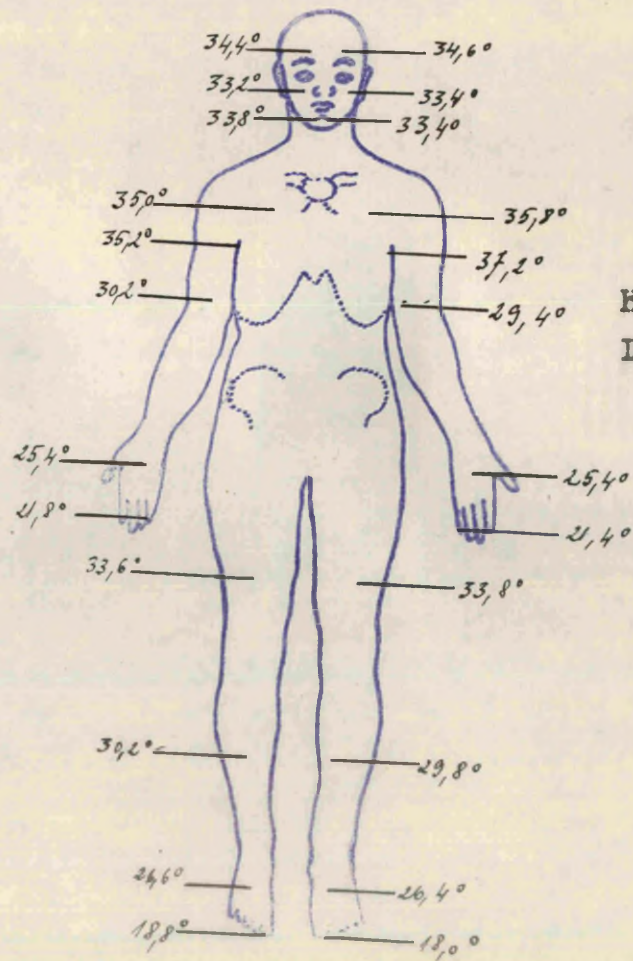


Juht 7.

J.A.

Hgl.nr. 309/1945

Dg. Poliomyelitis
anterior acuta
Monoparesis inf. sin.

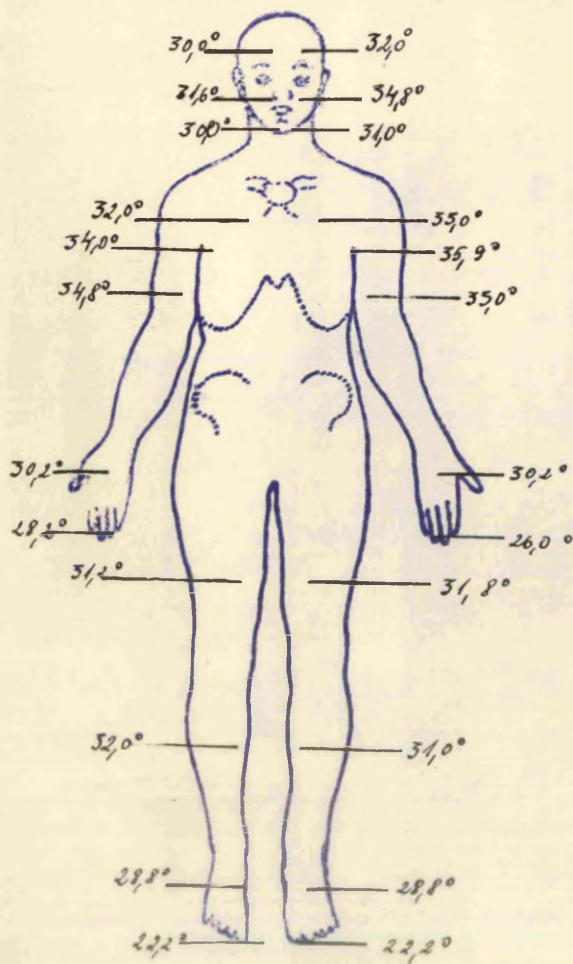


Juht 8.

H.H.

Hgl.nr. 356/1945

Dg. Poliomyelitis
anterior acuta
Meningitiline
vorm.

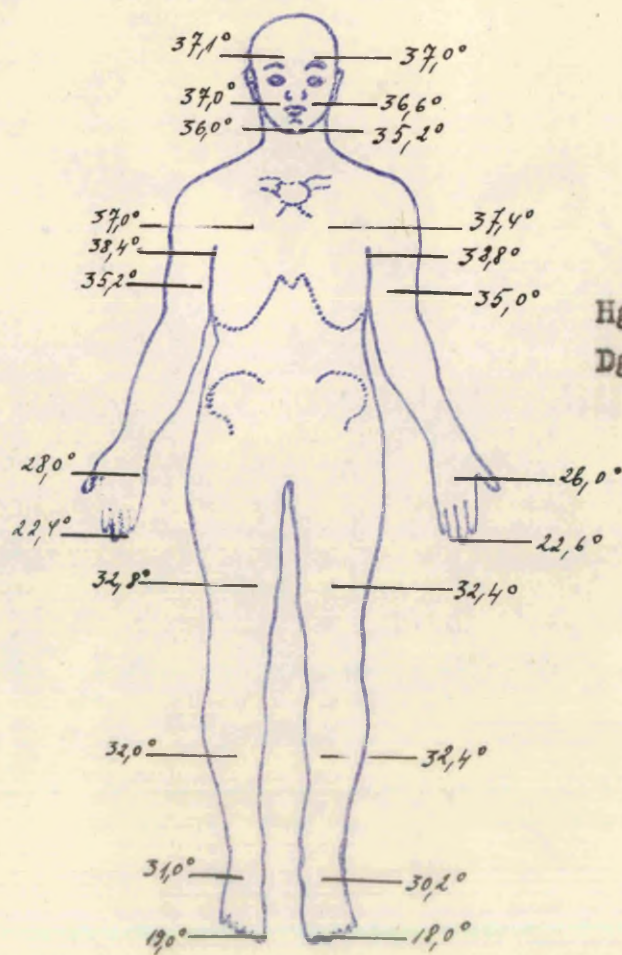


Juht 9.

A.A.

Hgl. nr. 310/1945

Dg. Poliomyelitis
anterior acuta
Meningitiline
vorm



Juht 10.

L.A.

Hgl. nr. 610/1946

Dg. Poliomyelitis
anterior acuta
Meningitiline
vorm.

4. Kokkuvõte ja järeldused.

1. Poliomieliit Tartu linna elanike hulgas esineb nii sporaadiliselt kui ka puhanguliselt, kusjuures on täheldatav suvi-sügisene haigestumuse tõus.

2. Nakatumine nii sporaadilise kui ka epideemilise poliomieliidi puhul toimub arvatavasti eeskätt piisknakkuse teel haigetelt tervetele ja ka tervete viirussekkandjate kaudu, kusjuures ei saa aga ka soolenakkust eitada.

Haigestumine Tartu linnas on endeemiline, kuid selle kõrval võisime kindlaks teha ka infektsiooni sissetoomist ENSV teistest rajoonidest.

3. Haigestumise vanuselises struktuuris esineb suurim haigestumine 0-10-ndatel ja eriti 16-25-ndatel eluaastatel, mõlemi soo hulgas peaaegu võrdselt.

4. Hospitaliseerimine on toimunud peamiselt paraliüside väljakujunemise järgselt, mis viitab diagnostilistele raskustele poliomieliidi preapariüütilises staadiumis ja ka selle küsimuse vähesele tundmisele arstide ning elanikkonna seas.

5. Haigusvormidest prevaleeruvad spinaalsed vormid eeskätt alumiste jäsemete halvatustega. Harvem esineb meningiitiline vorm.

6. Akuutse poliomieliidi ravis on spetsiifilise ravimina rakendatud haiguse alguses rekonvalestsendi seejumit. Soovitatav on rakendada ka γ -globuliini. Spinaalsete kahjustuste süvenemise vältimise eesmärgil on esimesel haigusnädalal rakendatud absoluutset voodirežiimi. Vajalik oleks vältida ka haiglasisest transportimist (põotsetuuridetappa viimist jne.) Sünapside läbitavuse soodustamiseks on manustatud proseriini, strühniini ja dibazoli.

Organismi oksüdatsioonipõotsetesside soodustamiseks on kasutatud C vitamiini intravenoosseid süsteid ja hapniku subkutaanset manustamist.

Motoorsete impulsside taastumise soodustamiseks on alates II nädalast teostatud passiivseid ning seejärel aktiivseid liigutusi.

7. Kõikidest haigusjuhtudest peale esmakordset kliinilisel ravil viibimist on 17,5% lõppenud tegevistumisega, 75,5% paranemise või osalise paranemisega, 1% on jäänud muutusteta ja 6% on lõppenud letaalselt.

8. Järeldravil on käinud vaid 1/3 määratud haigetest, tavaliselt esimesel, harvem ka veel teisel aastal peale haigestumise algust, kusjuures enamasti on läbi viidud 1-2 ambulatoorset või kliinilist ravikuuri.

Ambulatoorses ravikuuris pole ühelgi juhul rakendatud ravikehaku kultuuri.

9. Kuurortravil on määratud haigetest käinud vaid 4, kuna Eesti NSV-s puudub vastava profiiliga kuurort

või sanatoorium ning teiste liiduvabariikide kuurorditesse tuusikute saamine on väga piiratud ja juhuslikku laadi.

10. Poliomieliiti põdenud haigete õige järelravi organiseerimist takistab väga suurel määral Vabariikliku Tartu Kliinilise Haigla neuroloogia osakonnas valitsev pidev kohtadepuudus, polikliiniku füsioteraapiakabinettide ülekoormatus ja ambulatoorsete ravikohakultuurikabinettide puudumine.

11. Poliomieliidi profülaktika ja ravi tõhustamise eesmärgil on vajalik tõsta arstide ja elanikkonna teadlikkust poliomieliidi varajastest sümptomidest ning selgitada pikaajalise järelravi vajadust vähemalt 10 aasta jooksul.

12. Poliomieliidahaigete järelravi materiaalse baasi kindlustamiseks Tartu linnas tuleb tingimata suurendada voodite arvu Vab. Tartu Kliinilise Haigla Neuroloogiaosakonnas, laiendada kliiniku ja polikliiniku füsioteraapiakabinette ning rajada polikliiniku juures ambulatoorne ravikohakultuuri kabinet.

13. Kuurortravi paremuseks on vajalik Eesti NSV-s vastava profiiliga kuurordi rajamine või vähemalt Pärnu sanatooriumis eriosakonna avamine poliomieliiti põdenute järelraviks.

5. Kasutatud kirjandus.

1. Готовцева, Е.В. "О нарушениях дыхания при остром полиомиелите", журнал невропатологии и психиатрии имени С.С.Корсакова, выпуск 2, 1955.
2. Макарова, Н.М., Румянцева-Гусских, М.В., "К вопросу о лечении полиомиелита глутаминовой кислотой." Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, вып.2, 1954.
3. Сухова, М.Н. "К вопросу о возможности распространения вируса полиомиелита синантропными мухами". Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунологии, вып.7, 1951.
4. Футер, Д.С. "Современное состояние проблемы острого полиомиелита". Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С.Корсакова, выпуск 8, 1953.
5. Футер, Д.С. "Принципы и методы современного лечения острого полиомиелита". Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С.Корсакова, выпуск 2, 1955.
6. Членов, Л.Г. "Современные проблемы полиомиелита". Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С.Корсакова, Выпуск 2, 1955.
7. Чумаков, М.П., Присман, И.М., Заценкин, Т.С. "Полиомиелит детский спинно-мозговой паралич". Медгиз, 1953, Москва.

8. Шмидт, Е.В. и Винокуров, К.А. "Хроника III международной конференции по полиомиелиту". Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова, вып.2, 1955.
9. Юсевич, Ю.С. "К вопросу о патофизиологии процессов возбуждения при полиомиелите". Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова, вып.2, 1955.
10. Margaret Agerholm "Epidemic poliomyelitis and its prevention". The Lancet, august 8, 1953.
11. Kukowka, A. "Beitrag zum poliomyelitisproblem". Berlin, 1954.
12. John P. Macaulay, M.D. Albany, N. "Phrenic stimulation in the Treatment of acute bulbar poliomyelitis". The Journal of the American Medical Association. Juni 5, 1954. Lk. 511 - 513.
13. Patrick N. Meenan "New concepts of Poliomyelitis". The Lancet, april 18, 1953.
14. A.J. Rhodes, C.E. van Rooyen "Textbook of Virology". 1953. Lk. 391 - 394.
15. Windorfer "Neure Forschungen über klinische Probleme bei dem Poliomyelitis." Deutsche Medizinische Wschr. 1953. Lk. 995 - 997.