

B. SILBERMAN

**NAHA-  
JA  
SUGUHAIGUSED**



EESTI RIIKLIK KIRJASTUS

B. SILBERMAN

# NAHA- JA SUGUHAIGUSED

(LÜHIKURSUS)



EESTI RIIKLIK KIRJASTUS  
TALLINN 1950

Lubatud õpikuna meditsiinilistele keskkoolidele NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Meditsiiniliste Keskkoolide Valitsuse poolt.

Originaali tiitel:

Б. Н. Зильберман

**Кожные и венерические болезни**

(краткий курс)

Государственное Издательство

Медицинской Литературы

Медгиз — 1949 — Москва

*Tõlkinud H. Vahter*

*Kaanejoonise valmistanud V. Toots*

## EESÕNA.

I. N. Olessov'i ja F. A. Kogan'i naha- ja suguhaiguste lühikursus, mis on ainuke erialane õpik meditsiiniliste õdede koolidele, ilmus esimese väljaandena 1928. aastal. Sellest ajast on nõukogude dermato-veneroloogia teinud suuri edusamme. Tunduvalt on täienenud sugu- ja nakkavate nahahaiguste vastu võitlemise organisatsioonilised meetodid. On leitud uusi teid mädanikuliste nahahaiguste profülaktikaks neis tööstustes, kus nad varem esinesid massiliselt. Tunduvalt on täiendatud sügeliste ja seeneliste nahahaiguste ravimise meetodeid. Eriti suured on saavutused suguhaiguste profülaktika ja ravi alal. Ühes sellega on tunduvalt suurenenud nõuded meditsiiniliste õdede kui arsti abiliste vastu. Kõik see kajastub uues meditsiiniliste õdede koolide programmis, mis on koostatud 1946. a. NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi poolt kinnitatud õppeplaani järgi ja kinnitatud NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi Keskmehitsiiniliste Õppeasutiste Valitsuse Ülema poolt 18. II 1948.

Käesolev naha- ja suguhaiguste lühikursus on koostatud vastavalt sellele programmile. Õpikus käsitletakse ainult neid naha- ja suguhaiguste peatükke, mis on programmis ette nähtud, ja esitatud samas järjekorras. Minu poolt tehtud ainsa muudatusena on peatüki „Nahahaiguste ravi üldpõhimõtted ja haigete eest hoolitsemine” paigutamine eriosa lõpust selle algusse.

Moskva, 15. XI 48.

Autor.

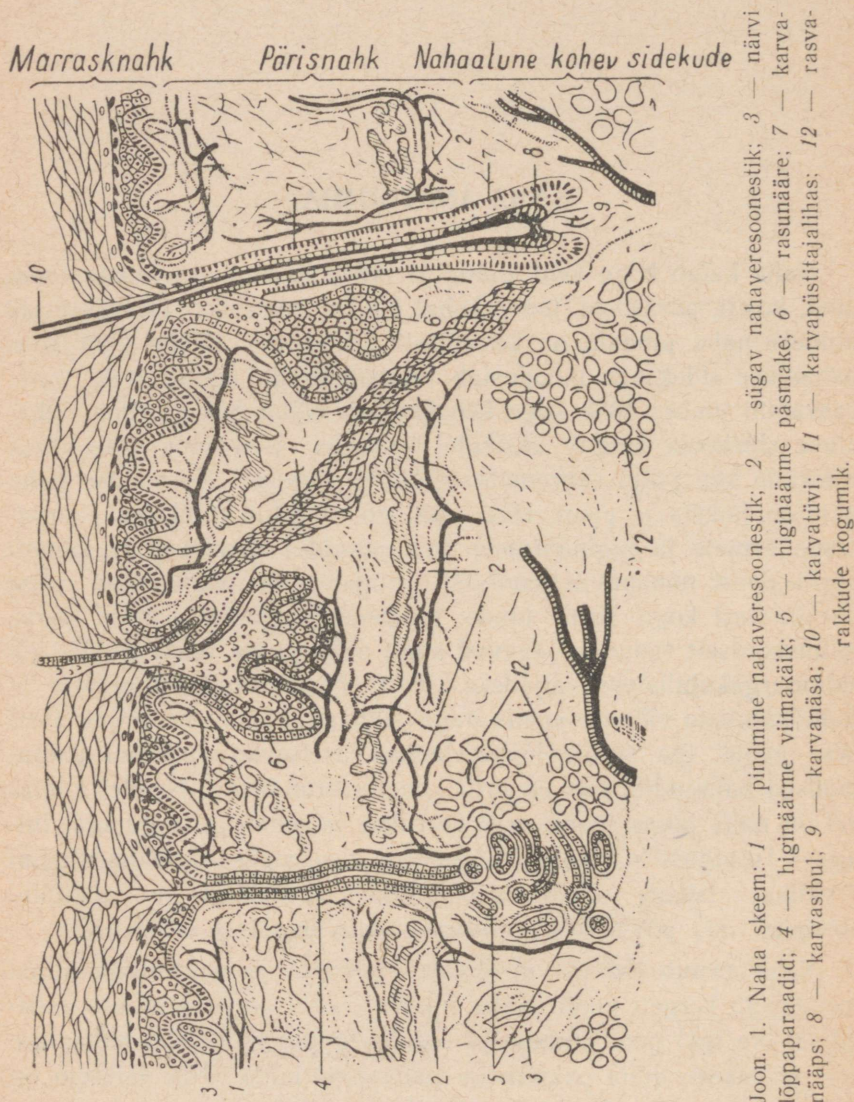
## NAHA ANATOOMIA.

Nahk katab kogu keha pinda ja läheb loomulike avauste (suu, nina, kusiti, pärasoole, tupe) kohal üle limaskestaks. Täiskasvanud inimese naha pindala on keskmiselt 1,5—2 m<sup>2</sup>. Naha kaal koos nahaaluse sidekoega moodustab vastsündinuil umbes 20%, täiskasvanuul umbes 18% kogu kehakaalust. Naha paksus ilma nahaaluse sidekoeta kõigub üksikutel kohtadel  $\frac{1}{2}$ —4 mm, nahaalune sidekude aga palju suuremate mõõtude piirides. Normaalse naha pind on läiketa ja pisut kare, mis on tingitud rohketest karvarasunäärmete ja higinäärmete (nn. pooride) avaustest ja samuti normaalsest nahapinna joonisest; viimane on põhjustatud väga peenikestest kogu naha pinda katvatest vagudest. Need vaod, mitmekordselt ristudes, jagavad kogu naha pinna reaks rombi- või kolmnurgakujulisteks väljadeks. Eriti hästi on kolmnurksete ja rombikujuliste väljade joonis palja silmaga nähtav käeseljal. Peopesa poolel iga sõrme lõppfaalanksil asetsevad väikesed padjataolised paksendid, mis on eriti kimpimistundlikud. Nendel kohtadel on naha pinna joonis eriti keerukas ja omab peaaegu igal inimesel isesugust varianti. Seepärast kasutatakse kohtumeditšiini praktikas isikute kindlakstegemiseks sõrmejälgi — daktüloskoopiat, mis põhineb selle joonise individuaalsel erinevusel.

Nahk asetub lõdvalt allolevatel kudedel ja kokkutõmmatuna moodustab kergelt voldi. Naha liikuvus, s. o. omadus muuta asendit, ei ole igal pool ühtlane ja oleneb tunduval määral nahaaluse koe paksusest: mida paksem on nahaalune kude, seda väiksem on naha liikuvus ja raskem naha tõmbumine volti.

Vereringvoolu-, lümf- ja närvisüsteem seob nahka tihedalt kogu organismiga. Nahk täidab mitmesuguseid organismile tähtsaid füsioloogilisi funktsioone. Vastavalt sellele on naha ehitus

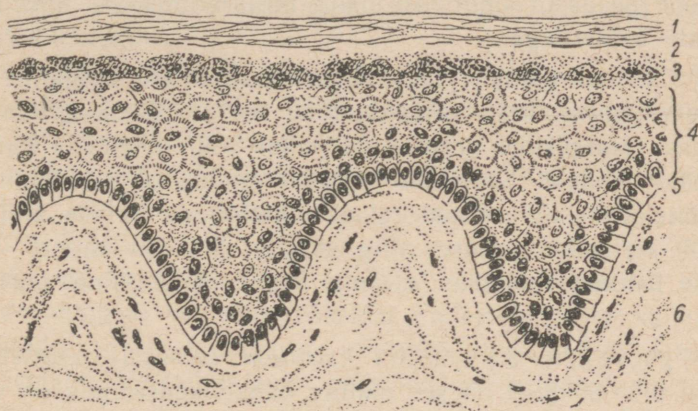
keerukas. Tutvumine naha ehituse ja funktsioonidega on tarvilik selleks, et õigesti mõista patoloogilisi muutusi, mis tekivad nahas mitmesuguste nahahaiguste puhul.



Histoloogiliselt, s. o. uurides mikroskoobiliselt õhukesti vastavalt läbitöötatud nahalõike, võib eristada kaht põhiosa: 1) pindmine epiteliaalne osa, mida nimetatakse epidermiseks ehk

marrasknahaks; 2) sügavamal asetsev sidekoeline naha osa, mis omakorda jaguneb kaheks: a) pindmise kiht, mis asetseb otse epidermise all ja mida nimetatakse pärisnahaks ehk dermaks; b) sügav naha kiht, mis asetub otse allasetsevatel kudedel ja mida nimetatakse nahaaluseks rasvkoeks ehk hüpodermaks. Nii koosneb nahk kolmest kihist, mis järjestuvad alates naha välispinnast järgnevalt: marrasknahk, pärisnahk ja nahaalune sidekude.

Tähtis on meeles pidada, et kõik nahahaigused, mille puhul vigastub ainult naha pindmine osa ehk epidermis (näiteks ekseem, pindmised nahamädanikud, psoriaas jt.), ei jäta paranemisel min-



Joon. 2. Epidermise ehitus (Grigorjevi järgi): 1 — sarvkiht; 2 — valgustmurdev kiht; 3 — sõmerkiht; 4 — okaskiht; 5 — emakiht; 6 — pärisnaha nāsakiht.

geid püsivaid jälgi armide ega atroofiana. See on mõistetav, sest epiteliaalne kude omab head regenereerumisvõimet.

Armide võivad tekkida ainult niisuguste nahahaiguste puhul, kus patoloogilised protsessid lokaliseeruvad sügavamale, põhjustades pärisnaha või nahaaluse koe sidekoeliste kiudude vigastust.

**Marrasknahk** (*epidermis*) kujutab endast mitmekihilist epiteeli.

Mikroskoobiliselt võib selles eristada viit järgmist kihti: 1. sarvkiht (*stratum corneum*), 2. valgustmurdev kiht (*stratum lucidum*), 3. sõmerkiht (*stratum granulosum*), 4. okaskiht (*stratum spinosum*), 5. emakiht (*stratum germinativum*).

Sarvkiht (*stratum corneum*) on kõige pindmised naha kiht. Ta koosneb kihtidena tihedalt üksteisel asetsevatest mitmenurgelistest õhukestest tuumata plaadikestest, mis kujutavad endist surnud ja sarvestunud allasetsevate kihtide rakke. Keemiliselt koosnevad sarvestunud plaadikesed tihedast ainest, keratiinist.

Sarvkiht omab üksikutes nahapiirkondades erinevat paksust. Kõige paksem on ta peopesadel ja jalataldadel; jäsemete painutuskülgedel ja eriti painutuskohtade voltides on ta mitmekordselt (15—30) õhem. Väikestel lastel, eriti vastsündinuil, on sarvkiht tunduvalt õhem kui täiskasvanuil, olles seetõttu kergesti vigastuv, ning loob soodsaid tingimusi naha infitseerumiseks, eriti mäda-tekijate bakteritega.

Naha pinnal toimub pidev silmale nähtamatu hulgaline üksikute sarvkihiplaadikeste eemaldumine; see on füsioloogiline naha ketendus. Haiguslike protsesside puhul võib täheldada ka patoloogilist ketendust. Säärastel juhtudel pindmised sarvestunud ja mitte täielikult sarvestunud rakud eemalduvad tervete kihtidena. Sarvkiht on halb soojuse ning elektri juht ja kaitseb nahka niiskuse kahjustava toime ja naha sügavamaid kihte kuivamise eest.

Valgustumurdev kiht (*stratum lucidum*) asetseb otse sarvkihi all. Selgesti on see nähtav nahalõikudes, mis on võetud eriti paksu epidermisega naha piirkondadest (jalatallad). Harilikudes lõikudes esineb see tugevalt valgustumurdeva läikiva homogeense heleda õhukese joonena.

Lõikude spetsiaalse läbitõotamise ja värvimise puhul koosneb valgustumurdev kiht lamedatest läikivatest vaevaltmürgatava tuumaga rakkudest. Valgustumurdeva kihi rakud sisaldavad erilist ainet eleidiini, millest tuleneb ka selle kihi teine nimetus — eleidiinkiht. Eleidiinist tekib lõpliku sarvestumisprotsessi tagajärjel keratiin.

Sõmerkiht (*stratum granulosum*) koosneb 1—4 üksteisel asetsevast rakkude reast. Sõmerkihi rakud on kävikujulised ja teravalt värvuva tuumaga. Need rakud asetsevad pika teljega paralleelselt naha pinnale. Sõmerkihi rakkude iseloomulikuks omaduseks on nende protoplasmas ümmarguste või nurgeliste heledalt värvuvate keratohüaliinist terade esinemine, mistõttu sõmerkihti nimetatakse ka keratohüaliinkihiks. Keratohüaliinterad on

esimene epiteelrakkude sarvestumise tunnus, kusjuures need edasises rakkude sarvestumise protsessis muutuvad eleidiiniks.

**O k a s k i h t** (*stratum spinosum*) koosneb 4—6 mitmenurgelisest rakkude reast, suurte ümmarguste või ovaalsete tuumadega. Rakud asetsevad hõredalt üksteise kõrval, jättes endi vahele kitsaid pilusid, nn. rakkudevahelisi ruume ehk epiteelivahelisi kanalikesi, mille kaudu voolab rakke toitev lümf. Sõmerkihi rakkude iseloomulikuks omaduseks on nende protoplasma selgelt väljakujunenud niitjas struktuur, mis põhjustab rohkeid kogu raku pinda katvaid okkataolisi jätkeid. Nende jätkete abil on okaskihi rakud üksteisega ühendatud. Nad moodustavad ka nn. rakkudevahelisi või epiteelivahelisi sillakesi, mis ristuvad epiteelivahelistes kanalites.

**E m a k i h t** (*stratum germinativum*) ehk põhikiht (*stratum basale*) on epidermise kõige sügavam kiht ja asetseb otse pärisnahal. Emakiht koosneb ühest reast silindrilistest rakkudest suurte ümmarguste või ovaalsete tuumadega. Selle kihi silindrilised rakud asetsevad korrapärase püstreana pärisnaha näsadel. Emakihi silindriline rakk on igast küljest piiratud lümfiga-täidetud kitsa pilu või kanaliga. Need emakihi rakkudevahelised kanalid ühinevad ülalpool asetseva okaskihi epiteelivaheliste kanalitega, moodustades üldise kanalikeste süsteemi, mis ulatub okaskihini ja kõrgemale. Epiteelrakkude paljunemine toimub ainult emakihis, kusjuures paljunenud rakud aeglaselt muutudes lähevad üle kõigi ülalpool asetsevate epidermise kihtide rakkudeks. Emakihi silindrilised rakud sisaldavad pigmentterakesi, mis asetsevad vihmavarjutaoliselt tuuma kohal. Tumedajuukselistel on pigmentterakesi rohkem ja nende värvus on tumedam kui heledajuukselistel. Pigmentterakeste värvus kõigub erinevail inimesil helepruunist kuni mustjaspruuni värvuseni. Päevitumise puhul suureneb pigmendi hulk ja pigmentterakesed ümbritsevad kogu raku tuuma, kaitstes seda ultraviolettkiirte kahjuliku toime eest ja takistades nende tungimist sügavamal asetsevatesse õrnetatesse kudedesse. Naha pigmenti nimetatakse melaniiniks ja selle tähtsust pole veel lõplikult selgitatud. Ühed arvavad, et pigment adsorbeerib ultraviolettkiiri, teiste arvates muudab pigment lühilainelisi kiiri pikalainelisteks, mis on organismile kahjutud. Harilikult on paksu päevitunud nahaga inimesed tugevad ja vastupidavad. Vastupidiselt on õrna, valge, päikese toimel halvasti või üldse mitte päevituvat nahaga isikud kehveresed ja nõrgad. Prof. Meštšerski arva-

tës üldseisundi paranemine õige päikeseravi toimel lubab oletada, et pigment, haarates väljastpoolt kiirte energiat, töötab seda ümber teisteks energialiikideks, mis omalt poolt elustavad kõigi koerakude tegevust.

**Pärisnahk ehk derma** jaguneb kahte kihti: ülemine — näsakiht (*stratum papillare*) ja alumine — võrkkhiht (*stratum reticulare*).

Näsakiht asetseb vahetult epidermise all. Epidermise ja pärisnaha piir omab lainelise joone kuju selletõttu, et pärisnaha näsakiht koosneb kõrgetest papillidest, mis asetsevad reastikku koonusekujuliste moodustistena ja mille vahele tungivad marrasknaha epiteliaalsed jätked. Näsakiht koosneb peenematest tihedalt seotud sidekoelistest kiududest, mille kimbud omavad enamasti ebakorrapärasest suunda; osa nendest asetseb naha pinnale perpendikulaarselt, moodustades näsasisid.

Võrkkihi nimetus on tulnud sellest, et sellel kihil on võrgustiku kuju. Koosnedes jämedamatest sidekoe kiududest, moodustavad need teravnurkselt ristlevaid kimpe, mis kulgevad enamasti naha pinnaga paralleelselt. Selle võrgustiku silmad sarnanevad rombiga, mille pikiteljed vastavad sidekoeliste kiudude kimpude üldisele suunale ja on iseloomulikud erinevatele nahapiirkondadele. Võrkkihi silmade rombikujulise ehitusega on seletatav naha ebaühtlane venivus selle erinevates suundades. Naha venivus on suurem suunas, mis on perpendikulaarne kiudude käigule. Sellepärast naha läbitorkamisel ümmarguse riistaga tekkivad augud ei jää ümmarguseks, vaid omandavad kitsaste pilude kuju. Need pilud omavad erinevatel kohtadel teatavat suunda, mis vastab kiudude kimpude peasuunale, ja kannavad nahavagude ehk langeri joonte nimetust, autori järgi, kes esimesena neid põhjalikult uuris. Langeri joonte tundmine omab praktilist tähtsust: 1. selleks et pärast operatsiooni tekiks õrnem arm, tuleb teha lõige paralleelselt langeri joontega; 2. massaaži puhul on vaja naha venitamist teostada suunas, mis on perpendikulaarne langeri joontele, sest naha venivus kiudude käigu perpendikulaarsuunas on suurem.

Pärisnahas leidub sidekoeliste kiudude kõrval suurel hulgal elastseid kiude. Need elastsed kiud läbivad kogu nahka, andes harusid näärmetele, veresoontele ja karvanääpsudele. Elastsed kiud kindlustavad katkestamatut sidet epidermise ja derma vahel. Hulgaline elastsete suure vetruvusega kiudude esinemine nahas

annab sellele suure elastsuse, kaitstes nii nahka kui ka selles asetsevaid sooni ja närve mehaaniliste vigastuste eest.

Naha lõtvus ja kortsumine on seotud naha elastsuse vähenemisega, mis on tingitud elastsete kiudude hävimisest või atroofiast.

**Nahaalne sidekude** (*subcutis, hypoderma*) koosneb hõredatest sidekoe kiududest, moodustades suuresilmalise võrgustiku, milles asetsevad rasvarakkude kogumikud. Nahaaluses koes, nagu pärisnahaski, leidub hulgaliselt elastseid kiude, mistõttu see omab küllaldast elastsust. Nahaalne kude on erinevail kehaosil ebaühtlaselt arenenud; olles meestel ja naistel erinevalt paigutatunud, põhjustab nahaalne rasvkude kehavormide iseloomulikku ümarust. Nahaalne rasvkude on halb soojuse juht, kaitstes organismi liigse jahtumise eest. Oma pehmuse ja kohevuse tõttu kaitseb nahaalne rasvkude allasetsevaid kudesid ja neis asetsevaid närvitüvesid ning veresooni väliste mehaaniliste mõjude eest. Nahaalne kude on organismis kohaks, kuhu soodsatel elutingimustel nii-öelda koguneb toiduainete tagavara, mis kasutatakse ära elutingimuste halvenemisel.

**Naha lihased.** Peale epiteliaalse, sidekoelise, elastse ja rasvkoe esineb nahas suurel hulgal lihaskiude. Suurem osa naha lihastest kuulub silelihaste, s. o. tahtele alistumatult kokkutõmbuvate lihaste hulka.

Vöötlihaseid s. o. tahtlikult kokkutõmbuvaid lihaseid leidub ainult näonahas: otsmikul, põskedel, huulte ja lõuaotsa piirkonnas; see on miimiline muskulatuur, mille abil nägu väljendab reaktsiooni mitmesugustele elamustele. Silelihased, asudes naha sidekoelises osas, moodustavad kohati (näiteks munandikoti nahas, rinnanibude ümbruses) iseseisvaid lihaste kihte. Peale selle moodustab silelihaskond üht osa vere- ning lümfisoonte ja higinäärmete kestadest. Kuid naha silelihaskonna põhimassi moodustavad nn. karvapüstitajad lihased (*m. m. arrectores pilorum*). Nad kulgevad viltusuunas ülalt alla, põimudes oma elastseist kiududest koosneva kõõluse alumise osaga karvanääpsu alumise kolmandiku elastsete kiududega; nende ülemine osa aga põimub pärisnaha näsakihi elastsete kiududega. Selle asendi tõttu need lihased kokku tõmbudes tõmbavad endiga kaasa karvanääpsu alumist osa ja püstitavad karvu, muutes nende asendi perpendikulaarseks naha pinnale. Nende lihaste kokkutõmbumine toimub spontaanselt, näiteks naha mehaanilise ärrituse või külma mõjul. Seetõttu võib tihti täheldada, et inimesel, kes riietub lahti külmas toas või puutub kokku külma

veega, muutub nahk karedaks ja omandab hanenaha välimuse. Karvapüstitajad silelihased, tõmbudes kokku, põhjustavad vastavas piirkonnas kogu naha kokkutõmbumist, mis omakorda soodustab vere ja lümfi liikumist ja rasu- ning higinäärmete sekreedi väljumist naha pinnale.

**Naha veresooned.** Nahk on väga rikas vere- ja lümfisoontest. Nahka toitvad veresooned kujutavad endist suurte veresoonte harusid, mis nahaaluses koes moodustavad veresoonte võrgustiku. Sellest võrgustikust tõusevad üles üksikud enam-vähem suured arterid, läbides vertikaalselt nahaalust kudet. Need arterid annavad toitvaid harusid nahaaluse koe alumisele osale ja pärisnaha piiril jagunedes ning põimudes moodustavad nn. sügava naha veresoonte võrgustiku. See veresoonte võrgustik toidab nahaaluse koe ülemist osa, pärisnaha võrkihti, annab harusid karvanääpsudele ja rasu- ning higinäärmetele. Üksikud nendest arteridest, niisamuti sügava veresoonte võrgustiku suuremad harud suunduvad ülespoole, läbides vertikaalselt võrkihti, ja pärisnaha näsakihi piiril moodustavad teise, nn. pindmise veresoonte võrgustiku, mis toidab sidekoelisi papille, pärisnahas asetsevaid lihaseid, karvatuppe, rasunäärmeid ja higinäärmete viimakäike.

Naha venoossed sooned kulgevad paralleelselt arteriaalsete veresoontega; teatavates kohtades kaasuvad veresoontega lümfisooned, kuid neid on väga palju, ja ka kõik pilutaolised ruumid üksikute kiudude vahel on täidetud lümfiga. Normaalses olekus on need pilud kokku surutud ja tursete puhul laienenud.

Mõlemad naha veresoonte võrgustikud — pindmine ja sügav — asetsevad horisontaalselt ja üksteisega ning naha pinnaga paralleelselt. Üksikute nahahaiguste puhul võivad põletikulised nähud väljuda ainult ühest naha veresoonte süsteemi osast. Olenevalt sellest, missugused sooned võtavad osa põletikulisest protsessist, muutub ka naha nähtude kliiniline pilt.

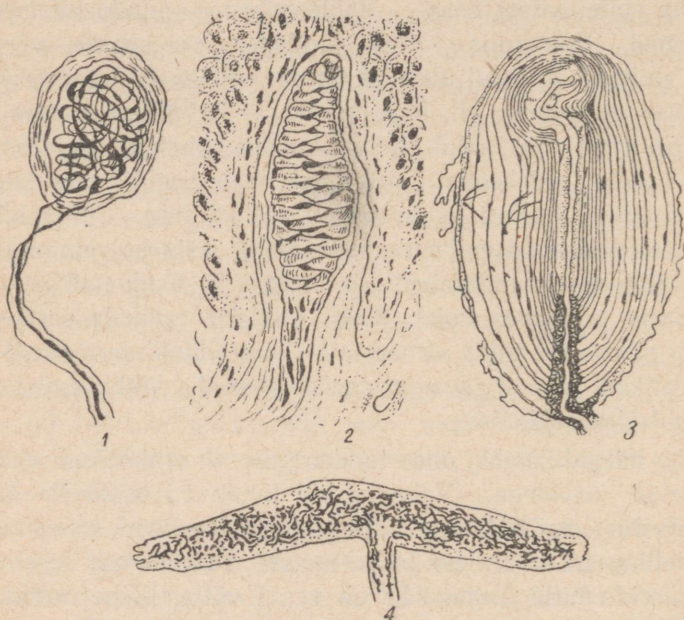
Naha sooned võivad kergesti laieneda ja aheneda. See on hästi täheldatav näol, avaldades kiires punetuse ja kahvatuse vaheldumises ägedate, kiiresti vahelduvate psüühiliste elamuste puhul. Peale selle omavad naha kapillaarid ja väikesed veresooned võimet laieneda või aheneda paikset toimivate tegurite mõjul. Veresoonte toonusesse avaldavad toimet mõningad keemilised ained või rakkude ainevahetuse produktid, mis ringlevad nahkapillaarides. Nendest ühed (happed, leelised, mikroobsed tok-

siinid) toimivad sooni laiendavalt, teised (näiteks adrenaliin) vastandina kutsuvad esile naha kapillaarvõrgustiku ahenemist. Eriaparaatide, kapillaroskoopide abil võib uurida kapillaaride ja vere ringvoolu seisundit elava inimese nahas. Säärase uuringu, nn. kapillaroskoopia abil võib üksikute siseorganite haigestumisel täheldada enam-vähem iseloomulikke muutusi.

Naha epiteliaalses osas — epidermises — puuduvad iseseisvad veresooned. Epidermis toitub pindmise veresoonte võrgustiku kaudu, millest väljuvad üksikud harukesed igasse näsasse ja mille tipul, otse epidermise all, nad jagunevad hulgalisteks peenikesteks kapillaarideks. Siit satub lümf, läbides õhukest epidermise ja derma vahelist sidekoelist katet, epidermise haruliste rakkudevaheliste kanalite labürinti ja ümbritseb epiteelrakke. Mida kõrgemal näsakihist asetsevad epiteelrakkude kihid, seda halvemini loomulikult toimub nende toitumine, mis omakorda soodustab nende aeglast surma ja sarvestumist. Kuigi esialgne rakkude sarvestumine muutub nähtavaks alles sõmerkihis (keratohüaliinterakesed), algab see tegelikult juba sügavamal asetsevates okaskihi ülemiste ridade epiteliaalsetes rakkudes.

**Naha närvid.** Nahk, olles tundeorgan, on erakordselt rikkalikult varustatud närvidega. Naha närvid kuuluvad osaliselt sümpaatilise närvisüsteemi hulka, näiteks motoorsed närvid, mis innerveerivad silelihaseid, näärmeid ja veresooni. Suurem osa neist on aga tundenärvid, mille ülesandeks on vastu võtta kõige mitmekesisemaid tundeid: kompimis-, rõhu-, külma-, sooja-, valu-, sügelemisjne. tunnet. Naha närvid koosnevad närvikiududest ja mitmesugustest närvilõpmetest. Naha pindmisemad osad — epidermis ja pärisnahk — on närvidega rikkalikumalt varustatud kui nahaalune kude. Naha tundenärvid lõpevad kas vabade närvilõpmetena või erilistes närvi lõpporganites. Vabad närvilõpmed esinevad paljaste telgsilindritena peaasjalikult epidermises, ulatudes kuni sõmerkihini; vähemal arvul esineb neid pärisnahas oksakujuliste figuuridena. Lõpporganid, mille hulka kuuluvad Vater-Paccini ja Meissneri kehakesed, Krause kolvid, Ruffini kehakesed jt., asetsevad pärisnahas, nahaaluses koes ja isegi sügavamates kudedes (luudes, luuümbrises ja kõõlustes). Iga närvi lõpporgan omab erineva tunde tajumise võimet. Kompimistunnet võtavad vastu Meissneri kehakesed, rõhutunnet Vater-Paccini kehakesed, külmatunnet Krause kolvid, soojatunnet Ruffini kehakesed. Vabad närvilõpmed tajuvad valutunnet ja, nagu näib, ka sügelemis-, kipitus- ja kõditunnet.

Üksikute lõpporganite arv nahas ei ole ühtlane: nii näiteks külmapunkte esineb kuni 250 000, soojapunkte aga kõigest 30 000; kompimispunkte on kogu nahas umbes 500 000; kõige rohkem esineb nahas valupunkte, s. o. vabu närvilõpmeid, nende arv kogu naha pinnal on 2—4 miljonit. Närvilõpmete jagunemine mitmesugustes nahapiirkondades ei ole ühtlane. Külmapunktid esinevad peasja-



Joon. 3—6: 1 — Krause kolvike; 2 — Meissneri kehake; 3 — Vater-Pacini kehake; 4 — Ruffini kehake.

likult suulimaskestal, väliste suguorganite, silmalaugude ja jalataldade nahal; kompimispunkte leidub suuremal arvul sõrmede painutuskülgedel; rõhupunkte esineb kõige rohkem peopesadel ja jalataldadel. Närvide mitmesuguste lõpporganite ebaühtlane paigutus nahal põhjustab üksikute nahapiirkondade erinevat suhtumist soojasse ning külmasse ja erinevat vastuvõtuvõimet kompimis-, rõhu-, valu-, kõdi- ja teiste tunnete suhtes. Naha tundlikkuse uurimine omab suurt tähtsust, sest mõnede nahahaiguste puhul esineb selle normist kõrvalekaldumist. Naha valu- ja temperatuuritunde rikked võimaldavad põletuse, külmumise ja naha traumaatiliste vigastuste tekkimist, mis, jäädes tähele panemata, võivad hakata mädanema ja haavanduda.

**Naha näärmed.** Nahas asetsevad higi- ja rasunäärmed.

Higinäärre (*glandula sudorifera*) kuulub lihtsate torunäärmete hulka, koosnedes päsmakesest ja viimakäigust. Higinäärme päsmake on kerakujuliselt keerdunud toru, mis on ümmargune ja ümbritsetud kapillaaride ja õhukeste närviharude tiheda võrgustikuga. Higinäärme päsmake asetseb pärisnaha alumises osas või nahaaluses koes. Sellest väljuv keerdunud toru ots on ühtlasi näärme viimakäik, mis perpendikulaarselt läbides pärisnaha ulatub epidermiseni ja lõpeb sarvkihi all. Edasi väljub higinäärme sekreet spiraalitaoliselt keerdunud käigu kaudu sarvkihi plaadikeste vahel ja eritub väikese lehtritaolise avause — higipoori — kaudu nahapinnale. Higinäärmete tegevus on vahetult seotud kesknärvikavaga. Higieritushäired, nagu suurenenud või vähenenud higistamine, olenevad peaasjalikult närvisüsteemi haigestumisest. Kogu inimese naha pind, välja arvatud sugutilukk (*glans penis*), eesnahk ja huulepuna piirkond, on hulgaliselt varustatud higinäärmetega: nende üldarv ulatub kuni 2,5 miljonini. Mõned nahapiirkonnad, nagu peopesad, jalatallad, kaenlaaugud, kubemepiirkond, on eriti rikkad higinäärmetest; kõige vähem higinäärmeid esineb tuharatel.

Higinäärmete sekreet — higi — on alkaalse või nõrgalt hapu reaktsiooniga vedelik. Higi sisaldab 97—99% vett ja ainult pisut enam kui 1% tahkeid aineid. Higinäärmed on võimelised eritama peale harilike ainevahetusproduktide mitmesuguseid organismi sisseviidud keemilisi aineid, näiteks elavhõbedat, joodi, arseeni jt., samuti baktereid. Seda higinäärmete omadust kasutatakse käesoleval ajal laialdaselt ravi otstarbel. Peale harilike higinäärmete esineb üksikuis nahapiirkonnas veel erilisi, nn. apokriinseid higinäärmeid, mis erinevad esimestest oma suuruse ja laiade viimakäikude poolest. Nende higi on rikas aromaatselist aineist ja omab eriliselt teravat lõhna. Apokriinsete näärmete tegevus on tihedalt seotud sugunäärmetega. Naistel asetsevad suured higinäärmed kaenlaaukudes, rinnanibude, hääbeme ja pärasoole piirkonnas, meestel aga peaasjalikult kaenlaaukudes. Mõned naha haigused on seoses just nende higinäärmete häiretega.

Rasunäärmed (*glandulae sebaceae*) on lihtsad või kobartaolised kottnäärmed, mis eritavad nahka katvat rasva. Enamik inimese nahas esinevaid rasunäärmeid on seoses karvadega, sest nende viimakäik avaneb karvanääpsu ülemisse kolmandikku. Palju harvemini avanevad rasunäärmete viimakäigud otse naha pinnale. Niisuguseid karvadega mitte seoses olevaid rasunäärmeid leidub

ainult üksikuis nahapiirkonnis, näiteks eesnaha siselehel, väikestel häbememokkadel, rinnanibudel, laugudel ja huulte limaskestal. Kuid enamik rasunäärmeist, nagu juba nimetatud, on seoses karvadega, olles nendele nagu lisandiks. Viimane on aga kehtiv ainult pikkade karvade kohta. Väikesed, villkarvad on sageli ise lisandiks rasunäärmele, mis ületab esimesi oma suuruselt mitmekordselt. Rasunäärmed asetsevad üle kogu keha pärisnahas, välja arvatud peopesad ja jalatallad. Eriti rohkesti leidub rasunäärmeid peanahal, näol, eriti selle keskosas, ja selja ülemises osas ülalpool abaluid. Rasunäärmete maksimaalne arenemine toimub puberteedieas. Vastavalt sellele esineb rasunäärmete häireid eriti sageli noorukieas.

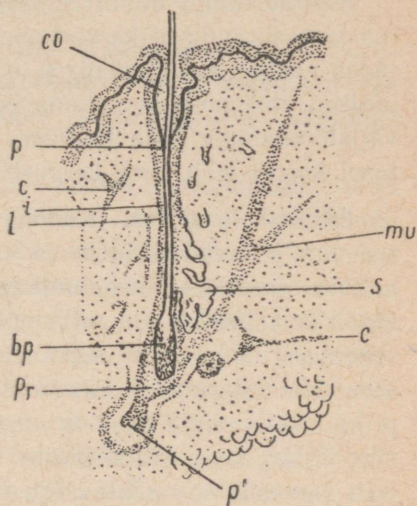
Inimese nahk eritab keskmiselt kuni 100 g rasva nädalas, mõnel isegi kuni 300 g. Rasvane toit suurendab naharasva eritust. Lastel ja raukadel eritub vähe rasva. Eriti palju eritub rasva puberteedieas. Rasunäärmete erituse haiguslikul suurenemisel on nahk rasvane, läikiv ja juuksed nagu õliga üle valatud. Rasva erituse vähenemisel muutub nahk kuivaks, karedaks, krobeliseks ja võivad esineda isegi lõhed.

**Karvad (pili).** Täiskasvanud inimesel on kogu nahapind kaetud karvadega, välja arvatud huultepeuna piirkond, peopesad ja jalatallad, sõrmede ning varvaste painutusküljed, sõrmede ja varvaste kolmanda faalanksi sirutusküljed, rinnanibu, sugutilukk, eesnaha siseleht, väikesed häbememokad ja suurte häbememokkade seesmine pind. Karvade arenemine algab emakasiseses elu neljanda kuu algul. Tekkinud karvad langevad harilikult välja veel emakasiseses elu ajal ja asenduvad hiljemini uutega. Seepärast leidub sageli lootevetes väljalangenud karvu. Villjuuksed, kattes sageli rikkalikult vastsündinu pead, langevad varsti välja, asendudes uutega. Üksikutel kohtadel ilmuvad karvad alles puberteedieas: mõlemast soost isikuil kasvavad karvad kaenlaaukudesse ja välis-suguosade piirkonda. Selle-ealistel meestel ilmuvad karvad näole (habe, vurrud), kõrva väliskulmekaiku ja ninna.

Eristatakse pikki, lühikesi ja villkarvu. Pikkade karvade hulka kuuluvad juuksed peanahal, karvad kaenlaaukudes, häbemel ja meestel näol. Lühikesed karvad moodustavad kulme ja ripsmeid. Ülejäänud osa naha pinnast, välja arvatud ülalmainitud kohad, on kaetud lühikeste peenikeste, peaaegu värvitute karvadega, mis on vaevalt märgatavad langevas valguses. Karvade kasv on tihedalt seotud sisesekretoorse tegevusega.

Igas karvas eristatakse karvatüve (*scapus pili*), s. o. karva osa, mis ulatub naha pinnast kõrgemale, ja karvajuurt (*radix pili*), s. o. osa, mis asetseb nahas. Karvajuure ossa kuulub ka karvanääps (*folliculus*). Karvanääps on väga keeruka ehitusega. Põhiliselt eristatakse selles üht sidekoelist ja kaht epiteliaalset, välist ja seesmist tuppe. Karvanääpsu põhjas asetseb karvasibul (*bulbus pili*), mis koosneb põhikihi rakkudest. Karvasibul on see karva osa, millest toimub karva taastekkimine (regeneratsioon). Karvasibul asetseb just kui ratsa karvanäsal. Viimane on koonuse- või seenekujuline moodustis, koosnedes tihedast peente sidekoeliste ja elastsete kiudude võrgust, ja omab rikkalikult veresooni ja närve.

Iga karvanääpsu ülemisse kolmandikku avaneb ühe või mitme rasunäärme viimakäik. Karvanääpsust väljub karv naha pinnale viltusuunas. Karva püstumine ja rasunäärme sekreedi väljumine toimub karvapüstitajalihase kokkutõmbe tagajärjel. Karvanäsa toitub sügavast naha veresoonte võrgustikust, mis annab igale näsale oma harukese. Karvanääps toitub pindmisest veresoonte võrgustikust, karv ise aga nagu iga epiteliaalne moodustis sooni ei oma. Toiteaineid saavad karvad näsade soontest. Seepärast näsade kõhetumise puhul karvad samuti kõhetuvad ja langevad välja. Nii-samuti nagu marrasknahas toimub sarvkihi sarvestunud plaadikeste alatine eemaldumine, toimub ka alatine karvade väljalangemine ja märkamatu asendumine uutega. Päeva jooksul kasvab karv 0,4 mm, kuu jooksul 1 cm. Et karva keskmine pikkus peanahal on 30—40 cm, siis on karva keskmine iga 2—4 aastat. Päeva jooksul langeb välja 30—120 karva. Väljalangenud karvade asemele kasvavad uued. Ripsmete iga on 4—6 kuud ja villkarvade



Joon. 7. Väljalangev ja asenduv karv (Nikolski järgi): *P* — karvatüvi; *bp* — karvasibul; *p<sup>l</sup>* — karvanäsa; *l* — väline epiteliaalne karvanääps; *i* — seesmine epiteliaalne karvanääps; *CD* — juukse kael; *S* — rasunääre; *mu* — karvapüstitajalihas; *Pr* — asenduv karv; *c* — veresooneid.

iga 200—300 päeva. Terve karv on raskesti eemaldatav; seejuures eemaldub ainult tüvi, ilma epiteliaalse tupeta, kuid koos mahlaka karvasibulaga. Kõhetunud karv on kergesti, peaaegu valuta, eemaldatav koos kuiva kortsunud sibulaga. Mõnede haiguste puhul eemalduvad karvad koos epiteliaalse tupega, kusjuures juure osa on tursunud ja tüvest paksem.

Karvad, nagu mainitud, asetsevad viltu naha pinnale. Seejuures samasuunalised karvad asetsevad korrapäraste ridadena. Teostades käsitsi epilatsiooni, s. o. eemaldades karvu käsitsi tsiliaarpintseti abil, peab arvestama väljatõmmatava karva suunda. Karva väljatõmbamine peab toimuma selle loomuliku kasvu suunas, vastasel korral võib karv kergesti murduda.

**Küüned** (*ungues*). Küüned on tihedad neljanurksed plaadikesed, mis katavad sõrmede ja varvaste lõppfaalanksite sirutuskülgi, kaitstes sõrmeotsi mehaaniliste vigastuste eest. Küüne arenemine algab emakasisese elu seitsmendal nädalal sõrmeotste epiteeli paksenemise näol. Loote seitsmendal elukuul ulatub küüne eesmine serv juba ettepoole. Küüs koosneb küüneplaadist (*scapus unguis*) ja küünealumikust (*matrix unguis*). Küüneplaat on kergelt kumer, sile, läikiv, vere läbipaistvuse tõttu roosakat värvi. Sel plaadil on eriti vanemas eas nähtav õrn pikijoonelisus.

Oma koostiselt vastab küüneplaat umbes naha sarv- ja valgusturdvale kihile. Plaadi alumine pind on varustatud õhukeste vallikujuliste väljumustega. Küüneplaadil on keha, eesmine vaba serv, tagumine serv, mis on kaetud nahaga, ja 2 külgmist serva. Naha volti, mis katab küüneplaadi tagumisi ja külgmisi servi, nimetatakse küünevalliks.

Küüneplaat asetseb küünealumikul, mis oma ehituselt vastab epidermise alumistele kihtidele ja naha sidekoelisele osale. Küünealumiku pinnal esineb rida pikisuunas paigutuvaid kõrgendikke, mille vahel asetsevad küüneplaadi vallikujulised väljumused. Küüne tagumist osa nimetatakse küünejuureks; sellest on osa hästi märgatav, eriti suuremate sõrmede küüntel valge poolkuukesena. Siit toimub küüne kasvamine. Küüs kasvab karvadest aeglasemalt: sõrmedel 1 mm ja varvastel 0,25 mm nädalas. Lastel kasvavad küüned kiiremini, vanadel aeglasemalt. Küünete täielik väljakasvamine toimub 3—4 kuu vältel.

## NAHA FÜSIOLOOGIA.

Naha kui organi ülesanne seisneb rea keerukate funktsioonide täitmises, mis omavad suurt tähtsust kogu organismi normaalses tegevuses. Siia kuuluvad: naha kaitsefunktsioonid, soojust reguleerimine, sekretoorne funktsioon, hingamis- ja resorptsioonifunktsioon ja naha funktsioon tundeorganina.

**Naha kaitsefunktsioonid.** Nahk kaitseb organismi kahjulike välismõjude eest. Terve, vigastamata sarvkiht kaitseb organismi rea mikroobide sissetungi ja väljastpoolt sissetungivate kahjulike ainete eest.

Füsioloogiline ketendus omab selles suhtes suurt tähtsust: tänu sellele nahk nagu puhastub tema pinnale sattunud organismile kahjulikest aineist. Nahk tervikuna kaitseb sügavamal asetsevaid kudesid ja organeid mehaaniliste vigastuste eest, kannatades väljaõige tugevat survet, venitust, lööke jne. See on seletatav sarvkihi painduvuse, naha sidekoelise osa võrkja struktuuri, hulgaliste elastsete kiudude ja pehme ning koheva nahaaluse rasvkoega. Nahk omab kaitseorgani tähtsust ka kõrge tundlikkuse tõttu. Tänu sellele teeb organism rea teadlikke ja reflektorseid liigutusi, mis ennetavad võimalikke häireid; näiteks tänu naha tundlikkusele tunneb insektide väiksemaidki puuteid ja reageerime sellele teadlikult; külma mõjul tõmbuvad naha veresooneid reflektorselt kokku, takistades organismi jahtumist, jms.

**Nahk organismi soojust reguleerijana.** Organismi normaalseks tegevuseks on vajalik kindla ja püsiva sisetemperatuuri säilitamine, sõltumata välisõhu temperatuurist. Seepärast püüab organism alati säilitada kindlat temperatuuri. Nahk, kuhu voolab siseorganites soojenenud veri, on soojust peareguleerija. Soojust äraandmist naha kaudu reguleeritakse veresoonte ja higinäärmete tegevusega.

Välis temperatuuri tunduval kõrgenemisel või suurenenud füüsilise töö puhul naha veresooneid laienevad, higinäärmed aga eritavad suuremal hulgal higi. Higi auramise tagajärjel eraldub nahast suur hulk soojust. Nahk ja naha kapillaarides tsirkuleeriv veri jahtub. Sel teel suureneb soojust äraandmine ja kaitstakse organismi ülesoojenemise eest. Vastupidi, madalas temperatuuris kitsenevad veresooneid ja higinäärmete tegevus katkeb. Sel teel väheneb soojust äraandmine ja kaitstakse organismi jahtumise eest.

**Naha sekretoorne funktsioon.** Oma sekretoorse funktsiooni kaudu võtab nahk osa üldisest organismi ainevahetusest. Oma eritusfunktsiooni täidab nahk higi- ja rasunäärmete abil; higiga erituvad organismist kudedes ja veres kogunevad kahjulikud ained. Selles mõttes kergendavad higinäärmed neerude tegevust: viimaste haigestumisel, nende normaalse funktsiooni tugeval nõrgenemisel, asendavad neid teataval määral higinäärmed. Seetõttu tegurid, mis suurendavad higistamist, nagu soojad vannid, soe ja kuiv kliima, omavad suurt tähtsust neeruhaiguste ravimisel. Ööpäevane higinahk higinäärmete normaalsel tegevusel kõigub 600—900 ml vahel, kuumas ja kuivas kliimas võib aga see hulk tõusta nelja ja enama liitrini. Higistamist tekitavate protseduuride abil võib higi hulk suurenedagi kuni 2—3 liitrini.

Rasunäärmete sekreet sisaldab rasva, samuti valku, fosforhappe- ja vähesel määral kloorsooli. Rasunäärmete poolt erituv rasv annab sarvkihile elastsust, vähendab kokkupuutuvate nahapindade hõõrdumist, kaitseb sarvkihi kuivamist ja väldib naha matseratsiooni (pehmenemist) niiskes õhus.

**Nahk hingamis- ja resorptsiooniorganina.** Hingamine toimub mitte ainult kopsude, vaid ka naha kaudu. Naha hingamisfunktsioon seisneb gaaside vahetuses vere ja inimest ümbritseva õhu vahel; analoogiliselt kopsudega imendub naha kaudu hapnik ja erituvad süsihappegaas ja veeaurud. Naha hingamise osa, võrreldes kopsuhingamisega, on tähtsusetu: resorbeeritud hapniku ja eritunud süsihappegaasi hulga poolest moodustab naha hingamine 1% kogu gaaside vahetusest, kuid naha kaudu eritub kaks korda rohkem veeauru kui kopsude kaudu.

Peale hapniku ja süsihappegaasi võib naha kaudu imenduda ka teisi gaase, auru ja haihtuvaid vedelikke, näiteks eeter, kloroform jne. Rasuga imbunud sarvkiht takistab vedelike nahka tungimist ja vedelikud võivad naha kaudu imenduda ainult epidermise tursumise korral. Tahked ravimid, olles lahustatud haihtuvates vedelikkudes või rasvades, mis oma koostiselt on lähedased naha rasule, näiteks lanoliinis, võivad tungida läbi naha. Nende imendumist naha kaudu soodustab aineosakeste peenendamine, tugev ja kestev nahasse hõõrumine ja naha pehmenemine soojade vannide ja soojendavate kompresside abil. Nahal, millel puudub epidermis, toimub imendumine tunduvalt kiiremini.

**Nahk tundeorganina.** Nahk on väga rikas tundenärvide poolest, mis lõpevad nahas vabade närvilõpmetena või eriliste lõpporgani-

tena. Nagu eespool mainitud, on nende närvilõpmete ülesandeks vastu võtta mitmesuguseid tundeid, nagu puutumis-, rõhu-, sooja-, kuuma-, külma-, valu-, sügelemis- jt. tundeid. Seetõttu on nahk väga tundlik mitmesugustele välistele ärritustele ja kannab õigus- tatult tundeorgani nimetust. Iga väiksem naha kui ka karvade puudutamine kandub edasi meie teadvusse. See tundlikkus on mõnedel kohtadel nii tugevalt arenenud, et on võimalik näiteks eristada kaht samaaegset naha puudutamist kahe terava nõela otsaga isegi siis, kui nende vahe on 1 mm; võib ka eristada 0,2-kraadist temperatuurivahet. Süstemaatiliste harjutuste abil võib naha tundlikkust, eriti kompimistunnet, viia täiuslikkuseni, mida eriti täheldatakse pimedatel. Niisugune suur naha tundlikkus ei ole ainult välismaailma tunnetamise vahendiks, vaid, nagu ülal mainitud, teataval määral ka organismi kaitseseadeldiseks.

Närvisüsteemi kaudu on nahk seotud kõigi siseorganitega. Üksikud nahapiirkonnad omavad tihedat sidet teatavate organitega. Seepärast ühtede või teiste siseorganite haigestumisel suureneb vastavate nahapiirkondade tundlikkus; need on nn. Head'i tsoonid, millele juba enne nimetatud autorit on juhtinud tähelepanu välja- paistev vene klinitsist terapeut G. A. Zahharjin.

Nimetatud funktsioonide kõrval, nagu juba võib arvata viimaste andmete alusel, on nahk teataval määral ka sisesekretoorne nääre, sest nahas tekivad niisugused ained nagu insuliin ja adrenaliin. Nahale omistatakse ka võimet välja töötada vastumürki mitme- suguste nakkushaiguste põdemisel.

## NAHA HÜGIEEN.

Naha hügieeni ehk õige naha eest hoolitsemise eesmärgiks on naha normaalsete funktsioonide kindlustamine. Päike, õhk ja vesi paralleelselt kehaliste harjutustega on isikliku hügieeni põhitegu- riteks. Päikese kiirte toimel naha pind soojeneb, naha kapillaarid laienevad, eritatud higi ja rasu hulk suureneb, juuste kasv ja naha füsioloogiline ketendus kiirenevad. Eriti tähtis on, et päikese ultra- violettkiirte toimel aktiveerub nahas inaktiivne antirahhiitiline D-vitamiin, mis imendub ja kasutatakse organismi poolt ära. Naha võime päikesekiirituse toimel välja töötada D-vitamiini on põhju- seks, et lapsed, kes elavad troopilistes tsoonides, harva haigestu- vad rahhiiti ja hambakaariesse. Samal ajal on need mõlemad hai-

gused väga laialt levinud parasvööndis. Sellega on seletatav, et lapsed, kes saavad vähe päikest, sageli põevad rahhiiti.

Peale otsese mõju nahale omavad päikesekiired soodsat toimet kogu organismisse: suurenevad vere punaliblede arv ja hemoglobiini hulk, üldine ainevahetus tõuseb, hingamine paraneb, lihased tugevnevad, närvikava toniseerub, s. o. tasakaalustub, uni muutub rahulikuks, üldine enesetunne järsult paraneb.

Hoolimata päikese kiirte heast toimest, on tarvis meeles pidada, et mõningate seisundite puhul ei ole päikesekiiritus näidustatud ja et kiiritamisel tuleb kinni pidada teatud doseeringust. Päikesekiirituse vastunäidustused on järgmised: kõrge eluiga kaasuva vere-soonte lupjumisega, naha suurenenud tundlikkus päikese kiirte suhtes, närvikava kõrgenenud ärritatus, kergesti tekkivad peavalud, peapööritus, iiveldus ning okse, kopsutuberkuloosi teatud vormid ja järsult väljendatud kahhektiline seisund. Vastunäidustuste puudumisel määratakse päikesekiiritust aeglaselt tõusvates annustes ja algul ainult üksikutele kehaosadele. Päikesekiiritus võib toimuda mitmesuguste skeemide järgi, mille põhimõtteks on aegamööda suurendada päikese kiirte annust ja kiiritatava kehapinna suurst. Eristatakse ajalist ja kaloorilist päikesekiiritus-meetodit. Ajalise meetodi puhul arvestatakse päikese kiirte doseerimist kiirituse kestuse järgi minutites. Kaloorilise meetodi puhul määratakse kiirituse aeg kindlaks eriaparaatide, aktinomeetritega, mille abil määratakse kindlaks kiirituse ajal nahale mõjunud soojuse ja keemiliste päikese kiirte hulk. Kiiritamiste annuste määramisel on eelistatud kalooriline meetod, sest selle meetodiga võib vältida suuremaid annuste kõikumisi ja arvestada ka päikese ultraviolettkiirte hulka, mis on muutlik, olenevalt päeva ajast ja koha kõrgusest üle merepinna. Kuid määrates päikesekiiritust tervetele inimestele, kasutatakse harilikult ajalist doseerimismeetodit.

Keha päikesekiirituseks kasutatakse mitmesuguseid skeeme. Sagedamini kasutatakse järgmist skeemi: esimesel päeval kiiritatakse ainult jalataldu, mitte üle 5 minuti; teisel päeval — põidade ja sääрте piirkonda, mitte üle 15 minuti; kolmandal — põidade, sääрте ja reite piirkonda, mitte üle 30 minuti; neljandal — põidade, sääрте, reite ja kõhu piirkonda, mitte üle 50 minuti; viiendal — põidade, sääрте, reite, kõhu ja rinna piirkonda, mitte üle 1 tunni 15 minuti, ja viimasel, kuendal päeval põidade, sääрте, reite, kõhu, rinna ja selja piirkonda, mitte üle 1 tunni ja 45 minuti. Järgnevatel päevadel võib juba kasutada üldist kiiritust, piken-

dades iga kiirituse kestust 15 minuti võrra päevas ja tõstes üldise kiiritusaja 2,5—3 tunnini.

Puhas õhk, nagu päikegi, omab samuti suurt tähtsust naha hügieenis. Naha hingamisfunktsioon, nagu kopsudelgi, on rikutud õhus raskendatud.

Ohuvannid on kasulikud, soodustades naha soojust reguleerivaid funktsioone. Külma õhu toimel veresooned algul ahenevad, hiljem laienevad, mistõttu nad omandavad võime kiiresti reageerida välisõhu temperatuuri kõikumistele. Peale selle põhjustab madal temperatuur naha lihaste kokkutõmmet, suurendades sellega naha sekretoorset funktsiooni ja parandades vereringet. Seetõttu on hommikused ohuvannid, kestusega 10—15 minutit, eriti kombineeritult kehaliste harjutustega, otstarbekad hügieenilised abinõud.

Eriti suurt tähtsust naha hügieenis omab vesi. Higi- ja rasunäärmed eritavad pidevalt kahjulikke ainevahetusprodukte, mis jäävad naha pinnale; eemalduvad sarvkihi rakud, tolm ja ümbritseva õhu mikroobid rikuvad kogu aeg naha puhtust. Seepärast tuleb perioodiliselt puhastada nahka vee ja seebiga. On arusaadav, et katmata kehaosad — nägu, kael ja käed, samuti kohad, mis rohkem määrduvad nahanäärmete rikkaliku sekreediga ja ka teiste eõskreetidega, nagu uriini ning roojaga — vajavad eriti sagedat puhastamist. Nende kohtade hulka kuuluvad kõik naha voldid: kubemed, kaenlaaugud, naistel rindade alused, välissuguosad, pärasoolepiirkond ja samuti jalad, eriti kui need enam-vähem märgatavalt higistavad.

Katmata kehaosi — nägu ja kaela — peab pesema vähemalt kaks korda päevas: hommikul ja enne magamaheitmist. Käsi pestakse vee ja seebiga, olenevalt tehtavast tööst, vajaduse järgi mitu korda päevas, kusjuures osutatakse tähelepanu mustuse kõrvaldamisele küünte alt, milleks kasutatakse spetsiaalseid harjakesi. Teisi ülalmainitud kohti pestakse iga päev vee ja seebiga, kogu keha aga korrapäraselt üks kord nädalas saunas või vannis.

Terve naha pesemine ainult veega ei ole küllaldane, mistõttu kasutatakse ka seepi. Seep on rasvhapete ja leeliste ühend. Eristatakse pehmeid (kaalium-) ja kõvu (naatrium-) seepe. Seebid võivad olla leelisesed, neutraalsed ja rasvaga küllastatud. Leelise seep, millest sagedamini kasutatakse rohelist seepi, sisaldab vaba või süsihaput leelist. See mõjub nahale pehmendavalt, kuid sealjuures ka kergelt ärritavalt. Alatiseks kasutamiseks võetakse neutraalseid seepe, mis ei sisalda vaba leelist. Niisuguste seepide

hulka kuuluvad peaaegu kõik tualettseebid. Rasvaga küllastatud seebid (lanoliiniga segatud neutraalsed seebid) on eriti näidustatud kuiva naha puhul. Meditsiinilised seebid on rasvaga küllastatud seebid, millele on lisatud ravi- või desinfitseerivaid aineid. Eriti sageli kasutatakse karboli-, ihtüooli-, tõrva-, väavli- ja tõrva-väavliseepe. Rasvase nahaga isikud peavad kasutama leelisei seepe ja sisse hõõruma näo, kõrvalestad, selja ja rinna ülemised osad nõrga piirituslahusega. Kuiva nahaga isikud kannatavad halvasti pesemist külma veega ja seepärast soovitatakse neile kasutada pesemiseks sooja vett rasvaga küllastatud seebiga ja kuivatada pehme käterätikuga. Väga kuiva naha pehendamiseks kasutatakse nahka pehmendavaid vahendeid, näiteks mandlikliisid, ja samuti määratakse nahka pärast pesemist kreemiga. Kõige lihtsam ja kahjutum kreem on lanoliini, vaseliini ja vee segu võrdsetes osades. On isikuid, kelle näonahk ei kannata seepi ega vett, nende soovitatakse puhastada näonahka nõrga piirituslahusega või lahjendatud viinaga. Ägeda higistamise puhul määratakse peale harilike hügieeniliste protseduuride suuremate naha voltide (kaenlaaugud, kubemed, riinaalused) sissehõõrumine lahja piirituslahusega, hiljem kuivatamine ja puuderdamine puhta talgiga või talktsinkoksüüdi seguga, kuid mitte puudritega, mis sisaldavad tärklist või riisipuudrit.

Pead pestakse olenevalt juuste seisundist 1—3 korda kahe nädala kestel. Kuivi juukseid, mis kergelt murduvad ja vähe määrduvad, on küllaldane pesta üks kord 12—15 päeva tagant rasvaga küllastunud seebiga. Pärast pesemist on kasulik kuivi juukseid, eriti nende otsi, määrada rasvaga ja hõõruda juustega kaetud peanahasse 2—3%-list salitsüülsalvi. Rasvaseid kergestimäärduvaid juukseid pestakse iga 4—5 päeva tagant, kasutades selleks kuuma vett, rohelist seepi või seepipiiritust, tõrva- või väavliseepi. Pikkade juuste kammimiseks kasutatakse ainult hõredate hästipoleeritud piidega kammi. Kammimine tiheda teravapiilise kammiga soodustab peanahal nahamädanike ja ekseemi tekkimist.

Kogu keha naha puhastamiseks kasutatakse vanni ja sauna. Tehakse vahet lihtsate ehk puhastavate, tugevdavate ja rahustavate vannide vahel.

Puhastavad vannid on harilikud hügieenilised vannid, kus naha puhastamine toimub vee ja seebiga. Nad erinevad üksteisest ainult vee temperatuuri poolest, mis kõigub, olenevalt üldseisundist ja subjektiivsetest tunnetest, 35° C ja 45° C piirides.

Inimese vanni kestus on harilikult 15—30 minutit. Niisuguseid puhastavaid vanne, kuid madalama temperatuuriga (34°—35° C), määratakse enamikule haigeile, isegi nõrkadele haigetele, kelle keha seebitamist peab teostama põetav personal. Puhastav vann stimuleerib naha tegevust, mõjutades selle kaudu kogu organismi kui tervikut. Nagu ülal mainitud, tuleb hügieenilist, puhastavat vanni võtta vähemalt üks kord nädalas.

**Tugevdavad vannid** on külmad vannid vee temperatuuriga alla 20° C ja vannitamise kestusega mitte üle 1—5 minuti või indiferentse temperatuuriga vannid (34°—35° C) hariliku puhastamata soola või meresoola lisandusega, arvestades 6—8 kg soola viiele ämbrile veele, kestusega 20—30 minutit.

**Rahustavad vannid** on soojad vannid vee temperatuuriga 34°—37° C, kuhu lisatakse mitmesuguste lõhnavate rohtude või ainete keediseid, mis rahustavad naha ärritust. Sagedamini kasutatakse männiokaste ja kliikeediste (nisu-, mandlikliikeediste) vanne või tammekoorevanne. Männiokaste vanniks võetakse 250—500 g männiekstrakti või 800—1200 g männiokaste keedist ühele vannile (10—15 ämbrit vett). Kliivannideks keedetakse 0,5—1,5 kg nisu- või mandlikliisid 2—3 liitris vees 30 minutit, mis lisatakse ülejäänud vanniveele. Tammekoorevanniks lisatakse veele keedist, mis on valmistatud 0,5—1 kg tammekoortest 6 liitris vees. Rahustavaid vanne määratakse eriti sageli lastele, kes põevad laste nõgestõbe, samuti täiskasvanuile naha sügelemise ja sügelevate nahalöövete puhul.

**Saun** on parim vahend naha puhastamiseks. Saunas nagu puhastavas vanniski pestakse nahka vee ja seebiga, ainult selle vahega, et saunas pesemine toimub kõrges temperatuuris, mis, kutsudes esile suurenenud higistamist, soodustab näärmete viimakäikude puhastamist.

**Kehakultuur**, olles füüsilise arenemise tähtis tegur, omab suurt osatähtsust ka naha hügieenis. Võimlemisel peab hoolitsema naha puhtuse eest. Kehaliste harjutuste lõpul tuleb nahka tingimata pesta ja hõõruda nijske käterätikuga või võtta dušši sellele järgneva kogu keha hõõrumisega.

Rinnalapse naha hügieen nõuab erilist puhtuse säilitamist. Rinnalaste nahk on väga õhuke ja kergesti vigastuv, kaldub haudumisele ja infektsioonidele. Lapse puhastamine peab toimuma iga kord pärast määrdumist. Puhastamist teostatakse puhaste käte ja sooja veega, mille järel lapse nahk hoolikalt kuivatatakse, tupsu-

tades seda eri käterätikuga või puhta mähkmega; seejuures tuleb hoiduda naha hõõrumisest. Haudumiste ärahoidmiseks puuderdatakse nahka nn. lastepuudri õhukese kihiga (võrdsete osade talgi ja tsinkoksüüdi segu 2%-lise boorhappe lisandiga) või määratakse nahka rasvaga. Esimese 6 elukuu kestel vannitatakse last iga päev vee temperatuuriga 35—36° C, pärast 6-ndat elukuud 2—3 korda nädalas vee temperatuuriga 33—34° C. Vannitamise kestus on 5—10 minutit. Pärast vannitamist valatakse laps üle veega, mille temperatuur on 1° võrra madalam vannivee temperatuurist.

Laste naha eest hoolitsemisel ei tohi liialdada, pestes liiga sageli vee ja seebiga, sest see ärritab laste kuiva ja õhukest nahka. Lastele, kes põevad laste nõgestõbe, on väga kasulikud nisuklii-keedise lisandiga vannid (200—600 g vanni kohta), mis rahustavad ning pehmendavad nahka ja vähendavad piinavat sügelemist.

Meditiiniline personal peab oma naha eest eriliselt hoolitsema, sest, põetades nakkavaid haigeid ja puutudes kokku nakkusliku materjaliga, nad võivad puuduliku isikliku hügieeni puhul nakatuda ise ja olla ühtlasi infektsiooni edasikandjaiks. Iga meditsiiniline töötaja peab enne töö algust pesema käsi seebi ning harjaga ja eriti kandma hoolt küünte puhtuse eest. Pärast iga kokkupuutumist nakkushaigega või nende ekskreetidega on vaja desinfitseerida käsi. Kui käe nahal esineb epidermise vigastusi (kriimustus, marrastus, jne.), tuleb võtta kasutusele profülaktilisi vahendeid, sest need vigastused võivad osutada mitmesuguste infektsioonide sissetungi väravaiks. Profülaktiliste abindite hulka kuuluvad sidemed, kummisõrmede kasutamine ja töötamine kummikinnastega.

## NAHAHAIGUSTE PÕHJUSED.

Nahk on tihedalt seotud organismi kõigi organite ja organüsteemidega. Seetõttu võivad mitmesugused närvikava- ja siseorganite haigused, ainevahetushäired, sisesekretoorse näärmete ja teiste organite haigestumised peegelduda naha funktsioonis. Teiselt poolt nahahaigused, mis tekivad mitmesuguste nahaga kokkupuutuvate välistegurite toimetel, võivad esile kutsuda mitmesuguseid muutusi kogu organismis. Isegi niisugused kohalike haigustena näivad nahahaigused, nagu sügelised või seenelised nahahaigused, ei jäta avaldamata mõju kogu organismisse. Eriliste uurimiste abil on tõestatud, et nimetatud haiguste puhul esineb kogu organismis väiksemaid muutusi. Seetõttu ei saa rääkida ainult nahahaigustest,

vaid võib rääkida nahahaigustest, mille puhul kõik haiguse tunnused väljenduvad peasjalikult ainult nahal, või niisugustest haigustest, kus naha tunnused on tagaplaanil võrreldes kogu organismi haigestumise teiste tunnustega. Kõiki nahahaiguste põhjusi jagatakse välisteks ja seesmisteks.

**Nahahaiguste välised põhjused.** 1. Bakterid, mis satuvad nahale väljastpoolt: stafülokokid ja streptokokid, mis põhjustavad mädanikulisi nahahaigusi, tuberkuloosikepikesed, mis kutsuvad esile mõningaid nahatuberkuloosivorme, siberi katku kepike, tati-tõve batsill jt.

2. Taimsed parasiidid: mitmesugused seente liigid, mis põhjustavad pinnalisi või sügavaid naha haigestumisi, üldnimetusega dermatomükosid.

3. Loomsed parasiidid: sügelislest, täid, lutikad, kirbud jt. putukad.

4. Mehaanilised tegurid: löögid, vigastused, kestev surve, mis põhjustab naha punetust, turse, marrastused, verevalumid, sarvkihi paksendid jne.

5. Termilised tegurid: väga kõrge või väga madal temperatuur, mis põhjustab põletust, külmumust, külmamuhke, püsivat naha kapillaaride laienemist ja teisi naha muutusi.

6. Kiirte energia: päikese kiired, röntgenikiired, raadium jt., mis põhjustavad mitmesuguseis staadiumes dermatiite ja teisi naha haigestumisi.

7. Keemilised ained: kontsentreeritud happed, sööbivad leelised, mõned ained, mida kasutatakse ravimitena, näiteks elavhõbe-, väävel-, tõrvpreparaadid jt.; mõned värvid, näiteks ursool, mida kasutatakse karvade ja karusnahkade pruuniks ja mustaks värvimiseks, ja paljud teised keemilised ained, mis kutsealastes ja harvemini elukondlikes tingimustes võivad osutada ägedate ning krooniliste nahahaiguste põhjusteks.

**Nahahaiguste seesmised põhjused.** Seesmiste põhjuste hulka kuuluvad: 1. ainevahetushäired, 2. sisesekretsioonihäired, 3. närvisüsteemi ja siseorganite haigestumised, 4. vitamiinide vähesus või nende assimilatsiooni puudulikkus, 5. mitmesuguste ravimite seemine kasutamine ja mõned toiduained, nende vastu eriti tundlikel isikuil.

Nahahaiguste tekkimisel omavad suurt tähtsust naha individuaalsed ja organismi kui terviku omadused. Nii näiteks paljusid seespidiiselt kasutatavaid ravimeid, nagu kiniini, antipüriini, broom-

ja joodpreparaate jt., talutakse enamiku inimeste poolt hästi, ilma igasuguse kõrvalnähtudeta. Samal ajal tekib aga real isikuil mitmesuguseid kõrvalnähte: kõrvade kohin, peavalu, nohu, seedehäired ja mõnikord nahahäired kogu nahal või üksikutel naha osadel esinevate löövetena. Seda võib täheldada mõningate ravimite välispidisel kasutamisel, otse nahale. Näiteks mõnede inimeste nahk vastab elavhõbeda-, väävli- või tõrvasalvide sissehõõrumisele mitmesuguse nahaärritusega, kuna samal ajal enamik inimesi talub neid ravimeid hästi. Niisugust talumatust täheldatakse peale ravimite ka mitmete keemiliste ainete, mõnede taimede, toiduainete ja teiste ainete suhtes, millega puututakse kokku elukondlikes või kutsealastes tingimustes. Mõnedel isikutel tekivad nahalööbed ka päikese kiirte, külma jt. põhjustel, mis enamikule inimestele on täiesti kahjutud. Niisugust mõnedel inimestel esinevat nahaomadust eriliselt reageerida mõne teguri toimele, mis enamikul inimestel ei põhjusta mingisugust reaktsiooni, seletatakse organismi individuaalsete omadustega ja nimetatakse kalduvuseks, eelsoodumuseks, muutunud tundlikkuseks (*allergia*). Niisugune mõnedel isikutel esinev nahaomadus võib olla kaasasündinud, kuid enamikul juhtudel on see omandatud. Seejuures naha suurenenud tundlikkus, mis omab suurt tähtsust paljude nahahaiguste tekkimisel, tekib enamasti ühe ning sama põhjuse korduva toime tagajärjel.

Nahahaiguste tekkimisel omavad suurt tähtsust elukondlikud ja töötingimused. Niisugused haigused, nagu sügelised, täitõbi, seenelised nahahaigused, on tihedalt seotud kultuuriliste ja elukondlike tingimustega. Elamispiinna vähesus ja hügieeniliste harjumuste puudumine soodustavad parasitaarsete ja nakkuslike nahahaiguste levimist. Ohutustehnika õige organiseerimine ja spetsiaalsed abinõud töölise tervise kaitseks on tähtsad tegurid niisuguste nahahaiguste vähendamisel, nagu mädanikulised nahahaigused ja ekseem.

Teaduslikud asutised tööhügieeni ja kutsealaste haiguste uurimiseks loodi esmakordselt Nõukogude Liidus. Nendes asutistes toimub töötingimuste toimele tekkivate haigestumiste, eriti kutsealaste nahahaiguste uurimine. Nendes instituutides väljatöötatud ja teaduslikult põhjendatud profülaktilised meetodid ja eriti riiklik töökaitse kaitistes on tunduvalt soodustanud nahahaigestumiste vähenemist. Nõukogude Liidus on keemia-, naha-, siidi-, metalli-, söe- ja teistes tööstusettevõtteis töölise haigestumus nahahaigustesse mitu korda väiksem kui enne.

## NAHAHAIGUSTE ÜLDINE SÜMPTOMATOLOOGIA.

Kõiki nahahaiguste sümptoome jagatakse subjektiivseteks ja objektiivseteks. Nahahaiguste puhul esinevad subjektiivsed sümptoomid on sügelemine, kipitus-, valu-, pinguloleku- või kokkutõmbetunne, paresteesia jt. tunded. Subjektiivsed sümptoomid omavad nahahaiguse diagnoosimisel teisejärgulist tähtsust. Palju tähtsamad on objektiivsed sümptoomid, millisteks osutuvad eeskätt naha muutused, s. o. nahalööbed. Nahalööbed kujutavad endist esmaste ja teiseste nahalöövete morfoloogiliste elementide kombinatsioonina.

Esmased morfoloogilised elemendid. Nende all mõistetakse esmastena väliselt tervele nahale ilmuvaid muutusi, mis on tekkinud nahale kahjustava teguri otsesel toimel.

Teisesed morfoloogilised elemendid. Need on muutused, mis tekivad esmastest elementidest nende taandarenemise tagajärjel. Seetõttu ühel ja samal esmasel elemendil võivad tekkida järk-järgult mitmesugused teised elemendid esmaste elementide taandarenemise mitmesuguste staadiumide väljendusena.

Esmaste elementide hulka kuuluvad laik, sõlmeke (paapul), kõbruke, sõlm, villike, vill, mädavill (pustul) ja kubel.

Laik (*macula*) on piirdunud värvimuutus nahal, mis ei erine ümbruses olevast nahast oma reljeefi (ei ole kõrgem ega madalam) ega oma konsistentsi poolest. Naha normaalne joonis püsib laigu kohal.

Põletikulised laigud on punast või roosat värvust, sest nad tekivad pindmiste naha veresoonte laienemise tagajärjel. Need laigud ei ole püsivad ja kaovad sõrmega vajutamisel, selle lõppemisel tekivad aga otsekohe uuesti. Olenevalt laigu suurusest eristatakse kaht liiki laike: väike põletikuline laik, mis ei ületa väikese hõbemündi suurust ja mida nimetatakse roseooliks (*roseola*), ja suur põletikuline laik — kuni peopesasuurune ja suurem, mida nimetatakse erüteemiks (*erythema*).

Sageli esinevad mittepõletikulised ehk pigmentlaigud, mis tekivad normaalse pigmendi kuhjumisest piirdunud nahapinnale (tedretähnid, pigment-sünnimärgid) või pigmendi ladestumise tagajärjel, mis tekib organismis ja satub nahasse juhuslikult, näiteks hemorraagilised laigud, mis tekivad nahka verevalumi tagajärjel. Nad muudavad oma värvust tumesinisest kuni helekolla-

seni, sest valumi kohal esinev verevärvnik — hemoglobiin —, muutudes teisteks pigmentideks, muudab oma värvust.

Pigmentlaigud võivad tekkida ka pigmendist, mis on nahale sattunud juhuslikult väljastpoolt, näiteks töötamisel söekaevandustes või mõnesuguste ainete kallal (seatina, hõbe jt.). Pigmentlaikude hulka kuuluvad ka tätoveeringud, ainult selle vahega, et nad tekivad mitmesuguste värvidega spetsiaalselt nahka sisseviidud pigmendi tagajärjel.

Mittepõletikuliste laikude hulka kuuluvad ka valged laigud, mis tekivad naha piiratud alal pigmendi kadumise tõttu, näiteks valged sünnimärgid. Mittepõletikulised laigud erinevalt põletikulistest laikudest ei kao sõrmega vajutamisel.

Sõlmeke ehk paapul (*papula*) on väike piirdunud õõneta naha pinnast kõrgemale tõusev moodustis, nõõpnõelapea kuni läätseterasuurune või suurem. Paapul tekib põletiku tagajärjel, mis väljub pindmisest veresoonte võrgustikust. Paapuli reljeef on tingitud väikerakulise infiltraadi tekkimisest pärisnaha pindmistes kihtides, mitte sügavamal võrkihi ülemisest poolest või epidermise rakkude vohamisest. Sellest olenevalt võivad paapulid olla dermaalsed ja epidermaalsed.

Eristatakse kaht liiki paapuleid: 1) läätseterasarnased (lentikulaarsed) ja 2) miliaarsed (follikulaarsed) paapulid.

1. Läättseterasarnase ehk lentikulaarse paapuli nimetus on tingitud sellest, et ta moodustab oma kuju ja suuruse poolest enam-vähem kumera või nõgusa läätse. Suuremaid, väikese hõbemüüdi suurusi lentikulaarseid paapuleid nimetatakse müüdisuurusteks ehk nummulaarseteks paapuliteks. Oma kujult võivad paapulid olla poolkerakujulised, lamedad või sisselangenud; piirjooned on korrapärased (ümmargused või ovaalsed) või ebakorrapärased (mitmenurksed).

2. Milaarne (follikulaarne) ehk hirsiterasuurune paapul erineb lentikulaarsest oma suuruselt: nõõpnõelapeast kuni hirsiterani. Milaarne paapul tekib tavaliselt karvanääpsu avause piirkonnas ja on raiutud koonuse kujuga. Paapulite värvus oleneb põletiku iseloomust: ühtedel juhtudel, ägeda põletiku puhul, on nad heleroosad, teistel juhtudel roosad, sinika või pruunika varjundiga; konsistents on tihe või tihe-elastne; pind on sile, läikiv või matt, ebakorrapärane. Kui paapulid asetsevad kohtadel, mis on disponeeritud hõõrumisele, nagu naha voldid, tekivad nende pinnal erosioonid ja toimub kleepuva seroosse vedeliku

eritumine. Niisuguseid paapuleid nimetatakse leemendavateks ehk erodeeritud paapuliteks.

**Köbruke** (*tuberculum*) erineb väga vähe paapulist, olles sellest eristatav ainult taandarengu iseloomult. Köbruke tekib sügavast naha veresoonte võrgust lähtuva põletiku tagajärjel ja tekkinud infiltraat haarab kogu pärisnahka kuni nahaaluse koeni. Taandarenemisel toimub köbrukese tsentraalne lagunemine, tekib haavandike, mis paraneses jätab järele armikese. Köbrukese taandarenemine võib toimuda ka ilma haavandumata, nn. kuivalt, kuid ka niisugusel juhul jääb köbrukese kohale püsiv jälg armilise atroofiana. Köbrukese põhiliseks erinevuseks paapulist on armi või armilise atroofia tekkimine pärast taandarenemist. Tavaliselt on köbrukesed oma suuruselt lentikulaarsetest paapulitest suuremad, kuid võivad olla ka väiksemad (nn. kääbuselised köbrukesed). Nende kuju on kuulisarnane või lame. Tekkides alati kroonilise põletiku tagajärjel, on nad vereseiskuse-taolist punakat värvust.

**Sõlm** (*nodus*) ei erine oma struktuurilt mitte millegagi köbrukesest, kuid tekib põletiku tagajärjel, mis lähtub nahaaluse sidekoe sügavamatest veresoontest ja haarab hiljem kogu naha. Seepärast, erinevalt köbrukesest, haarab sõlm kogu naha paksuse koos nahaaluse sidekoega. Sõlm on köbrukesest tunduvalt suurem; metaspähklist kuni kanamuna suuruseni ja veel suurem. Taandarenemisel lagunevad sõlmed reeglipäraselt, tekitades sügavaid haavandeid, mis paranevad armiga.

Kirjeldatud esmased elemendid — laik, sõlmeke, köbruke ja sõlm — kuuluvad nn. kuivade õõneta elementide hulka, tekkides peamiselt proliferatsiooni (rakkude paljunemise) arvel, samal ajal kui villike, vill, mädavill ja kubel kuuluvad õõnega eksudatiivsete primaarsete elementide hulka, mis tekivad peaaesjalikult eksudaadist.

**Villike** (*vesicula*) on õõnes naha pinnast kõrgemale ulatuv moodustis, linaseemne- kuni herneterasuurune. Villike tekib piirdunud vedeliku kogunemise tagajärjel mitmesuguste epidermise kihtide vahel. Mõnikord võib kogu epidermis olla eemaldatud papillaarkihist. Villikese sisuks on seroosne läbipaistev vedelik, teinekord vere lisandusega. Naha piiratud alal gruppina asetsevad villikesi nimetatakse **herpeseks**.

**Vill** (*bull*) on enamasti samasugune nagu villike, kuid suurem: kirsi- kuni kanamunasuurune ja suurem. Taandarenemisel ei

jäta villike ega vill järele arme. Villikesed ja villid võivad olla ühekambrilised ja mitmekambrilised. Viimasel juhul on õõs jaotatud vaheseintega; selleks et villi tühjendada vedelikust, on tarvis villi kate läbistada mitmest kohast.

**Mädavill** (*pustula*). Eristatakse pindmisi ja sügavaid mädaville. Pindmine mädavill on samasugune moodustis nagu villike, kuid mädase sisuga. Pindmised mädavillid tekivad samades kihtides, kus villikesed, s. o. epidermise kihtide vahel. Pindmist mädavilli nimetatakse *impetiigo*'ks.

Sügavad mädavillid asetsevad näsakihis ja veel sügavamates pärisnaha kihtides.

Mädavillid jagunevad samuti karvanääpsudega (folliikulitega) seotud ja nendega mitte seotud mädavillideks. Mädaville, mis on ühenduses karvanääpsuga, nimetatakse follikuliitideks. Need võivad olla pindmised ja sügavad. Pindmist follikuliiti, mille puhul mädakogunemine toimub, karvanääpsu välise avause juures epidermise piirkonnas, nimetatakse ostiofollikuliidiks.

Mädavilli, mis ei ole karvanääpsuga seotud ja mis haarab sügavalt naha sidekoelist osa, nimetatakse *ektüümiks* (*ecthyma*).

*Ektüüm* esineb enamasti lameda nahasse surutud koorikuna. Kooriku eemaldamisel jääb järele enam või vähem sügav haavand. *Ektüümi*, mis on kaetud koonusetaolise mitmekihilise koorikuga ja meenutab austrikarpi, nimetatakse *rupiakks* (*rupia*). Pindmised mädavillid — *impetiigo* ja ostiofollikuliit — ei jäta paranedes arme. Sügavad mädavillid — *ektüüm* ja *rupia* — paranevad alati armiga.

**Kubel** (*urtica*) on poolkerakujuline mitmesuguses suuruses naha pinnast kõrgemale tõusev moodustis, mille keskkohal on kahvatum, ääred aga intensiivselt roosad. Mõnikord on kubel portselanitaoliselt valge. Kõige tüüpilisem kubel tekib nõgese kõrvetuse tagajärjel. Kubel ei oma õõnt ja tekib papillaarkihti valgunud turse tagajärjel. Ta tekib väga ruttu ja kaob samuti kiiresti. Kiire taandarenemise tõttu ei teki kublast reeglipäraselt mingit teisest elementi. Kuplade ilmumisega kaasub alati suur sügelemine ja kipitustunne.

Teised morfoloogilised elemendid. Teiste morfoloogiliste elementide hulka kuuluvad teised pigmentlaidud, ketud, koorikud, erosioon, marrastus, pakatis, haavand ja arm.

Teisene pigmentlaik on rikkalik pigmendiladestus esmase elemendi kohal. Igasuguse esmase elemendi paranemise kohale võib jääda mõneks ajaks teisene pigmentlaik mitmesugust värvust — helepruunist kuni mustjaspruunini, harvemini jääb järele depigmenteeritud, s. o. värvitu valge laik. Teisesed pigmentlaigud kaovad pikkamööda, enamasti mitme nädala kestel, harvemini kahe-kolme kuu pärast, ja ainult harvadel juhtudel püsivad sekundaarsed pigmentlaigud aastaid.

Kett (*squama*). Normaalses nahas toimub pidevalt täiesti sarvestunud epidermise rakkude tekkimine ja eemaldumine. Säärane normaalne füsioloogiline ketendamine toimub paljale silmale täiesti nähtamatult. Nahas esinevate patoloogiliste protsesside puhul häiritakse sarvestumise protsessi, mis põhjustab märgatava ketenduse tekkimist. Ketud, mis tekivad esmastel elementidel, koosnevad sarvestunud ja mittetäielikult sarvestunud rakkudest, millele lisanduvad tolm, mustus, bakterid ja samuti rasu- ja higi-näärmete sekreet. Eristatakse väga peeni kliitaolisi kette ja plaadikestetaolisi kette, mis on nähtavad suuremate või väiksemate lamellidena. Vastavalt sellele eristatakse kliitaolist ketendust, mille puhul nahk on nagu jahuga kaetud, ja lamellooset ketendust, kus ketud eralduvad nahalt tervete lamellidena. Ketud võivad olla kuivad või rasvased, läikivad, hõbevalged, hallid või tumedad; nad võivad tekkida iga esmase elemendi taandarenemisel.

Koorik (*crusta*) tekib villikeste, villide ja mädavillide sisu kuivamise tagajärjel, samuti erosioonide, marrastuste ja haavandite kohal ja lagunevate kõbrukeste ning sõlmede kuivamise tagajärjel. Koorik erineb ketust tunduva paksuse ja mitmesuguste rakkude ja koetükkide sisalduse tõttu. Koorikud võivad olla seroossed, mädased (impetiginoossed) ja verised, vastavalt sellele omades halli, kollast, rohekaskollast või punakaspruuni värvust. Koorikute äralangemisel jääb järele punetav pigmenteeritud nahk või arm. Koorikute kunstlikul eemaldamisel ilmub nähtavale koe defekt, kas pindmine (erosioon) või sügav (haavand).

Erosioon (*erosio*) on naha epiteliaalse osa, epidermise puue. Erosioonid tekivad lõhkenud villikeste, villide ja pindmiste paapulite kohal. Erosioonid omavad enamasti ümarikku kuju ja vastavad oma suuruselt ja piirjoontelt sellele elemendile, millest nad on tekkinud. Erosiooni põhi on tavaliselt sile, helepunane, eritab läbipaistvat seroosset vedelikku ja ei verdu. Erosiooni kohale ei jää mingit püsivat jälge, armi ega armilist atroofiat,

sest vigastatud on ainult epiteeliaalsed nahakihid. Paranemine toimub sageli kooriku all, mis tekib erosiooni põhjast eralduva eksudaadi kuivamise tagajärjel.

Epidermise väljastpoolt tekitatud vigastust nimetatakse marrastuseks (*excoriatio*).

Marrastus tekib mitmesuguste väliste nahavigastuste tõttu, kõige sagedamini naha sügelemise puhul küüntega kratsimisel. Seetõttu, erinedes erosioonist, omab marrastus enamasti joonelist kuju. Marrastused võivad olla sissetungiväravaks mitmesugustele, eriti mädatekitajatele mikroobidele.

Pakatis (*rhagas*) on naha jooneline defekt, mis võib olla pindmine, epidermaalne, või sügavam. Pakatis tekib naha ülevenituse tagajärjel, enamasti loomulike voltide piirkonnas või teistel kohtadel, kus nahk patoloogiliste muutuste tagajärjel on kaotanud oma normaalse venivuse.

Haavand (*ulcus*) on naha puue, mis haarab peale epidermise ka pärisnahka, nahaalust kudet ja sügavamal asetsevaid kudesid: muskleid, luuümbrist ja isegi luid. Haavandis eristatakse haavandi servi ja põhja, mille sügavuse järgi tehakse vahet pindmiste ja sügavate haavandite vahel. Haavandi põhi võib olla sil, tasane või ebakorrapärane, puhas või kaetud mädase laguneva eritisega. Haavandi servad võivad olla infiltreerunud, kõvad või pehmed, lamedad või järskulangevad. Haavandi servad võivad ka rippuda üle haavandi põhja, seda osaliselt kattes; sääraistel juhtudel nimetatakse seda kaevatud ehk rippuvate servadega haavandiks. Kõik need haavandi põhja ja servade iseärasused on suure tähtsusega mõningate haiguste diagnoosimisel (süüfilis, pehme šanker). Haavandi paranemisel jääb alati järele arm, mis oma kuju ja piirjoonte poolest vastab esinenud haavandile.

Arm (*cicatrix*) on sidekoeline moodustus, mis tekib naha sügava defekti kohal. Sel teel asendavad armid tekkinud sügavaid naha defekte.

Eristatakse normaalseid ehk atroofilisi ja hüpertroofilisi arme. Normaaalsed armid asetsevad naha pinnast enam või vähem madalamal; nad võivad olla pindmised, mitteliitunud või sügavad, sissetõmbunud ja allasetsevate kudedega liitunud. Hüpertroofilisteks armideks nimetatakse niisuguseid arme, mis ulatuvad naha pinnast kõrgemale. Armid, mis on liitunud allasetsevate kudedega, on väheliikuvad ega tõmbu volti. Armi kohal hävivad higi- ja rasunäärmed, samuti karvad koos karvanääpsudega. Armi pind on

kaetud epidermisega, millel puuduvad poorid, karvad ja normaalne nahajoonis. Värske armi värvus on kahvatupunane, seejärel muutub arm sinakaspunaseks ja pikkamööda värvust kaotades valgeks. Armide perifeerias tekkinud pigmentatsioon võib säilida enam või vähem pikemat aega, mis on iseloomustav mõnele haigustele. Vanad armid on enamasti depigmenteeritud, omades valget värvust. Oma kujult ja piirjoontelt on armid ümmargused, joonelised, lehetaolised, sillataolised, karedad jne. Enne armi tekkimist on alati olnud haavand.

Atroofilistest armidest tuleb eristada armilist atroofiat. See tekib mitte haavandi kohal, vaid näiteks säärastel juhtudel, kus kõbruke kuivalt taandareneb ilma eelneva haavandumiseta ja selle infitraadi kohal areneb tihe sidekude. Armilise atroofia kohal on nahk valkjas, kergelt läikiv ja õhem, pinnalisest õrnast atroofilisest armist mitte erinedes. Küsimus otsustatakse selle järgi, kas varem esines sel kohal haavand.

Nahalöövete iseloom. Nahalööbe iseloom sõltub sellest, missugustest esmastest või teisestest elementidest see koosneb, missugused omadused ja iseärasused on nendel elementidel, lööbe ulatusest, asetusest ja lokalisatsioonist nahal ja nähtavail limaskestadel.

Õige diagnoosi aluseks on õige nahalöövete pildi arutelu.

Vaadeldes nahalööbeid tehakse kindlaks, missugustest primaarsetest elementidest see koosneb ja missugused on nende omadused: värvus, suurus, piirid, perifeerne laienemine, vorm, konsistents jne. Elemendi piirideks nimetatakse selle suhet ümbritsevasse tervesse nahasse. Piirid võivad olla järsud, kui elementide ümbruses puuduvad põletikulised nähud ja punetus ning esmane element on nagu kleebitud tervele nahale, ja mittejärsud, kui elemendi põletikuline värvus läheb pikkamööda üle ümbruse tervesse nahka. Elemendi perifeerne kasv on selle omadus mõõtu-delt suurenda, laatud teiste elementidega ja moodustada niimoodi figure.

Mõningad esmaste morfoloogiliste elementide omadused on väga iseloomustavad ühele või teisele nahahaigusele; nii näiteks süfiliitilisele roseoolile on iseloomulik ketenduse puudumine, *pityriasis rosea* laigule aga karakterne ketendus. Süfiliitilisele paapulile on iseloomustavad vaskpunane värvus, korrapärased ümmargused piirjooned, sfääriline kuju, tihe konsistents, perifeerse kasvu puudumine ja järsk piirduvus. Psoriaasi (soomus-

sammaspoole) paapulile on iseloomustavad roosa värvus, tihene-  
mise puudumine, märgatav perifeerne kasv, iseloomustav hõbe-  
valge ketendus. Köbruke on hariliku söötraia (*lupus vulgaris*)  
puhul väike ja pehme, süüfilise puhul suurem ja väga kõva.  
Nende iseärasustega puutume kokku edasisel aine käsitlel.

Eristatakse põletikulisi ja mittepõletikulisi lööbeid. Lööbe põle-  
tikuline iseloom määratakse kindlaks elementide värvuse järgi,  
mis põletiku puhul omavad punase värvuse üht või teist tooni.

Ägeda põletikulised lööbed on iseloomustatud  
ereda punetusega, enamasti mittejärsu esmaste elementide piirdu-  
misega ja sageli naha tursega.

Mitteägeda põletikulised lööbed ei oma nii-  
sugust intensiivset punast värvust, nende elemendid on sinakas-  
punast värvust ja puudub naha turse.

Mittepõletikulised lööbed võivad tekkida mitme-  
sugustest pigmentlaikudest, nahakasvajatest, naha muutustest,  
mis on tingitud arenemis- või toitumishäiretest (*dystrophia*).

Lööve võib koosneda ühesugustest esmastest elementidest, näi-  
teks ainult laikudest või ainult paapulitest; niisugust löövet nime-  
tatakse *monomorfseks* (ühekujuseks). Kui nahalööbesse  
kuulub mitmesuguseid esmaseid elemente, näiteks laigud, paapulid  
ja villikesed, siis räägitakse *polümorfsest* (mitmekujusest)  
lööbest. Kuid esmane element võib lööbes esineda mitmesugustel  
arenemisstaadiumidel; niisugustel juhtudel nimetatakse seda löö-  
vet *pseudopolümorfseks*. Kui nahalööbe üksikud ele-  
mendid asetsevad üksteisest isoleeritult, siis nimetatakse seda löö-  
vet *fookuseliseks*. Kui aga elemendid perifeerse kasvu taga-  
järjel on laatinud, moodustades liitfiguure, siis nimetatakse sää-  
rast löövet *liitlööbeks*. Löövet, mis asetseb ühtlaselt mõle-  
mal kehapoolel (paremal ja vasakul), nimetatakse *sümme-  
triliseks* ja löövet, mis asetseb ainult ühel poolel, *asüm-  
meetriliseks*. Kui fookuseline lööve on laiali pillatud suure-  
mal naha pinnal, siis nimetatakse seda *dissemineeritud*  
(laialikülvatud) lööbeks. Liitlöövet, mis katab suuremat naha  
pinda, nimetatakse *diffuusseks* (laialivalguvaks). Kogu  
naha pinda katvat nahalöövet nimetatakse *universaalseks*.  
Piirdunud koldena esinevat löövet nimetatakse *koldeliseks*  
*nahalööbeks*. Lööbe elemendid võivad asetseda korrapäratult  
või esineda üksikute gruppidega — *grupeeritud* *asetus* ehk  
elementide *grupeerumine*. Kui sel puhul elemendid

grupis asetsevad näiteks rõngastena või vanikutena, siis räägitakse korrapärasest grupeeringust. Kui lööve asetseb kindla süsteemi järgi, näiteks teatava närvi suunas, siis räägitakse süsteemsest lööbe asetusest.

Analüüsides nahalööbe pilti pööratakse tähelepanu ka lööbe lokaliseerimisele (asetusele), sest paljud nahahaigused iseloomustuvad oma eelistatud, eitava või haruldase lokaliseerimisega. Eelistatud lokaliseerimise all mõistetakse kohti naha pinnal, millel üks või teine nahahaigus kõige sagedamini esineb. Eitavaks lokaliseerimiseks nimetatakse kohta, kus antud nahahaigus iialgi ei esine, ja haruldaseks lokaliseerimiseks kohta, kus see nahahaigus esineb ainult erakorraliselt. Nii näiteks jäsemete sirutusküljed on eelistatud lokaliseerimiseks psoriaasi ja sügatoive puhul, painutusküljed on eelistatud lokaliseerimiseks sügelistele. Peopesadel ja jalataldadel näiteks akne iialgi ei esine (eitav lokaliseerimine). Näol esineb sügeliste lööve harva, kuid nägu on eelistatud lokaliseerimiseks söötraiale (*lupus vulgaris*).

Monomorfse lööbe näiteks on psoriaasi lööve, sest see koosneb ainult paapuleist. Polümorfse lööbe näiteks on sügelise lööve, mille puhul täheldatakse vesivillikesi, paapuleid ja mädaville. Fookuseline lööve näiteks on süfiliitilised lööbed selle haiguse teiseses staadiumis, nn. teisedes süfiliidid. Liitlööve on iseloomustav psoriaasile, mille puhul lööve võib katta suuremaid naha pindu, muutuda diffuusseks ja isegi katta kogu nahka; viimasel juhul nimetatakse seda psoriaatiliseks erüthrodermiaks. Värske süfiliitiline lööve on oma asetuse poolest dissemineeritud ja korrapäratu; retsiveeruvad süfiliitilised lööbed, s. o. lööbed, mis ilmuvad teisel või kolmandal haigusaastal ja hiljem, on koldelised ja sageli grupeeritud rõngastena, poolrõngastena ja kaartena. Vöötõhatis (*herpes zoster*) on asümmeetriline ja süsteemne lööve, sest sel puhul on lööve ühepoolne ja järgib ühe või mitme närvi käiku.

Eespooltoodud näidetest selgub, et õige diagnoosi aluseks on nahalööbe pildi õige arutelu, üksikute elementide ja kogu lööbe õige iseloomustus.

Tuleb aga mees pidada, et üks ning sama põhjus võib nahal esile kutsuda mitmesuguseid morfoloogilisi lööbeid ja vastupidi: mitmesugused põhjused võivad nahal esile kutsuda samasuguseid lööbeid. Seepärast ei piisa õigeks haiguse diagnoosiks ainult

nahalööbe pildi tundmaõppimisest (morfoloogilisest analüüsist). Kõrvuti morfoloogilise analüüsiga tuleb arvestada haige subjektiivseid tundeid, anamneesi andmeid, siseorganite ja närvikava põhjalike uurimiste tulemusi. Vastavatel juhtudel tuleb arvestada ka mitmesuguste laboratoorsete analüüsides tulemusi, näiteks nahalöövete eksudaatide uurimist mitmesuguste bakterite sisalduse suhtes, vere kliinilist ja seroloogilist analüüsi, juuste ja kettude uurimist patogeensete seente suhtes, tuleb teostada nn. nahaproove ja eriti raskendatud juhtudel sooritada biopsia (proovlõige) ning uurida haigestunud nahatükke histoloogiliselt.

## NAHAHAIGUSTE RAVI JA HAIGETE EEST HOOLITSEMISE ÜLDPÕHIMÕTTED.

Nahahaiguste ravi jaotatakse paikseks (väliseks) ja üldiseks (seesmiseks).

Nahahaiguste paikne ehk väline ravi on enamasti sümptomaatiline, s. o. suunatud naha muutuste kõrvaldamiseks. Olenevalt lööbe iseloomust mitmesuguste nahahaiguste puhul või ühe ning sama haiguse arenemise staadiumist kasutatakse erinevaid välispidiseid ravimeid. Viimased avaldavad nahale erinevat toimet, olenevalt mitte ainult ravimi sisaldusest ja kontsentratsioonist, vaid peamiselt välisravimi farmatseutilisest vormist. Välisravimi vormi õige valik ja selle kasutamise õige tehnika omavad suurt tähtsust nahahaiguse paikses ravis.

Kõige rohkem kasutatakse järgmisi välisravimite farmatseutilisi vorme: 1) puudrit, 2) pintselduhuseid, 3) vesipastasid ehk loksutatavaid segusid, 4) rasvaseid pastasid, 5) salve, 6) plaastreid, 7) mähiseid, 8) niiskeid sidemeid, 9) kompresses, 10) paikseid ja üldisi ravivanne.

Teisi välisravimite vorme, nagu lakke, kreeme, liimi, salvipulki jt., kasutatakse harva ja meie neil ei peatu.

Mitmesugused välisravimite vormid erinevad eeskätt oma toime sügavuselt nahasse. Kõige pindmisemalt mõjuvad puudrid, pintseldamine ja loksutatavad segud, veidi sügavamalt pastad ja kõige sügavamalt salvid ning plaastrid. Mähised mõjuvad jahutavalt ja on suurepäraseks abinõuks ägedapõletikuliste leemendavate nahahaiguste puhul. Soojendav kompress omab resorbeerivat toimet sügavamal asetsevatesse naha infiltraatidesse.

Kohalikud ja üldised vannid, olenevalt temperatuurist ja mit-

mesuguste ravimite lisandamisest veele, omavad nahka puhastavat, desinfitseerivat, parkivat, pehmendavat või sügelemist vaigistavat toimet. Välisravimite mitmesuguste vormide toimemehhanismi täpne iseloomustus antakse allpool, kirjeldades üksikult iga farmatseutilist vormi.

Enne kui vigastatud nahale asetada üks või teine väline ravim, on tarvis nahk puhastada koorikutest ja kettudest. Mehaaniline eemaldamine pole alati võimalik ja kutsub sageli esile ärritust. Väiksemate kettude ja koorikute puhul on küllaldane pühkida haiget kohta vatiga, mis on immutatud vedela õliga. On aga olemas suur hulk kuivanud ja kõvasti seotud koorikuid ning teisi kihisusi, eriti juustega kaetud peanahal, tuleb nende eemaldamiseks kasutada pehmendavat sidet. Viimast kasutatakse järgmiselt: Suure hulga koorikutega kaetud nahapiirkond määratakse enam-vähem paksu rasvakihiga ja kaetakse sama rasvaga läbiimmutatud marllilapiga. See kaetakse võipaberiga või õhukese vahariidega ja seotakse kogu haiguspiirkond. Juustega kaetud peanahale asetatakse samuti pehmendavaid sidemeid; sidumine toimub kirurgilise mütssideme tüübi kohaselt. Niisugune rasvaga tehtud side, millele pehmdava toime suurendamiseks lisatakse juurde 2—5—10% salitsüülhapet, jäetakse harilikult haiguskoldele üheks ööpäevaks. Sideme eemaldamisel saab pehmenenud koorikut mehaaniliselt kõrvaldada ja säärasel viisil puhastatud naha pinnale aplitseeritakse määratud ravimit.

**P u u d r i d**, suurendades auravat pinda, toimivad kuivatava ja jahutava ainenä. Nad vähendavad nahasoonte verega täitumist ja nõrgendavad põletikulisi nähte. Mida paremini puuder adsorbeerib vedelikku, seda suurem on puudri toime. Puudrid võivad olla mineraalsed ja taimsed. Mineraalse puudrina kasutatakse enamasti talki, tsinkoksüüdi, valget savi ja *bismutum subnitricum*'i; taimse puudrina tarvitatakse nisu, riisi ja kartulitärklist. Viimast ei tohi kasutada kõige väiksemagi leemenduse puhul ega naha voltide puuderdamiseks, sest niiskuse tagajärjel taimsed puudrid lagunevad ja võivad nahka ärritada. Säärastel juhtudel, kus on vaja vähendada hariliku puudri kuivatavat toimet või kaitsta nahka mitmesuguste eritiste (uriini, higi) matsereeriva (pehmdava) toime eest, kasutatakse rasvaseid puudreid, s. o. harilikke puudreid, millele lisatakse umbes 10% vedelat vaseliini. Rasvased puudrid on eriti näidustatud lastel, kelle nahk on kuivem ja väga tundlik. Selleks et muuta puuder

antiseptiliseks, lisatakse sellele 5—10% boorhapet. Peale eelmainitud indiferentsete puudrite kasutatakse ka eripuudreid, näiteks desinfitseerivaid puudreid (jodoformi, kseroformi jt.).

Puuderdamist on kõige parem teostada puuderdi abil, raputades puudrit ühtlaselt läbi aukudega varustatud kaane. Puuderdatud koht, eriti kokkupuutuvate nahapindade kohal (kubemepiirkond, sõrmede vahe, naistel rinnaalused), kaetakse õhukese marlikihiga.

Haigestunud nahapiirkondade desinfitseerimiseks, kuivatamiseks või põletamiseks kasutatakse pintseldamist joodtinktuuriga, kamperpiiritusega; põrgukivilahustega, mitmesuguste värvilahustega, kontsentreeritud kaaliumhüpermanganaadi jt. vesi- või piirituslahustega. Pintseldamiseks kasutatakse hügrokoopset vatti, mis on keerutatud kruvitaoliselt sisselõigatud traatsondile, või lahusega niisutatud vatitupsutit.

Vesipastad moodustavad võrdsetes osades vedelate ja mittelahustuvate pulbritaoliste ainete segu. Enne kasutamist tuleb neid hästi loksutada ja kanda nahale karvapintsli või suure vatitupsuti abil. Kuivades kiiresti õhu käes moodustavad vesipastad kuivi katteid, mis harilikult ei nõua sidemeid ja on veega kergesti eemaldatavad. Vesipastad nagu pulbridki avaldavad nahasse kuivatavat ja jahutavat toimet. Kõige laialdasemalt kasutatav vesipasta koosneb tsinkoksüüdist, talgist, glütseriinist ja veest. Nendele pastadele võib lisada mitmesuguseid pulbritaolisi või vedelaid raviaineid. Vesipastad on eriti näidustatud laialdaste põletikuliste ja sügelevate nahahaiguste raviks. Samuti nagu pulbridki ei ole nende kasutamine näidustatud tugevasti leemendavatele nahapindadele.

Rasvased pastad ehk pastad, nagu neid harilikult lühidalt nimetatakse, kujutavad endist pulbritaoliste ja rasvaste ainete segu võrdsetes osades. Nad omavad pehmet taignataolist konsistentsi, ei valgu nahal laiali ja muutuvad võrdlemisi ruttu kõvaks. Pastade toime on salvidest pindmisesem, sest urbsuse tõttu ei ole auramine takistatud, ja sellepärast määratakse neid isegi väikese leemendusega pindmiste nahapõletikuliste protsesside puhul. Isegi tundlik nahk talub neid harilikult hästi. Harilik indiferentne pasta koosneb tsinkoksüüdist, talgist või nisutärklisest, lanoliinist ja vaseliinist võrdsetes osades; see on nn. tsinkpasta. Väga laialdaselt kasutatav lassari pasta koosneb tsinkpastast 2%-lise salitsüülhappe lisandiga. Indiferentsele pastale lisatakse

mitmesuguseid raviaineid; niisugused pastad toimivad aeglase-  
malt kui samu aineid sisaldavad salvid. Pastasid määratakse  
nahale metall- või puust spaatliga. Juustega kaetud peanahale ja  
üldse kohtadele, mis on rikkalikult kaetud karvadega, pastasid  
üldse ei kasutata. Pastad kõrvaldatakse taimeõliga immutatud  
vatitampooni abil.

Salvid on rasvased või mitmesuguste rasvade segud suu-  
rema või väiksema hulga raviainete lisandiga. Laialdasemalt kasu-  
tatavad rasvained, mis moodustavad salvialuseid, on: vaseliin,  
lanoliin, searasv ja naftalaan, samuti mitmesugused vedelad  
taimse ja loomse päritoluga rasvad, näiteks provanksöli, kalamaksa-  
õli jt., mis muudetakse paksemaks, lisades neile mitmesuguseid  
aineid. Salvi toime on pastast sügavam, sest salv katab peaaegu  
hermeetiliselt määratud naha pinda ja salvi alla kogunev sekre-  
toorne vedelik ei saa ära aurata. See vedelik soojenedes pehmen-  
dab sarvkihti ja soodustab salvi kiiret ja sügavat toimet.

Raviained, mida lisatakse salvidele ja pastadele, on väga  
mitmesugused. Siia kuuluvad mitmesugused elavhõbedaühendid,  
väävel- ja tõrvpreparaadid, salitsüül- ja boorhape, ihtüool, resort-  
siin jt.

Olenevalt raviainete toimest eristatakse indiferentseid salve,  
s. t. niisuguseid, mida kasutatakse ainult sarvkihi pehendamiseks  
või naha kaitseks kahjulike välismõjude eest, siis desinfitseerivaid,  
kette eemaldavaid, põletavaid jt. salve.

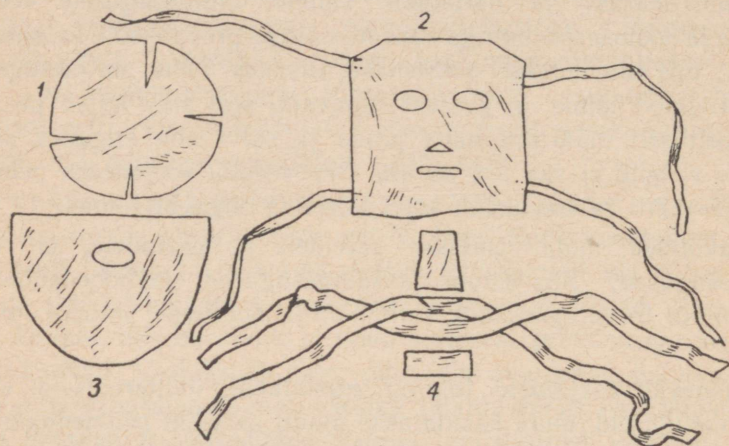
Salvi kasutatakse, määrides seda haigele nahapiirkonnale ja  
kattes seda marlisidemega või aplitseerides haigele nahapinnale  
linaseid lapikesi või marlirätikuid, millele on määratud paks kiht  
salvi ja mis kinnitatakse sidemega. Vajades eriti tugevat salvi-  
toimet, näiteks tugeva infiltraadi puhul, asetatakse salvilapile  
komprespaberit, kaetakse vatikihiga ja seotakse tugevalt. Kasu-  
tades salve, mis määrivad pesu, asetatakse salvilapile samuti  
komprespaber. Mõnede haiguste puhul hõõrutakse salvi energi-  
liselt nahasse sileda pulgakese või peopesaga. Mõnedel kehaosa-  
del kasutatakse salvsideme paremaks asetamiseks selleks eriliselt  
väljalõigatud riidetükke.

Näo laialdase vigastuse puhul kasutatakse maski väljalõigatud  
avaustega silmade, nina ja suu jaoks. Selle ärtele kinnitatud pae-  
lad võimaldavad maski kinnitamist ilma sidemeta. Säärased mask-  
sidemed näol on eriti sobivad väikestele lastele, kes põevad kogu

näo ekseemi, sest nad kaitsevad nägu kratsimise eest ja rahustavad kiiresti sügelemist.

Salvsidemeid lõual, ninal või ülemisel huulel on kõige parem fikseerida sidemetega, mis on näidatud joonisel nr. 9.

Kattes salvsidemega juustega kaetud peasa on soovitatav kasutada ümmargust lappi sisselõikudega, nagu on näidatud joonisel nr. 8, ja kinnitada see kirurgilise mütssidemega või peasidemetaolise rätikuga. Välistele suguosadele kinnitatakse side supelpükste või suspensooriumi abil, mida võib ise valmistada marli-



Joon. 8. Mitmesugustele kehaosadele salvsidemeiks kasutatavad linased riidetükid: 1 — juustega kaetud peasa jaoks; 2 — näo jaoks; 3 — munandikoti jaoks; 4 — nina ja ülahuule jaoks.

rätikust ja sidemest. Asetades salvsidet sõrmedele võib kasutada pestavate valgete kinnaste äralõigatud sõrmikuid; kätele ja jalgadele võib sideme asemel kasutada valgeid sukki äralõigatud labajalaosadega. Sisse hõõrudes või asetades salvsidemeid laialdastele nahapiirkondadele, tuleb arvestada võimalust, et võib tekkida üldmürgistus ravimi naha kaudu imendumisest, eriti laialdasel elavhõbeda- ja tõrvasalvide kasutamisel. Raskete tüsistuste ärahoidmiseks on vajalik niisugustel juhtudel uurida uriini ja verd.

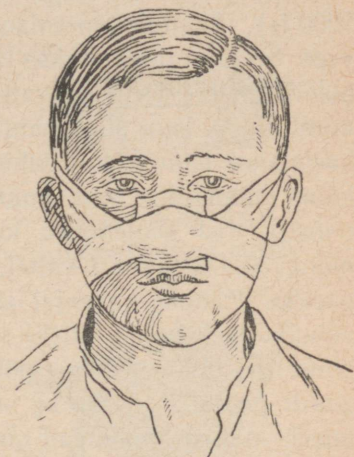
Korduvate sidemete puhul kõrvaldatakse salv õli, bensiini või eetri abil, mida soovitatakse teha mitte sagedamini kui üks kord iga 3—4 päeva tagant.

Plaster on õhukese kihina pehmele lapile määratud mass. Plaatri massi valmistatakse rasvadest, kampolist, vahast ja metal-

lide oksüüdidest või kautšukisegust veeta lanoliini, tõrvade või balsamitega. Oma konsistentsilt seisab plaastri mass paksu salvi ja vaha vahel. Plaastri mass vett läbi ei lase, ei valgu laiali soojuse mõjul ja kleepub hästi nahale. Plaastri mass ei ärrita nahka ja temasse võib mahutada rohkesti peaaegu igasugust raviainet. Plaastrid, mis sisaldavad raviaineid, mõjuvad sügavalt ja tugevalt; olles läbimatud, takistavad need enda alla kogunevate nahaeritiste auramist, soojendavad ja pehmenavad sarvkihti, mis põhjustab kiiret ja sügavat ravimi imendumist. Plaastreid kasutatakse ainult kuivade dermatooside puhul. Neid ei saa kasutada tundliku nahaga isikud, kes põevad ekseemi ja dermatiiti.

Eristatakse harilikke plaastreid, mis on valmistatud ilma kautšuki või toorkummita, ja kautšukplaastreid. Laialdaselt kasutatav kaitseplaaster, nn. leukoplaaster ehk kleepuv plaaster, on katšukplaaster, mis sisaldab 25% tsinkoksüüdi. See plaaster ei ärrita üldse nahka ja on seetõttu laialdaselt kasutatav lastepraktikas. Kleepuvat plaastrit kasutatakse kaitsekattena kriimustuste, sisselõigete ja väikeste operatsioonide puhul, samuti väikeste sidemete kinnitamiseks. Ravimeid sisaldavaid plaastreid kasutatakse käesoleval ajal harva. Kõige sagedamini kasutatakse elavhõbeplaastrit (20% elavhõbedat) furunkuloosi puhul ja süfiliitiliste infiltraatide resorbeerimiseks, seep- ja salitsüülplaastrit — hüperkeratooside (konnasilmade) pehmenamiseks ja ihtüoolplaastrit.

Enne plaastri asetamist puhastatakse vastav nahapiirkond piiritusega ja vabastatakse rasvast puhastatud bensiini või eetri abil. Karvad tuleb enne ära ajada. Siis lõigatakse haigele nahapiirkonnale vastav plaastritükk, soojendatakse seda kergelt tuel ja asetatakse haigele kohale, vajutades sellele käega; vähekleepuvad plaastrid kinnitatakse kleepuva plaastri ribadega. Kui haige koht on kumer, siis lõigatakse plaaster välja vastava suurusega rattana ja lõigatakse raadiuse suunas mitmest kohast sisse. Harilikult plaastrit vahetatakse kahe kuni kolme päeva tagant, kui selle ümber



Joon. 9. Salyside ninale.

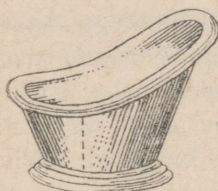
ei teki punetust ja haige ei kaeba sügelemise ega valu üle; vastasel korral tuleb plaaster eemaldada. Plaaster eemaldatakse bensiini, eetri või taimeõli abil.

**Mähised** avaldavad põletikuvastast ja valuvaigistavat toimet. Mähisteks kasutatakse nõrgalt desinfitseerivaid ja nõrgalt siduvaid lahuseid külmal kujul — toatemperatuurist kuni jäätemperatuurini. Pehmeid linaseid lappe või marlitükke niisutatakse külmas 2—10%-lise buurovi vedeliku lahuses, 2%-lises resortsiini lahuses, tinavees, väga nõrkades põrgukivilahustes (1:1000—2000-le), kaaliumhüpermanganaadilahuses või külmas keedetud vees. Seejärel pigistatakse lapp tugevasti välja ja asetatakse ägedapõletikulistele leemendavatele haiguskolletele kolmeks kuni viieks minutiks — kuni soojenemiseni. Seni kui üks lapike asetseb nahal, kastetakse teine külma lahusesse. Sageli vahetades väljapigistatud külmi lapikesi, sest puutudes kokku ägedapõletikulise kuuma nahaga nad soojenevad kiiresti, asetatakse mähiseid vahetpidamata, 30—40 minuti vältel, korrates seda protseduuri 3—4 korda päevas. Mähiste vaheajal asetatakse haigetele kohtadele, olenevalt põletiku iseloomust, niiske side või puuderdatakse seda indiferentse puudriga. Mähiste toime põhineb peaaesjalikult jahutamisel ja mitte ainult pindmiste, vaid ka sügavamal asetsevate veresoonte ahennemisel. Mähised mõjuvad suurepäraselt leemendavate ekseemide ja ägedaloomuliste dermatiitide puhul: vähendades põletikulisi nähte, nad vähendavad leemendamist ja rahustavad sügelemist ning valu. Mähiste toime on seda suurem, mida külmem on mähis. Nõrkadel, kehverrestel ja samuti väikestel lastel ning raukadel on väga külmad ja kestvad mähised vastunäidustatud.

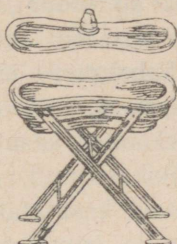
**Niisked sidemed.** Kaheksa- kuni kümnekordselt kokkupandud marlitükke niisutatakse tinaveega, 2%-lise boorhappe-, buurovi vedeliku või resortsiinilahusega, väga nõrga põrgukivilahusega (1:1000—2000-le) või teiste nõrgalt desinfitseerivate ja parkivate lahustega, väänatakse kõvasti välja ja asetatakse haigeenud nahapiirkonnale, kattes seda kortsutatud kompresspaberiga ja kinnitades marlisidemega. Niiske side valmistatakse toatemperatuuriga lahustest ja vahetatakse kohe pärast kuivamist. Õigesti asetatud niiske side püsib niiskena 8—12 tundi; seepärast on küllaldane, kui seda vahetada 2—3 korda ööpäeva vältel. Niiske sideme toime avaldub koorikute ja kettude kohevaks muutmises ja naha pindmiste kihtide pehmendamises. Side mõjub ka antiseptiliselt, takistab sekreedi kogunemist, suurendab vere ja lümfi ringvoolu,

vähendab naha pinget ja valu. Eriti näidustatud on niisked sidemed ägedapõletikuliste protsesside puhul, mis on seotud naha epiteeliaalsete kihtide tunduvate häiretega, ja samuti koorikute ning kettude eemaldamiseks.

Soojendavat kompressi valmistatakse järgnevalt: Haigele kohale asetatakse tükk niisket mitmekordselt kokkupandud



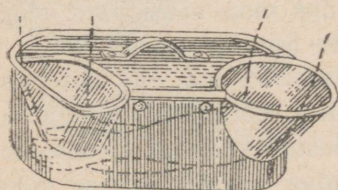
Joon. 10. Istevann (Gurevitš-Iljini järgi).



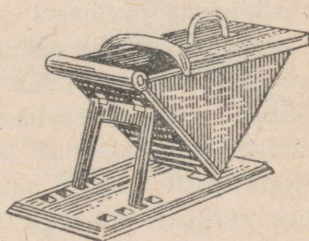
Joon. 11. Vann lahkliha jaoks — bidee (Gurevitš-Iljini järgi).



Joon. 12. Kaanega vann ühele käele (Gurevitš-Iljini järgi).



Joon. 13. Vann mõlemale õlavarrele (Gurevitš-Iljini järgi).



Joon. 14. Kaanega jakavann (Gurevitš-Iljini järgi).

flanelli või linast riiet ja kaetakse veidi (1—2 cm võrra) suurema mitteläbilaskva riidetükiga (valge kompress-vahariie, gummeeritud riie või pärgamentpaber). Sellele asetatakse veel suurem riidetükk, mis peab olema halva soojusejuhtivusega, näiteks flanell, vilt, villane rätt või paks kiht vatti, seda kõike hoolikalt sidudes. Soojendavat kompressi kasutatakse sügavate abstsesside, higinäärme-põletiku ja furunkulite puhul. Nad soodustavad kiiremat mädaniku piirdumist ning infiltraadi imendumist ja vähendavad valu. Ärrituse ja uute mädanike tekkimise ärahoidmiseks haiguskolde piirkonnas kaetakse haiguskolde ümbruses olev terve nahk tsinksalvi või pastaga. Hästiasetatud soojendavat kompressi on küllaldane vahetada üks kuni kaks korda ööpäevas. Vahetades kompressi peab

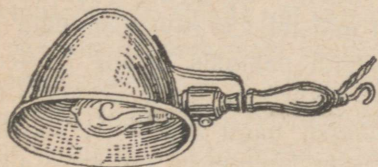
naha ärrituse puudumisel nahka kuivatama ja sisse hõõruma viinaga. Uueks kompressiks tuleb võtta puhas materjal. Naha ärrituse puhul tuleb ravi soojendava kompressiga ajutiselt katkestada, määrares puudreid või teisi põletikuvastaseid vahendeid.

**V a n n i d.** Nahahaiguste ravimiseks kasutatakse üldisi ja eriti sageli kohalikke vanne. Soojad vannid hariliku temperatuuriga, millele lisatakse leelisi ( $\frac{1}{2}$ —2 kg soodat, 100—500 g potašit või 250 g rohelist seepi), on näidustatud kettude pehmendamiseks ja kõrvaldamiseks sääraсте nahahaiguste puhul, millega kaasuvad sarvestumishäired, näiteks psoriaas, ihtüoos jt. Üldvanne nisu- või mandlikliidest, samuti tammekoorest kasutatakse naha ärrituse ja sügelemise rahustamiseks täiskasvanuil, kuid eriti sageli lastel. Palju sagedamini kui üldvanne kasutatakse kohalikke ravivanne käte, jalgade, välissuguosade ja istmikupiirkonna vannitamiseks. Kuumi või sooje kohalikke vanne valmistatakse mitmesuguste raviainetega: kaaliumhüpermanganaadi, tanniini, boorhappega jt. Neid määratakse olenevalt nahahaiguse iseloomust, kusjuures nende koosseisu ja kontsentratsiooni määrab iga kord arst.

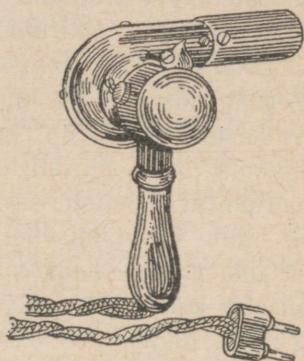
Nahahaiguste ravimisel omab suurt tähtsust õige välisravimi valik. Eespoolmainitust nähtub, et üks ning sama aine, olenevalt kasutamise vormist, avaldab nahasse erinevat toimet. Mitte vähe- mat tähtsust omab ka raviaine kontsentratsioon. Nii näiteks nahamarrastuste pintseldamine  $\frac{1}{2}$ —1%-lise põrgukivilahusega toimib kui desinfitseeriv vahend, mis soodustab kiiremat epitelisatsiooni, 20%-lise põrgukivilahusega määrimine avaldab koesse põletavat ja hävitavat toimet. Peale selle tuleb välisravimi valikul alati arvestada haigestumisstaadiumi, sest üks ning sama nahahaigus erinev- ais arenemisstaadiumes reageerib erinevalt raviainete mitmesugu- sele kasutamiseviisile; näiteks ekseemi ägedas staadiumis kasuta- takse külmi mähiseid, puudreid, vesipastasid, subakuutses staadi- umis ja eriti krooniliste vormide puhul aga pastasid ja salve. Lõpuks mitmesugustel inimestel võib üks ning sama nahahaigus isegi samade sümptomide juures erinevalt reageerida ühesugustele ravi- mitetele. Seda võib eriti sageli täheldada haiguste puhul, mille tekki- misel omab suurt tähtsust naha suurenenud tundlikkus; seepärast peab nahahaigusi ravides aeglaselt suurendama kasutatavate ravi- mite kontsentratsiooni, valides algul pindmisemalt toimivaid ravi- mivorme ja alles aeglaselt tõstes nende kontsentratsiooni.

Kõrvuti ravimitega kasutatakse laialdaselt nahahaiguste paik- seks raviks füüsikalisi ravimeetodeid: ravi külma või soojaga, val-

guskiirtega, elektriga, samuti massaažiga. Kasutatakse niisket ja kuiva soojust, esimest soojendavate kompresside ja kohalike vannidena, teist kummikoti või kuiva hautisena (kotid soojendatud liiva, kaera või tuhaga), samuti elektersoojendusaparaatide abil. Viimaste hulka kuuluvad sollukslamp, mitmesugused valgussoojendusvannid ja väikesed, kergesti ümberpaigutatavad elektersoojendusaparaadid. Niisugused aparaadid on: 1. Minini lamp, mis koosneb sinise klaasiga hõõglambist ja puust hoidlaga metallreflektorist soojuskiirte suunamiseks soojendatavale kohale; 2. mitmesuguse konstruktsiooniga elektersoojendajad, mis asetatakse vahetult soojendatavale



Joon. 15. Minini lamp  
(Gurevitš-Iljini järgi).



Joon. 16. Elektri-õhudušš  
(Gurevitš-Iljini järgi).

kohale; 3. fõõnaparaat, mida sageli kasutatakse juukselõiklainsuuste kuivatamiseks. Aparaat ühendatakse hariliku elektrivoolukontaktiga, soojendavat toimet reguleeritakse kaugendades või lähendades soojendatavale kohale aparaadi toru, millest väljub tugev kuuma õhu juga. Väga kasulikuks osutub aparaadi tarvitamine raviks, näiteks krooniliste haavanduvate ja rikkaliku mädaeritusega protsesside ravimisel.

Mõnede nahahaiguste puhul kasutatakse soojendava protseduurina kuuma sulatatud parafiini, mis kiiresti hangub, säilitades väga kaua soojust, mistõttu omab püsivat ja sügavat soojendavat toimet.

Külma kasutatakse külmade mähistena või kuivalt jääkotina ja samuti süsihappelumena. Jääkotti nagu külmi mähiseidki kasutatakse naha ägedapõletikuliste protsesside puhul põletikunähtude ja valu vähendamiseks. Jääkotti ei tohi asetada otse nahale, eriti

aga haigestunud nahapiirkondadele; jääkoti alla asetatakse mitmekordselt kokkupanduna puhas linane lapp või käterätik.

Süsihappelumi mõjub külmutavalt. Seda kasutatakse *lupus erythematoses*'e, soolatüügaste, konnasilmade, sünnimärkide ja teiste nahahaiguste raviks. Külmutusravi, eriti süsihappelumega nimetatakse krüoteraapiaks. Süsihappelumi-ravi nõuab ettevaatust ning kogemusi ja seda võivad sooritada ainult küllaldaselt kogunud spetsialistid.

Käsoleval ajal kasutatakse nahahaiguste ravimiseks laialdaselt elekter- ja valgusravi.

Elektroteraapia meetodite hulka kuulub ravimine madalapingelise elektrivooluga: elektrolüüs, ionogalvanisatsioon, galvanokaustika, d'Arsonvali kõrgepingevool-ravi ja diatermia, samuti ravi ultrakõrgsageduselise vooluga, mida nimetatakse UKS-iks. Valgusravi kasutatakse helio- ja fototeraapiana. Siia kuuluvad röntgenoteraapia, ravi piirikiirtega (Bucky' kiirtega), raadium- ja mesotooriumravi. Helioteraapia all mõistetakse ravi loomuliku päikesega, mille kasutamiseviisi käsitleti peatükis „Naha hügieen“. Fototeraapia all mõistetakse ravimist kiirtega, mida saadakse mitmesuguseist kunstlikest valgusallikaist, nagu harilikust kaarlam- bist ja mitmesuguse konstruktsiooniga lampidest, kus kasutatakse söe-elektroodide lähendamisel tekkiva sädeme valgust. Sel puhul tekkiv spekter on väga lähedane päikesespektrile. Nagu teada, eristatakse viimases nähtavaid kiiri (punane, oranž, kollane, roheline, helesinine, sinine ja violett) ja nähtamatuid kiiri (infrapunased, mis järgnevad punastele, ja ultravioletsed, mis järgnevad violetsetele). Punased ja infrapunased kiired on kiired, mis annavad soojust, violett- ja ultraviolettkiired on keemilised kiired, mis toimivad nahasse mitte soojendavalt, vaid keemiliselt. Nahahaiguste raviks kasutatakse enamasti ultraviolettkiiri. Selleks on olemas mitmesuguse konstruktsiooniga elavhõbeda-kvartslampe, mis annavad valgust ja on rikkad ultraviolettkiirte poolest. Need lambid on ette nähtud nii üldiseks kui ka paikseks kiiritamiseks. Valgusravi kiiritamisel ultraviolet-, röntgeni-, piiri-, raadiumikiirte ja mesotooriumiga nõuab erilisi teadmisi. Kõigi valgusraviviiside määramine toimub alati arstide-spetsialistide poolt.

Üheks nahahaiguste välisravi meetodiks, mis kuulub füüsikaliste ravimeetodite hulka, on massaaž, nii kätega kui ka eriliste elektri-vibratsiooniparaatidega. Massaaži kasutatakse peaaesjalikult kosmeetiliseks otstarbeks, eriti näomassaaži. Massaaž omab ka

terapeutilist tähtsust infiltraatide pehmemdamisel, mistõttu seda kasutatakse niisuguste haiguste nagu sklerodermia, kroonilise ekseemi jt. puhul. Näomassaažiks akne puhul kasutatakse erilist prof. A. Pospelovi poolt soovitatud skeemi.

Nahahaiguste paikse ravi meetodite hulka tuleb lugeda ka väikekirurgia-võtteid, näiteks sisselõiked (intsisioonid), skarifikatsioonid, väikeste kasvajate eemaldamine jne.

## NAHAHAIGUSTE ÜLDINE (SEESPIDINE) RAVI.

Nagu eespool mainitud, on nahahaiguste väline ravi enamasti ainult sümptomaatiline. See on seletatav sellega, et enamik nahahaigusi on tingitud ühtedest või teistest muutustest siseorganites, närvi- või sisesekretsioonisüsteemis, ainevahetushäiretest jne. Sellest nähtub, et nahahaiguste paikse ravi kõrval tuleb vastavate vahenditega kõrvaldada või vähemalt nõrgestada igasuguseid muutusi või funktsioonihäireid ükskõik missuguses organis või organsüsteemis. Seespidiseist vahendeist kasutatakse nahahaiguste ravimisel eriti sageli üldtervislikku seisundit tugevdavaid ja närvisüsteemi vaigistavaid vahendeid. Sageli kasutatakse organoterapeutilisi preparaate. Viimasel ajal kasutatakse laialdaselt mitmesuguseid vitamiine. Nahahaiguste ravimisel osutatakse suurt tähelepanu dieedile ja seedetrakti seisundile. Mõnede toksilise iseloomuga löövete puhul ja ägeda nõgestõve puhul viib lahtistite määramine väga kiirele löövete kadumisele. Eriti tähelepanuväärne on dieedi seos nahalöövetega väikestel lastel, kellel sageli ainult otstarbeka dieedi või õige toitlustamise määramine viib kiirele nahalööbe kadumisele. Nahahaiguste üldisel ravimisel omavad suurt tähtsust nn. bioloogilised ravimeetodid. Nende hulka kuulub mitmesuguste vaktsiinide, seerumite jt. bioloogiliste preparaatide kasutamine. Sageli kasutatakse stimuleerivat teraapiat, s. o. meetodeid, mis ärritavad organismi kaitseaparaate, näiteks piima, tärpentini muskulisest süstimist, omaveresüstimist jne. Mõnede nahahaiguste puhul osutuvad kasuljaks vereülekanDED. Eriti kasutatavad on nahahaiguste ravimisel mittespetsiifilised desensibiliseerivad vahendid, mis vähendavad naha üldist reaktiivsust: 10—30%-line hüposulfiidilahus veenisisesi, 10%-line *calcium chloratum*'i lahus, 10%-lise broomnaatriumi süstimine veenisisesi jne.

Medikamentoosse ravi kõrval on mõnedele nahahaigustele soovitatav kuurortravi, eriti kombinatsioonis eriraviga vannidega, ena-

masti väävlivannidega. Nõukogude Liidu rohkearvuliste suurepäraste kuurortide hulgas on nahahaigetele eriti näidustatud Pjätigorsk, Sotši-Matsesta, Tshaltubo, Sernovodsk jt.

Nahahaiguste ravi efektiivsus oleneb paljudel juhtudel mitte niivõrd õigesti kasutatud ravivahendeist, kuivõrd oskusest õigel ajal avastada ja kõrvaldada need välisümbruse tegurid, mis sageli osutuvad haiguse otseseks põhjuseks. Seepärast tuleb ravi määramisel arvestada mitmesuguste tegurite kahjulikku mõju nahasse, nii tööstuslikes kui ka haige elukondlikes tingimuses.

Nahahaiguste ravi üldpõhimõtteid võib väljendada järgmiselt: 1) ravida mitte ainult nahalööbeid, vaid osutada tähelepanu ka haige üldtervislikule seisundile ja tema elukondlikele ja töötingimustele; 2) määrares väliseid ravimeid olla alati ettevaatlik: õigesti valida välisvahendi farmatseutilist vormi ja pikkamööda tõsta ravimite kontsentratsiooni; 3) rangelt kinni pidada õigest välisravimite kasutamise tehnikast; 4) arvestada haigusprotsessi staadiumi, eriti mitte määrares ärritavaid vahendeid ägedapõletikuliste löövetepuhul; 5) kasutades välist ravi jälgida, kas see ei toimi nahasse ärritavalt ja ei kutsu esile kõrvalnähte kogu organismi poolt; 6) ravides nakkushaigeid kasutada abinõusid, mis takistavad ümbruskonna nakatumist.

## NAHAHAIGUSED.

### Mädanikulised nahahaigused — püodermiidid (*pyodermia*).

Püodermiat põhjustab mädatekitajate mikroobide, eriti stafülokokkide ja streptokokkide nahasse tungimine. Stafülokokid ja streptokokid on looduses laialdaselt levinud: neid leidub kõigi meid ümbritsevate asjade pinnal, tolmus ja õhus, samuti elavad nad kahjutult terve inimese nahal. Nende hulk terve inimese nahal on seda suurem, mida korratuma ja mustema nahaga on inimene ja mida harvemini ta ennast peseb ja pesu vahetab.

Ehamikul juhtudel on nahamädanikud esile kutsutud mädatekitajate mikroobide poolt, mis tungivad nahasse väljastpoolt; mädanik võib tekkida isegi silmale nähtamatu nahavigastuse puhul. Erandjuhtudel, organismi üldnakkuse korral, võivad mikroobid sattuda nahka vere kaudu, olles sinna sattunud mingisugusest teisest organites asetsevast mädapesast.

Mädavillilised nahalööbed võivad tekkida tervel nahal või kaa-

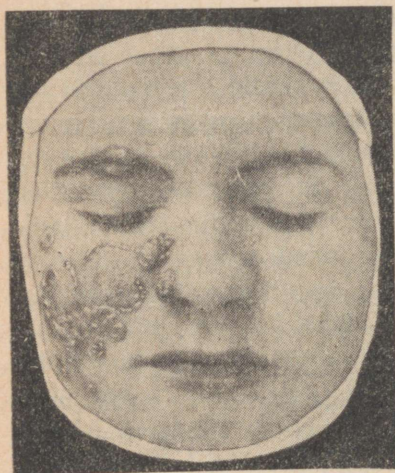
suda komplikatsioonina juba olemasoleva nahahaigusega. Viimasel juhul räägitakse sekundaarsest püodermiast, mis kõige sagedamini tekib sügelevate nahahaiguste, peaaesjalikult sügeliste ja täitõve puhul selle tagajärjel, et kratsimisel vigastatakse naha pinda ja luuakse väravad mikroobide sissetungiks.

Nahamädanikke tekitavate mikroobide järgi jaotatakse naha haigestumisi kahte põhigruppi: stafülodermia ja streptodermia. Stafülo- ja streptodermia põhiliseks erinevuseks on, et esimene on seotud rasu-karvafolliikulite ja higinäärmetega; sellepärast nimetatakse stafülodermiat ka follikulaarseks püodermiidiks. Igas grupis eristatakse pindmisi ja sügavaid haigusvorme.

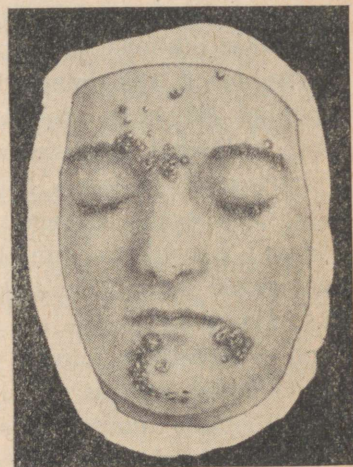
**Pindmised ehk impetiginoossed püodermiidid.** Streptogeenne impetiigo (*impetigo streptogenes*) on äge põletikulise iseloomuga lööve, eelistatud lokalisatsiooniga katmata kehaosadel: näol, kätel ja harvemini juustega kaetud peaosal. Streptogeense impetiigo puhul on esmane element pindmine, karvaga mitte seotud lame mädavill, kanepitera- kuni 10-kopikalise mündi suurune ja suurem, ümmarguse kujuga ja õhukese kattega; seda nimetatakse flükteeniks. Mädavilli sisuks on seroosne-mädane kollane vedelik. Elementide arenemine toimub väga kiiresti; algul ilmuvad laialipillatud väikesed seroosse sisuga villikesed, mis kiirelt, juba mõne tunni jooksul, muutuvad seroosseiks-mädaseiks mädavillideks ja kuivavad 1—2 ööpäeva vältel helekollaseiks koorikuiks. Kui mädavillikese kate lõhkeb, kuivab väljatulnud mäda kiirelt koorikuks, mille all mäda tekkimine võib kesta veel mõnda aega; see põhjustab veel paksemate koorikute tekkimist. Kuivanud või lõhkenud mädavillikeste kohal langeb koorik harilikult mõne päeva pärast ära ja sellele kohale jääb kergelt hüpereemiline punakas laik, mis hiljem muutub pigmenteerituks ja aegamööda kahvatub. Streptogeenne impetiigo ei jäta kunagi järele armi. Streptogeense impetiigo elemendid asetsevad harilikult normaalsel nahal, s. t. nende ümbruses kas põletikunähud üldse puuduvad või esineb kitsas järealt piirdunud põletikuline ääris. Nad kasvavad perifeerselt ja võivad kohati laotuda. Nende arv on väga mitmesugune: üksikuist mädavillikesist kuni laialdaste lööveteni, mis katavad kogu nägu. See haigus esineb kõige sagedamini lastel. Haigus on väga nakkav, mistõttu perekondades, lasteaedades ja koolides täheldatakse massilisi haigestumisi. Kui haige eest ei hoolitseta, võib haigus kesta mõne nädala ja kuu, kuna õige ravi puhul, isegi väga laialdaste löövetega, haiguse kestus on üks kuni kaks nädalat. Streptogeense

impetiigo lööve ei tekita mingeid subjektiivseid vaevusi, ainult vahel kaebavad haiged naha sügelemist. Sekundaarse infektsiooni kaasumisel võib streptogeenne impetiigo muutuda strepto-stafülogeenseks segaimpetiigoks. Erinevalt puhtast strepto- või stafülogeensest impetiigost nimetatakse segaimpetiigot banaalseks ehk vulgaarseks impetiigoks.

Vulgaarsele impetiigole on iseloomulikud paksud teralised, nagu üksikuist terist koosnevad meekarva kollased kohevad koorikud.



Joon. 17. Streptogeenne impetiigo.



Joon. 18. Vulgaarne impetiigo (Grigorjevi järgi).

Koorikud asetsevad harilikult rohkem põletikulisel alusel, kohati erodeeritud leemendaval pinnal. Lööbega kaasuvad vahel väike palavik ja lähemate lümfisõlmede paistetused. See haigus esineb eriti sageli lastel, on samuti väga nakkav ja võib omandada massilise haigestumise ja isegi epideemia iseloomu laste kollektiivides, kui mitte õigeaegselt ei võeta kasutusele vastavaid profülaktilisi abinõusid. Vulgaarne impetiigo areneb sageli sekundaarse püodermina, olles niisuguste nahahaiguste nagu sügeliste, täitõve, leemendava ekseemi jt. komplikatsiooniks.

Üheks streptogeenne impetiigo erivormiks on nn. epideemiline vastsündinute villtõbi (*pemphigus neonatorum epidemicus*). See haigus areneb vastsündinu esimeste elupäevade või nädalate vältel, harva hiljem ja omandab vahel sünnitusmaja-

des ja sõimedes epideemilise iseloomu. Vastsündinu näol, kehal ja jäsemeil tekivad suured villid (flükteenid) segase seroosse-mädase sisaldisega. Ohukese epidermise ja veresoonte pindmise asendi tõttu suurenevad villid väikestel lastel kiiresti, ulatudes vahel kanamuna ja enama suuruseni. Osa nendest lõhkeb, moodustades suuri erosioone, mis võrdlemisi ruttu paranevad, osa kuivab koorikuiks. Mõnikord arenevad niisugused villid suu- ja ninalimasketal. Kergetel juhtudel, väikese villide arvuga, lõpeb haigus kahe kuni kuue nädala jooksul tervistumisega. Rasketel juhtudel, kus villid katavad rohkem naha osa, laatuivad, lõhkevad, tekitades suuri erodeeritud pindu, hukkub laps vahel kiiresti tekkinud veremürgistuse tagajärjel. Mõned epideemiad on eriti pahaloomused ja võivad anda kuni 50% suremust.

Imikute streptogeense impetiigo erivormiks on süüfilisesarnane papuloosne impetiigo (*impetigo papulata syphiloides*). Lööve asetseb peaaesjalikult tuharate kumeratel osadel ja reite sirutuskülgedel ja on imikute ebahügieenilise hoidmise tagajärjeks. Haigestumine tekib naha matsersiooni tagajärjel, märgade ebakorrapäraselt vahetatavate mähkmete tõttu, eriti kõhulahtisuse all kannatavatel lastel. Tuharatel ja reite sirutuskülgedel tekivad väikesed lamedad villid, mis muutuvad erosioonideks. Osa nendest paraneb, jättes järele pigmenteeritud hüperemilisi laiike, teine osa kaua ei parane; nende põhi tõuseb ja omandab süfiliitilise erodeeritud paapuli kuju. Need elemendid grupeeruvad vahel vaniku- ja rõngakujuliselt, mistõttu need veel enam sarnanevad erosiivse papuloosse süfiliidiga. Haigestumine võib kesta nädalaid ja komplikseerub vahel sügava püodermiaga. Range hügieeniline hooldamine ja parkivate mähiste kasutamine ühes järgneva puuderdamisega viivad kiirele paranemisele.

Streptogeense impetiigo ravi eesmärgiks on ära hoida löövete levimist tervele nahale. Haigete keelatakse haigete kohtade pesemine vee ja seebiga; et ära hoida infektsiooni edasikandmist haiguskolletest tervetele nahapiirkondadele, soovitatakse haigetele sagedamini vahetada padjapüüre ja keelatakse valjult haige koha puudutamine kätega. Peale selle on lastel soovitav lõigata lühikeks küüned ja lõppfaalankseid määrada 2%-lise joodtinktuuriga. Koorikute eemaldamiseks seotakse haigeid kohti desinfitseerivate salvidega: 2%-lise valge elavhõbedapretsipitaadiga, boorhappe-, tõrva- või väävli- ja tõrvasalviga. Kui kooriku eemaldamisel mädaeritus veel jätkub ja püsivad järsult väljenduvad põletikulised

nähud, jätkatakse salvsidet. Nende nähtude kadumisel võib piir-  
duda haigete piirkondade määrimisega, kasutades samu salve ühes  
järgneva talgiga puuderdamisega või iga päev pintseldades neid  
1%-lise briljantrohelise või 2%-lise metüleensinise lahusega  
70%-lises piirituses. Vahetades sidet üks kuni kaks korda ööpäeva  
vältel, tuleb nahka lööвете elementide vahel ja nende ümbruses  
puhastada desinfitseerivate piirituslahustega koos 2%-lise salitsüül-  
happe või resortsiiniga. Peale selle on soovitatav ümbruses asetsevat  
tervet nahka hõõruda 2—3 korda päevas viinaga. Lajaldaste vor-  
mide puhul annab häid tulemusi ultraviolettkiirtega kiiritamine.

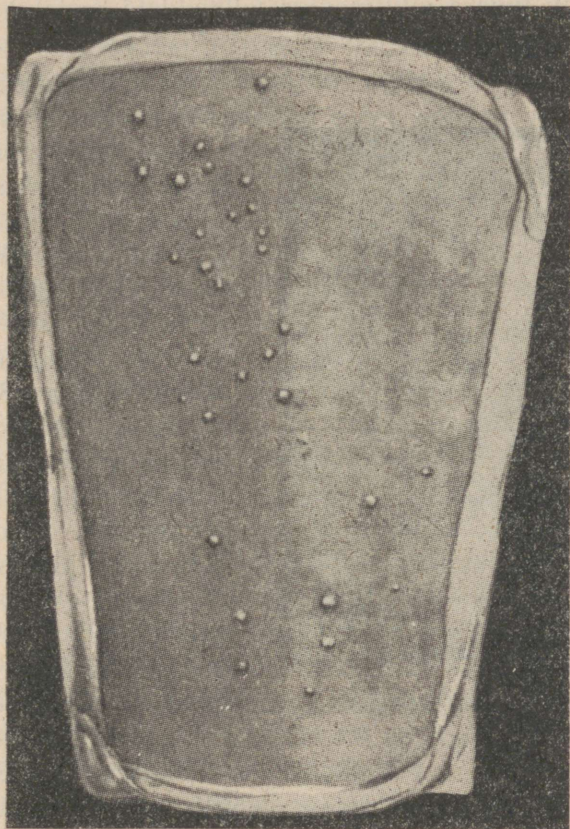
Ümbruskonna nakatamise vältimiseks ei lubata last impetiigoga  
katmata kehaosadel laste kollektiivi (sõimed, lasteaid, kool) kuni  
täieliku tervistumiseni. Tema tualettesemeid ei tohi keegi kasutada,  
ka ei tohi juua temaga ühest jooginõust.

Stafülogeenne impetiigo on ägedapõletikuline lööve,  
eelistatud lokalisatsiooniga jäsemete sirutuskülgedel, peaausjalikult  
õlavartel ja reitel. Esmaseks elemendiks on rasu-karvanääpsu suud-  
mes arenev pindmine mädavillike, ostiofollikuliit, mis omab väikese  
mädavilli kuju, nõõpnõelapea- kuni herneterasuurune, koonuselise  
või kuplitaolise kujuga, paksu kooretaolise kollaka või rohekasvalge  
mädase sisaldisega. Mädavilli põhi on ümbritsetud helepunase põle-  
tikulise äärisega, villi kate on sageli läbi puuritud tsentrumis aset-  
sevast karvast. Vahel on katte all kokkukeerdunud karv nähtav  
mädavilli keskpaigas tumeda punktina.

Stafülogeense impetiigo mädavill erineb streptogeensest flük-  
teenist oma suurema püsivuse poolest. Olles seisnud mitu päeva  
lõhkemata, kuivab mädavill paksuks tihedaks punakaspruuniks,  
sageli koonuselise vormiga koorikuks. Koorik langeb võrdlemisi  
ruttu ära, jättes järele roosaka või sinakaspunase pikkamööda  
kaduva laigu. Stafülogeense impetiigo üksikud elemendid ei laiene  
pinnaliselt, kuid sageli tungib mädanikuline protsess karvanääpsu  
sügavusse. Säärastel juhtudel areneb põletikuline infiltraat ja tekib  
sügavfollikuliit.

Viimane omab naha pinnast kõrgemale ulatuva tiheda valuliku  
infiltraadi kuju, on ümmarguse või koonuselise vormiga ja väikese  
hernetera kuni kirsikivisuurune. Tema pinnal on väike väljaula-  
tuva karvaga mädavill, kusjuures karv on kergesti väljarebitav,  
olles oma juureosas paisunud tüvest jämedamaks. Edaspidi sügav  
follikuliit kas resorbeerub, jättes järele väikese jäljetult kaduva pig-  
mentlaigu, või muutub furunkuliks; vahel areneb sellest abstsess.

Rasu-karvanääpsud on kohtadeks, kuhu nahal kõige rohkem koguneb stafülokokke, ühtlasi olles kohtadeks naha pinnal, mida kõige kergemini traumatiseeritakse. Follikuliitide teket soodustavad mehaanilised ja keemilised ärritused, mis põhjustavad põletikulisi nähte karvanääpsu avaustel ja nende ummistust: naha tolmumine,



Joon. 19. Stafülogeenne impetiigo.

naharasu liigne eritumine rasunäärmeist, mineraalsed õlid ja naftaproduktid, petrooleum, bensiin ja mitmesugused määrdained.

Follikuliitide ravi teostatakse samul põhimõtteil nagu streptogeense impetiigo ravimist. Kuid enne sidumist ja desinfitseerivate salvide ning piirituslahustega määrimist tuleb karvad haigestunud piirkonnas ja selle ümbruses ära lõigata (mitte raseerida). Kõik

mädavillid avatakse steriilse pintseti või terasnõelaga; avatud mädavillidest eemaldatakse mäda vatt-tampooniga ja hõõrutakse kamperpiirituslahusega (kamperpiiritust 5,0 ja puhastatud 95%-list piiritust 95,0) või 2%-lise salitsüülhappelahusega või 2%-lise resortsiiniga 70%-lises piirituses. Mädavilli avamisel on soovitatav kõrvaldada tsiliaarpintsetiga mädavilli läbistav karv. Üksikud sügavad eriti tugeva infiltraadiga follikuliidid kaetakse vatitükiga, mis on immutatud puhta ihtüooliga.



Joon. 20. Lihtne ehk stafülogeenne sükoos.

Stafülogeenne ehk lihtne sükoos on follikulaarse püodermiidi erivorm. See on krooniline nahahaigus, eelistatud lokaliseerimisega näol, vurrude, habeme ja kulmude piirkonnas. Palju harvemini esineb see vorm kaenlaaukudes, habeme ja ripsmete piirkonnas. Sükoosi haigestuvad peaaegu ainult mehed pärast suguvallust; naistel esineb sükoos suure haruldusena. Sükoosi esmane element on pindmine follikuliit. Protsess algab üksikute mädavillide ilmumisega habeme või vurrude piirkonnas. Villikesed on ümbritsetud mittejärsult piirdunud punase põletikulise äärisega. Üksi-

kud ostiofollikuliidid, tekkides pidevalt piirdunud nahapiirkonnas, põhjustavad kogu nahapiirkonna põletiku ja infiltratsiooni. Haigestunud nahapiirkond on tursunud ja kaetud hulgaliste kollaste või punakaspruunide koorikute, erosioonide ja mädatilkadega, mis väljuvad laienenud karvanääpsu avaustest, ja üksikute värskete follikuliidikolletega. Karvad on haigestunud piirkonnast osaliselt välja langenud, ülejäänud on lahtised ja kergesti väljatõmmatavad. Väljatõmmatud karva juureosa on paksenenud, tursunud ja nagu paigutatud klaasjasse kattesse. Vahel piirdub haigus ühe väikese piirkonnaga, sagedamini aga laieneb lõõve, haarates üha uusi piir-

kondi. Harilikult esineb sükoos ainult karvadega kaetud näoosas, haarates samal ajal sageli silmalaugude ripsmelisi ääri. Harvemini esineb haigeid hulgaliste haiguskolletega näol, kaenlaaukudes ja häbemel. Haigus võib kesta mitu kuud ja aastat, vahel vaibudes ja siis uuesti ägenedes. Haiged kaebavad algul ainult naha sügelemist, hiljem aga, kui tekib naha paksenemine, ka valu ja naha pinguloleku üle.

Stafülogeense sükoosi tekkimisel omavad otsustavat tähtsust sükoosihaigete naha ja kogu organismi erilised individuaalsed omadused. Sükoosihaigeted sageli põevad aknet, odraiva; nende nahk on rikkalikult kaetud rasvaga. Oletatakse, et sükoosi tekkimisel etendavad tähtsat osa närvikava seisund ja sisesekretoorsete, eriti sugunäärmete häired.

Stafülogeense sükoosi ravi peab olema paikne ja üldine. Paikse ravi eesmärgiks on põletikuliste nähtude vähendamine ja uute follikuliidikollete tekkimise vältimine. Esmajoones kõrvaldatakse haigestunud piirkonnist koorikud, milleks asetatakse haiguskoldele 10—16 tunniks 2%-lise salitsüülvaseliini side soojendava kompressina. Siis, kui pärast koorikute eemaldamist põletikuline protsess on veel äge, määratakse haiguskoldele külmi mähiseid nõrkade desinfitseerivate lahustega: 2%-line boorhappelahus tinavees, 1—2%-line resortsiinilahus, kaaliumhüpermanganaadi lahus 1 : 3000-le jt. Kui ägedad põletikunähud vaibuvad, asutakse epilatsiooni teostamisele (karvade eemaldamisele) tsiliaarpintsetiga, haarates pintsetiga ainult üht karva ja eemaldades seda karva kasvu suunas. Harilikult õnnestub eemaldada karvad haigestunud piirkonnast kahe kuni kolme seansiga. Üksikutel juhtudel eemaldatakse karvad röntgenkiiritusega. Haigestunud piirkonda ja selle ümbruses olevat nahka on soovitatav puhastada 70-kraadise piiritusega või viinaga. Kui põletikulised nähud natuke vähenevad, asutakse ühtlasi salvide ja pastade kasutamisele, mis sisaldavad valget elavhõbedapretsipitaati, väävlit ja tõrva, aeglaselt suurendades nende kontsentratsiooni. Ülemise huule sükoosi puhul tuleb selgitada, kas patsient ei põe kroonilist nohu, mis sageli pikendab haigestumist ja põhjustab retsidiive. Vastavatel juhtudel tuleb kasutusele võtta abinõud selle ravimiseks.

Sükoosihaigete üldravi eesmärgiks on närvikava rahustamine ja kurnatud ning kehvvereste haigete üldtugevdamine. Laialdaselt kasutatakse ka bioloogilisi ravimeetodeid: stafülokokkide vaktsiini, filtraatide, stafülokokkide anatoksiini ja antifagiini nahasisese süsti-

mist, omavere- ja piimasüstimist jne. Viimasel ajal on mõnel sükoosihaigel andnud häid ravitulemusi penitsilliin.

**Sügavad püodermiidid.** Sügavate püodermiitide hulka kuuluvad ektüüm (*ecthyma vulgare*), furunkul (*furunculus*), karbunkul (*carbunculus*) ja higinäärpõletik (*hidradenitis*).

Vulgaarne ektüüm, mida tuleb eristada süfiliitilisest ektüümist, kuulub sügavate püodermiitide hulka ja on põhjustatud enamasti streptokokkidest. Vulgaarne ektüüm on paks nahka sissevajatatud kollakas- või punakaspruun koorik. Kooriku eemaldamisel tuleb selle all nähtavale ümmarguse või ovaalse kujuga haavand, punase või mustjashalli põhjaga, millest eritub rikkalikult seroosset vedelikku, ja pehmete infiltreeritud längus servadega. Ektüümi suurus kõigub 10-kopikalise mündi ja hõberubla vahel ja võib olla veelgi suurem. Paranedes jätvad ektüümid alati järele armi kaua püsiva pigmentäärisega. Ektüümid asetsevad enamasti säärtel, harva mujal.



Joon. 21. Vulgaarne ektüüm (Grigorjevi järgi).

Haigestuvad enamasti kehveresed noored kurnatud, kergesti higistavad ja mittepuhtad inimesed. Ektüümide arv erinevail haigeil kõigub tunduvalt: üksikust kuni suure arvuni. See on seletatav sellega, et haiged kannavad kratsimisel infektsiooni kergesti edasi. Puudutamisel, eriti aga vajutamisel on ektüümid väga valulikud. Ektüümide paranemine kulgeb väga aeglaselt, kestes mitu nädalat ja isegi kuid.

Ravi eesmärgiks on eeskätt organismi üldtugevdamine, milleks haigetele määratakse kalamaksaõli, arseeni, rauda ja omaveresüstimist. Paikne ravi seisneb koorikute eemaldamises, asetades 2%-list salitsüülvaseliini soojendava kompressina 10—16 tunniks. Pärast koorikute eemaldamist puhastatakse haavand 2%-lise vesinikülhapendiga või kaaliumhüpermanganaadilahusega 1:3000-le, seejärel asetatakse haiguskoldele desinfitseerivaid salve ja pastasid. Pikaldaste, halvasti paranevate ektüümide puhul on kasulikud kuumad vannid kaaliumhüpermanganaadilahusega (1:5000-le), niisked sidemed  $\frac{1}{2}$ —1%-lise põrgukivilahusega, samuti pintseldamine 1%-lise karbolfuksiini vee- ning piirituslahusega. Väga visadel

juhtudel kasutatakse kiiritamist ultraviolettkiirtega või ravimist parafiinsidemetega.

Furunkul ehk paise kuulub sügavate follikulaarsete püodermitide hulka ja kutsutakse esile stafülokoki (*staphylococcus aureus*) poolt (joonis 22). Furunkul areneb enamasti pindmisest follikulaarsest mädavillist, kust stafülokokk tungib edasi karvanääpsu sügavusse, põhjustades mädanemist ja täielikku nekroosi karvanääpsus ning seda ümbritsevas koes. Väljaarenenud furunkul ulatub nahapinnast kõrgemale koonuse- või kerakujulise moodustisena,



Joon. 22. Furunkul.

mis haarab kõiki nahakihte ja nahaalust kudet; sellel kohal on nahk intensiivselt punane ja tursunud. Moodustise keskkohas areneb kraatritaoline avaus, milles on näha rohekaskollast mädakorki, mis koosneb karvanääpsu nekrotiseerunud koest. Edaspidi mädakork eemaldub ja ümbrusesolevad infiltraat ning turse resorbeeruvad, jättes järele võrdlemisi sügava haavandi, mis paraneb armiga. Furunkuli arenemise kaasuvad närvivad, mõnikord piinavad valud. Mädakorgi eemaldumisel kaob valulikkus kiiresti. Furunkulid võivad tekkida igal pool, kus esineb karvu: eelistatud lokaliseerimiskohad on õlavarred, käte sirutusküljed, nägu, kael, kukal, reied, ristluu- ja tuharapiirkonnad. Näofurunkulitega, eriti ülemisel huul, kaasub tugev turse ja nad võivad mõnikord põhjustada veremürgistust

(sepsis) kiire imendumise ja mäda edasikandumise tõttu rikkalikes lümfisoonis. Väliskuulmekäigus olevate furunkulitega kaasuvad eriti piinavad pistvad valud. Furunkulite arv ja haiguse kulg on mitmesugune: võib areneda üks või mitu furunkulit, mis tekivad kord ühes, kord teises keha piirkonnas. Viimasel juhul nimetatakse haigust furunkuloosiks (*furunculosis*); furunkuloos võib olla: a) üldine furunkuloos, mille puhul üksikud furunkulid on laiali pillatud mitmesugustes kohtades või tekivad väikeste vaheaegadega erinevais nahapiirkonnas; b) kohalik furunkuloos, kus furunkulid arenevad ühes nahapiirkonnas.

Üldine furunkuloos tekib sageli kurnatud isikuil, eriti nendel, kes põevad mitmesuguseid kroonilisi haigusi: suhkurtõbe, kroonilisi seedehäireid, rasvtõbe, alkoholismi jt. Kohalik furunkuloos on sageli autointoksikatsiooni tagajärg esimesest furunkulist, mida on valesti ravitud või mitteköllaldaselt isoleeritud ümbruses olevast tervest nahast. Kohaliku furunkuloosi arenemist soodustavad ka üksikute nahapiirkondade mitmesugused mehaanilised ja keemilised ärritused, kõige sagedamini õlavartel, käte sirutusküljel ja reitel, näiteks metallurgiatehaste mitmesuguste tsehhide töölistel ja isikutel, kes tegelevad mineraalõlide, petrooleumi, bensiini jt. naftaproduktidega.

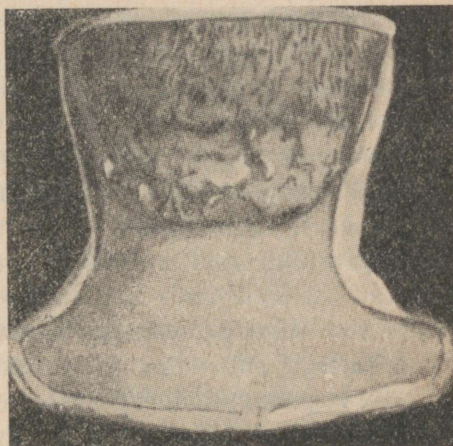
Furunkuloosi paikse ravi eesmärgiks on ühelt poolt kiirendada furunkuli valmimist ja sellele järgnevat resorptsiooni, teiselt poolt — ennetada külvi tervele nahale. Kui furunkul ei ole veel valminud, s. o. kui tsentraalne mädakork ei ole veel organiseerunud, hõõrutakse ümbrusesolevat nahka kamperpiirituslahusega ja asetatakse side puhta ihtüooliga. Pärast mädakorgi eemaldumist desinfitseeritakse nahka furunkuli ümbruses, eemaldatakse ettevaatlikult mäda steriilse tamponiga ja asetatakse haiguskoldele marliside puhta ihtüooliga. Suure infiltratsiooni, turse puhul, mida saadab äge valulikkus, on näidustatud soojendavad kompressid 20—30%-lise piiritusega. Seejuures tuleb tervet nahka furunkuli ümbruses tingimata kaitsta matsereerumisest tsinkpasta või boorvaseliiniga. Väga suuri furunkuleid, eriti näol, ravitakse viimasel ajal edukalt penitsilliniga.

Furunkuloosihaigeile on keelatud pesemine saunas, vannis või duši all. Furunkuli ümbruses olevad karvad tuleb ära lõigata (mitte raseerida), ümbrusesolevat tervet nahka hõõrutakse kaks kuni kolm korda päevas 2%-lise salitsüülpiiritusega.

Furunkuloosi puhul kasutatakse ka üldtugevdavat ravi, määratakse eridieet, kasutatakse omaveresüstimist või stafülokokkide

anatoksiini, vaktsiini jt. bioloogiliste preparaatide süstimist. Furunkuloosihaigel on keelatud alkoholsete jookide, teravate maitseainete ning mee kasutamine ja tuleb olla tagasihoidlik süsivesikuterikaste toitudega.

Karbunkul (*carbunculus*) on mitme furunkuli laatumine üheks suureks infiltraadiks, mis haarab naha sügavamaid kihte. Väljaulatuva infiltraadi sinakaspunakal pinnal tekib mitu kraatri-taolist avaust, milles on näha nekrotiseerunud koest moodustunud mädakorki. Sageli nekrotiseerub kogu karbunkuli pind täielikult, omandades peaaegu mustja värvuse. Surnud koe eemaldamisel tekib kaunis sügav haavand, mis aeglaselt granuleerub ja paraneb sissetõmbunud armiga. Karbunkuli eelistatud lokalisatsiooniks on kukal, selg, näonahk, eriti huuled ja põsed. Karbunkulid esinevad enamasti vanemal inimesil ja diabeetikuil. Soodsatel juhtudel paranevad tugevail inimesil karbunkulid kolme kuni nelja nädalaga.



Joon. 23. Karbunkul.

Kurnatud isikuil, eriti raukadel ja diabeetikuil, omandavad karbunkulid mõnikord juba algusest peale tormilise kulu, olles saadetud kõrgest temperatuurist, vappekülmast, somnolentsist, ja mõne päeva jooksul võib haigus lõppeda surmaga üldise veremürgistuse tagajärjel. Eriti kardetavad on ülemise huule ja kogu näo ülemise poole karbunkulid. Karbunkuli ebaõige käsitlemine, näiteks mädakorkide väljapigistamine, võib põhjustada karbunkuli tormilist kulgu eespoolmainitud raskete tagajärgedega.

Viimasel ajal eelistatakse karbunkuli konservatiivset ravi, ilma operatiivse vahelesegamiseta. Hästi piirdunud, ilma üldnähtudeta kulgeva karbunkuli paikset ravi teostatakse analoogiliselt furunkuli raviga. Suurepäraseid tagajärgi annab kõigil juhtudel penitsilliinravi.

Hidradeniit on apokriinsete higinäärmete mädane põletik, mis on põhjustatud näärmeisse väljastpoolt sissetunginud stafülokokkidest. Enamikul juhtudel on hidradeniidid lokaliseerunud

kaenlaaukudesse. Haigus algab tiheda hernetera- kuni kirsisuuruse piirdunud infiltraadi tekkimisega naha sügavuses, mis palpeerimisel tekitab valu ja on liikuv sügavamate kihtide suhtes. Algul on sellel kohal nahk muutuseta, siis tekib punetus, infiltraat pehmeneb, tekib mäda ja infiltraat muutub väljaulatuvaks abstsessiks; nahk sellel kohal muutub sinakaspunaseks, õhukeseks ja väljub suur hulk piimakooretalust mäda. Hidradeniit erineb furunkulist nekrotiseerunud mädakorgi puudumisega. Harilikult tekib kaenlaaukudes mitu põletikukollet, mis alustega laatuivad, põhjustades rahva seas tabavalt nimetatud „koeranisa” välimust. Hidradeniit on väga pikaldane ja visa haigus. Haigus kestab mõnikord mitu kuud, kaldudes retsidiividele. Valulikkus on mõnikord niivõrd terav, et haiged ei suuda tõsta kätt ega kannata isegi riiete puutumist. Hidradeniitide tekkimist soodustavad rasvumine, rohke higieritus kaenlaaukudes, sügelevate dermatoside ja püodermitiste kollete olemasolu. Haigus esineb pärast suguvalmust, naistel sagedamini kui meestel.

Hidradeniidi ravi sarnaneb furunkuloosi raviga. Head efekti annavad stafülokokkide anatoksiini nahaalused või muskulisised süstimid. Algavate vormide puhul määratakse kiiritusravi ultraviolettkiirtega, sinise lambiga ja röntgenoteraapiat.

Kõik kirjeldatud püodermiitide vormid on ägedad mädanikulised nahahaigused. Palju harvemini täheldatakse atüüpilise kroonilise püodermiidi vorme, eriti kroonilisi haavanduvaid-vegeteeruvaid püodermiite, mida esmakordselt kirjeldas säärastena vene teadlane prof. N. Tšernogubov ja mis on detailselt uuritud tema ja teiste nõukogude teadlaste poolt.

Mädanikulised nahahaigused on kõige sagedamad nahahaigused: umbes 10% kõigist ambulatoorseist külastusist langeb naha ja nahaaluse koe mädanikulistele haigestumistele. Nende haigestumiste puhul väljaantavate ajutise töövõimetuse lehtede arv moodustab 10—15% töövõimetuslehtede üldarvust. Nagu eespool mainitud, omavad suurt tähtsust mädanikuliste nahahaiguste tekkimisel elukondlikud ja töötingimused. Arvestades seda, et nahal ja ümbruses olevatel asjadel leidub lugematu hulk mikroobe, püodermia tekitajaid, on täiesti mõistetav naha hügieeni tähtsus mädanikuliste nahahaiguste vältimiseks. Inimesed, kes käivad vähe saunas ja vahetavad harva pesu, haigestuvad sagedamini nahamädanikkudesse. Püodermiitide tekkimisel omab suurt tähtsust defektide esinemine sarvkihis, sest viimane esineb kaitsebarjäärina alatiselt nahal viibivate mikroobide sissetungi vastu. Sekundaarset püodermiat

kaasa arvamata, tekivad püodermilised protsessid enamikul juhtudel katmata, kergemini tabatavatel kohtadel.

**Tööstuslikes tingimuses arenev püodermia ja selle vastu võitlemine.** Arvestades seda, et rasu-karvanääpsud on kohtadeks, kuhu kõige rohkem koguneb stafülokokke ja kust neid pesemise teel on raske eemaldada, ja et karvanääpsud on enamtabavad kohad nahapinnal, on täiesti selge püodermiitide side mõningate tööstuslike teguritega, eriti mikrotraumadega, s. o. tähtsusetu nahavigastuste ja rasu-karvanääpsude ummistustega naftaõlidest, petrooleumist ja jahutavaist vedelikest. Nõukogude dermatoloogide rohkearvuliste töödega on tõendatud välistegurite erilist tähtsust püodermia arenemisel; nende hulgas on tähtsamad mitmesugused traumad ja naha määrdumised. Nõukogude dermatoloogid on tõestanud, et püodermiitide vastu võitlemisel tööstuses omavad esikohta profülaktilised abinõud. Seetõttu organiseeritakse tööstuses nahamädanike vastu võitlemist järgmistes suundades:

1. Püodermiitidesse haigestumise õige arvestus ja seda põhjustavate tegurite õigeaegne analüüs.

2. Sanitaar-tehnilised abinõud kiirteenergia kahjuliku mõju, tolmutumise ja kõrgeenenud gaasisalduse vastu võitlemisel tsehhides, samuti ohutustehnika-abinõud ja tööliste individuaalne kaitse mikrotraumatismi vastu.

3. Sanitaarhügieenilised abinõud, tsehhide korrastuse ja töökoha puhtuse sanitaarõuete täitmise kontroll, samuti tööliste isikliku hügieeni kindlustamine: riidehoiuruumid individuaalkappidega, kuuma veega pesu- ja duširuumid, saunad ja pesumajad, õigeaegne seebi ja käterätikute väljaandmine jne.

4. Sanitaarharidustöö: tööliste laiadele massidele selgitatakse nahamädanike tekkimise põhjusi, isikliku profülaktika abinõusid ja varajase arstiabi tähtsust.

5. Arstiabi õige organisatsioon tsentraalses ja tsehhide tervishoiupunktides, kus tuleb osutada peaaesjalikult profülaktilist abi väikeste tööstuslike traumade puhul otse tsehhis, ilma et tööline tööd katkestaks. Selleks eraldab tervishoiupunkt spetsiaalselt instrueeritud õe, kes tööpäeva vältel külastab tsehi, osutades töölistele abi kohapeal väiksemate vigastuste puhul (sisselõige, kriimustus, pind jne.). Tsehi tervishoiupunkti personalile tehakse kohustuslikuks süstemaatiline valve mikrotraumade õigeaegse antiseptilise korrastuse ja tööliste käte regulaarse profülaktilise järelevaatuse üle. Tsehi tervishoiupunkt teostab alatist sanitaarharidustööd

lsehhi tööliste hulgas ja valmistab endale abiks sanitaarinstrukto-reid tööliste aktiivist.

**Seenelised nahahaigused — dermatomükoosid.** Dermato-mükoosid (*dermatomycosis*) on nahahaigused, mida põhjustavad taimsed parasiidid — seened. Seened tabavad mitte ainult inimest, vaid ka loomi: veiseid, hobuseid, väikesi koduloomi, koeri, kasse ja isegi hiiri, rotte jt.

Mikroskoobi all on seened nähtavad okkataoliste peenikeste niitidena või paralleelselt asetsevate kettidena, mida nimetatakse mütseeliks, ja pikerguste või ümmarguste spooridena; spooride kaudu toimub seente paljunemine, mütseeli ülesandeks on toidu-muretsemine.

Käesoleval ajal tuntakse suurt hulka seeni inimese ja loomade parasiitidena. Inimese nahal parasiitidena elutsevad seened asuvad ühtedel juhtudel ainult sarvkihis, teistel juhtudel sügavamal asetse-vates nahakihtides. Ühed nendest tabavad ainult silenahka, teised enamasti juustega kaetud peanahka ja nägu. Olenevalt sellest, kas seened tabavad ainult silenahka või ka selle lisandeid (juukseid ja küüsi), missugune naha kiht on haaratud, missugune on naha põle-tikuline reaktsioon jne., jaotatakse kõik dermatomükoosid kolme gruppi. Esimesse gruppi kuuluvad kõige pindmisemad nahaseen-haigused, kus seened asetsevad ainult epidermise sarvkihis, ilma et tekiks põletikulist naha reaktsiooni. Need seened ei haara juuk-seid ja küüsi ning üldiselt ei põhjusta subjektiivseid vaevusi; hooli-mata seente rohkusest haigusest haaratud sarvkihi kettudes, on nad ümbruskonnale peaaegu nakkamatud, arenedes ainult eriti dis-poneeritud isikuil. Nende haiguste hulka kuuluvad kliiketendustöbi (*pitryiasis versicolor*) ja erütrasma (*erythrasma*).

Teise grupi moodustavad seenelised haigused, mille puhul kõr-vuti silenahaga seened tabavad ka juukseid ja küüsi. Siia kuulu-vad trihhofüütia (*trichophytia*) ning mikrospooria (*microsporia*), mida kuni viimase ajani nimetati pügaraiaks, ja favus. Siia kuulub ka seeneline nahahaigus, mida nimetatakse epidermofüütia (*epidermophytia*), kuigi see ei taba juukseid. Need seenelised naha-haigused, mida nimetatakse ka pindmisteks dermatomükoosideks, on praktiliselt eriti tähtsad, sest nad on nakkavad ja eriti levinud.

Kolmandasse gruppi kuuluvad seenelised nahahaigused, mille puhul seened arenevad naha sügavamates kihtides, neid nimeta-takse seetõttu sügavateks dermatomükoosideks. Need seenelised nahahaigused kulgevad krooniliselt, seejuures levib protsess vere-

ja lümfiteede kaudu, põhjustades sageli luude ja siseorganite haigestumist. Sellesse gruppi kuuluvad aktinomükoos (*actinomyco-sis*) ehk kiirikseentõbi, blastomükoos (*blastomyco-sis*) ehk pärmseen-tõbi ja sporotrihhoos (*sporotrichosis*). Neid haigusi esineb Nõu-kogude Liidus väga harva.

**Kliiketendustõbi** (*pityriasis versicolor*) on põletikuliste nähtu-deta lööve, monomorfne, harilikult asümmeetriline, koosneb laatu-vatest laikudest. Need laigud asetsevad harilikult rinnal ja seljal, sealt võib lööve levida edasi jäsemeile — õlavartele ja reitele, har-vem küünarvartele ja säärtel ja erandjuhuna näole. Lööve ei esine iialgi peopesadel ja jalataldadel. Üldiselt ilmub lööve riietega kaetud kohtadel.

Lööbe põhielemendiks on pruunikas laik, enamasti korrapäraste ümmarguste piiridega, nõõpnõelapea- kuni küünesuurune. Laikude värvus ei ole ühtlane; laik on seda tumedam, mida suurem hulk seeni on laigu kohal, meenutades värvuselt piimaga kohvi. Erine-vail isikuil on laigud erineva varjundiga, millega on ka seletatav lööbe „mitmevärvilisus”. Laigud tekivad karvanääpsude ümbruses, kasvavad perifeerselt ja laatudes moodustavad suuri haigusest haaratud nahaalasid. Mõnikord tekib naha üldtabamus ja kogu keha on sel puhul nagu pruunika särgiga kaetud. Kliiketendustõve laigud on kaetud kliitaoliste kettudega, millest tuleneb ka nimetus „kliiketendustõbi”. Eriti selgesti paistavad peened ketud silma laigu kaapimisel. Selleks et ketendust teha selgemini nähtavaks, võib teostada nn. joodiproovi: Kui määrada joodiga naha pinda, kus asetsevad niisugused laigud, siis nad värvuvad intensiivse-malt, sest seentest kohevaks muudetud sarvkiht imab joodi pare-mini kui ümbruses asetsev normaalne epidermis.

Kliiketendustõve tekitajaks on eriline seen, mida esineb roh-kesti kliiketendustõve laikudes ja mida on kerge kindlaks teha mikroskoobi abil. Selle seene nakkavus on väga väike. Nakatu-mine on tingitud dispositsioonist, mis on seotud liigse higistami-sega. Näiteks väga harva esineb haiguse ülekandmist ühelt abi-elupoolelt teisele, seetõttu loetakse haigust praktiliselt mittenakka-vaks. Kliiketendustõbi on võrdlemisi laialdaselt levinud haigus. Seda haigust esineb kõige sagedamini noortel inimestel, väikes-tel lastel aga peaaegu üldse mitte. Peale kerge sügelemise muid subjektiivseid kaebusi ei esine. Haiguse kulg on krooniline, kestes mõnikord kogu eluaja ja kadudes iseenesest vanaduses.

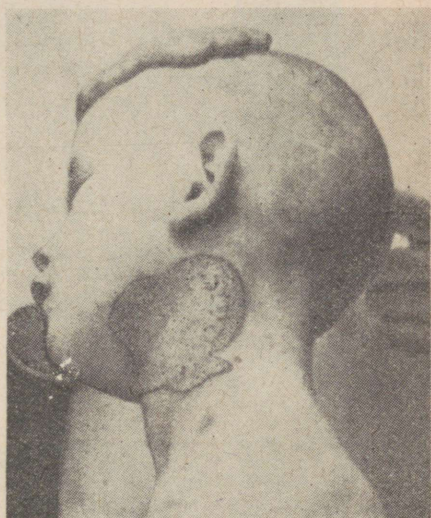
R a v i. Laiku ära kaotada ei ole raske. Kui laikude arv on

väike, pintseldatakse neid joodtinktuuriga; laialdaste vormide puhul kasutatakse rohelist seepi, vilkinsoni salvi, 5—10%-list salitsüülhappe piirituslahust jne. Ravi eesmärgiks ei ole niivõrd naha desinfektsioon, kuivõrd kerge põletiku tekitamine koos sellele järgneva ketendusega, mille puhul ühes kettudega eemalduvad ka seened. Ketendust võib esile kutsuda ka ultraviolettkiiriristuse abil, mis põhjustab ketendusega lõppevat põletikulist reaktsiooni. Kuid kõiki seeni ketendamise teel eemaldada alati ei õnnestu, nad võivad jääda püsima folliikulite avastesse; pealegi ei kõrvalda ketendust tekitavad ravimeetodid liigset higistamist disponeeritud isikuil, mistõttu esineb sageli retsidiive. Retsidiivide ärahoidmiseks tuleb haigele soovitada sagedast naha hõõrumist äädikaga, kamperpiiritusega või veega pooleks segatud odekolonniga ja jälgida uute laikude tekkimist ning nende ilmumisel määrida neid joodtinktuuriga.

**Erütrasma** (*erythrasma*) on monomorfse lööbega haigus, mis koosneb ketendavatest laikudest, suure kalduvusega laatumisele. Eelistatud lokalisatsiooniks meestel on reite sisemine pind, kohal, kus nahk puutub kokku munandikotiga; palju harvemini haaratakse kõhuvoldid tüsedail isikuil, naba piirkond, käsivarte painutusküljed, kaenlaaugud ja naistel rinna ja rinnavoltide nahk. Põhielemendiks on punane ümmarguse kujuga laik. Laigud võivad pikkamööda kasvada ja laitudes moodustada haiguskoldeid, mille suurus võib ulatuda kuni täiskasvanu peopesa suuruseni. Laigu ääred on järsult piirdunud, omavad väikesesakilist, nagu hambulist sisselõigatud äärist. Esiolgselt punane laigu värvus tumeneb pikkamööda ja omandab telliskivivärvuse. Laikudel võib täheldada kliitaolist ketendust, eriti laigu perifeerias. Haigus esineb sageli täiesti terveil isikuil, kes kannatavad liigse higistamise all. See haigus on nagu kliiketendustõbigi vähe nakkav ja põhjustab ainult kergest sügelemist. Ravi on samasugune nagu kliiketendustõvel. Kuna nahk, kus tekib erütrasma, on eriti tundlik, tuleb kasutada nõrgema kontsentratsiooniga ketendust esilekutsuvaid ravivahendeid. Pärast ketenduse lõppemist soovitatakse hõõruda naha volte tualettäädikaga, odekolonniveega, lahjendatud kamperpiiritusega või lahjendatud viinaga, retsidiivide vältimiseks.

**Pügarraig.** Selle nimetuse all mõistetakse kaht nahaseenhaigust: trihhofüütiat ja mikrosporiat, mis tabavad silenahka ja selle lisandeid — juukseid ja küüsi. Trihhofüütiat põhjustavad mitmesugused seened — trihhofüütonid, mis võivad esineda kuni

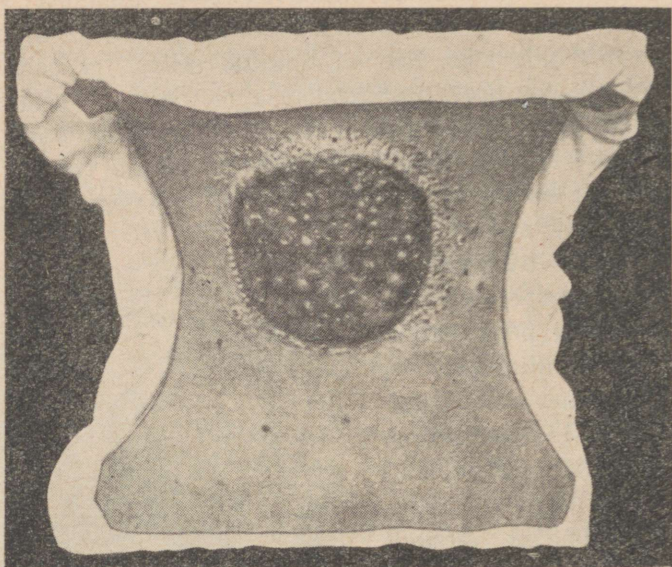
60 eriliigina. Mikrospooriat põhjustavad seened — mikrospooronid, mis võivad esineda enam kui 30 eriliigina. Mikrospooronid on trihhofüütoni sugulased ja kannavad seda nimetust väikeste spooride tõttu. Käesoleval ajal loetakse trihhofüütiat ja mikrospooriat erinevaks haigusiks. See on tingitud sellest, et nad on erinevad epidemioloogiliselt (mikrospooria on palju rohkem nakkav kui trihhofüütia), ja ka sellest, et peopesade ja jalataldade nahka, samuti küüsi tabatakse ainult trihhofüütoni seente poolt. Peale selle erineb ka haiguse kliiniline pilt, eriti juustega kaetud peanahal, olenevalt sellest, kas see on tingitud trihhofüütinest või mikrospooronitest. Nendest seentest põhjustatud nahahaiguse kliiniline pilt on väga mitmekesine. Selle grupi nahaseenhaigusi jaotatakse pindmisteks ja sügavateks, lokaliseerimise järgi — silenahal ja juustega kaetud peanahal asetsevaks. Pügaraiade pindmisi vorme tekitavad üldreeglina seened, mis esinevad parasiitidena inimese nahal; sügavaid vorme tekitavad aga seened, mis on loomse päritoluga, s. o. esinevad parasiitidena peamiselt loomade nahal, kuid võivad tabada ka inimese nahka.



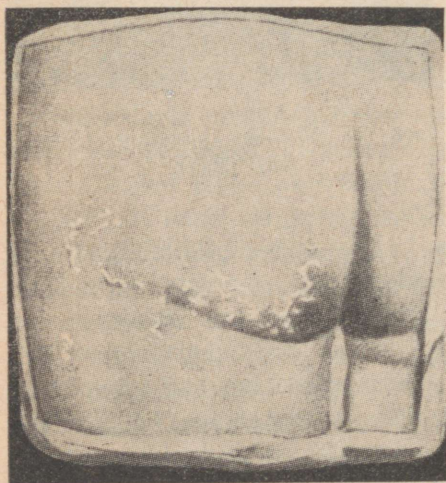
Joon. 24. Silenaha pügarai (Arijevitši järgi).

**Silenaha pügarai.** Silenaha haigestumine trihhofüütiasse ja mikrospooriasse esineb enam pindmiste kui sügavate vormidena. Pindmisele vormile on iseloomulik ühe või mitme erütematoosse ketendava ümmarguse või ovaalse järsult piirdunud laigu tekkimine. Laigud kasvavad kiiresti perifeerselt; kasvu ajal toimub haiguskolde keskkohas taandarenemine, ketendamine kaob, nahk muutub normaalseks või kergelt pigmenteerituks, kollaka varjundiga. Nii muutuvad laigud võrdlemisi kiiresti rõngasteks, mis laitudes moodustavad lainelisi figuure. Sageli, eriti iseloomustavana, tekib laigu serval veidi kõrgem ääris, mis koosneb väikes-

test kettudest, koorikutest ja kuivanud villidest. Suurenemise ajal tekivad laigu servale värsked villikesed.



• Joon. 25. Silenaha sügav trihho-füütia.



Joon. 26. Täiskasvanute krooniline trihho-füütia.

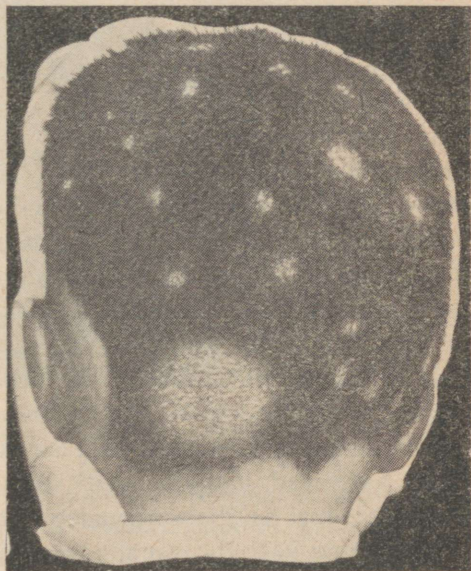
Silenaha pügaraiia pindmised vormid haaravad enamasti katmata kehaosi: nägu, kaela ja käsi. Nendega kaasub kerge sügelamine ja nad tabavad nii lapsi kui ka täiskasvanuid, võrdselt nii mehi kui naisi.

Silenaha pügaraiia sügav vorm esineb palju harvemini. Selle vormi puhul on põletikunähud rohkem välja arenenud, tekib sügav infiltraat. Sellel infiltraadil tekib karvanääpsude kohal sügavalt sissevajunud kohti, millest pigistamisel väljub üksi-

kuid mädatilku. Sügavaid vorme põhjustavad loomse päritoluga seened ja neid esineb enamasti hobustega ja veistega tegelevail isikul, mistõttu sügavaid vorme täheldatakse sagedamini maa-  
kui linnaelanikkonnal.

**Täiskasvanute krooniline trihhofüütia.** Täiskasvanuil, eriti nais-  
tel, esineb nahatrihhofüütia erivorm, nn. atüüpiline, kroo-  
niline nahatrihhofüütia. Selle vormi puhul tähelda-  
takse kaetud kehaosadel — põlvedel, küünarnukkidel, tuharatel,  
reitel ja säärtel — korrapäratu kujuga ketendavaid koldeid, täht-  
susetute põletikuliste nähtudega. Erinevalt tavalise silenaha püga-  
raia vormidest ei toimu kollete keskkohas paranemist ja nende servadel  
puudub iseloomulik põleti-  
kuline ääris, mis on kae-  
tud kettude ja kuivanud  
villikestest tekkinud koori-  
kutega; samuti ei esine  
kollete perifeerias värs-  
keid villikesi.

Selle trihhofüütia vor-  
mi kulg on väga pikal-  
dane ja väga visa. Hari-  
likult esineb silenaha hai-  
gestumine samaaegselt  
juustega kaetud peanaha  
atüüpilise pindmise kroo-  
nilise trihhofüütiaga. Neil  
haigeil iseloomustub juus-  
tega kaetud peanaha hai-  
gestumine sageli ainult  
väikese arvu seentest taba-



Joon. 27. Juustega kaetud peanaha pind-  
mine trihhofüütia.

tud murdunud juustega, mis on nähtavad juuksenääpsude avausel  
hallide või mustade punktidenähtude tervete juuste massis.  
Seejuures ei esine põletikunähte ega märgatavat juustega kaetud  
peanaha ketendust. Mõnikord kulgeb haigus kogu peanaha katva  
ketendusena, mis meenutab kõõma. Niisugused haiged harilikult  
ei ole oma haigusest teadlikud ja avasfatakse alles dispanseeri-  
mise teel, kuna nad sageli osutuvad nende hoolitsusel olevate  
laste trihhofüütia nakkusallikaiks. Enamikul juhtudel on säärased

haiged lapsepõlves põdenud pügaraia harilikku vormi, kuid jäänud ravimata. Suguvalmusperioodiks ei ole see haigus neil kadunud, vaid peaasjalikult sisesekretoorsete näärmete häiretega seotud dispoitsiooni tõttu on seened jäänud peanahale püsima, põhjustades niisugust atüüpilist kroonilist trihhofüütia vormi.

**Juustega kaetud peanaha pügaraig** esineb pindmise ja sügava (mädaneva) vormina. Juustega kaetud peasa pindmised haigestumised erinevad tüüpilistel juhtudel üksteisest tunduvalt, olenevalt sellest, kas põhjustajaks on trihhofüütioni või mikrospoorioni grupid.

**Juustega kaetud peanaha pindmisele trihhofüütiale** on iseloomulik hulgaliste väikeste ketendavate ümmarguse või ovaalse kujuga kollete tekkimine, mis on väikese sõrme küüne suurused või suuremad ja on silmatorkavad oma halli värvusega. Kolletes esinevad põletikunähud on vaevalt märgatavad kerge punetusena või võivad täiesti puududa. Haiguskolletel on juuksed osaliselt välja langenud, kohati aga murdunud, nagu välja lõigatud, millest on tingitud ka haiguse nimetus „pügaraig”. Haiguskolletel ulatuvad murdunud juuksed nahast kõrgemale 1—2 mm pikkuste tüügastena; olles kohati murdunud päris naha pinna kõrgusel, omavad nad mustjate või hallikate täppide kuju. Kui eemaldada juuste murdunud osi pintsetiga, osutuvad need kõveraks. Mikroskoobilisel uurimisel on näha, et seen asetseb juuste sees spooridest koosnevate kettidena. Peas olevate haiguskollete arv võib olla mitmesugune — mõnest kuni mitmekümneni, kusjuures tavaliselt nende suurus ei ületa väikese mündi suurust. Üle kogu pea laialipaisatuina asetsevad nad enamasti üksteise lähedal ja moodustavad laitudes suuri sakiliste servadega koldeid.

Juustega kaetud peanaha pindmisse trihhofüütiasse haigestuvad enamasti lapsed eelkooli- ja koolieas, harvemini üle 15 aasta vanused. Üksikute kollete püsimise aeg ei ületa 5—6 kuud, kuid jäädes ravimata kestab juustega kaetud peanaha pindmine trihhofüütia väga kaua ja kaob harilikult alles suguvallmuseas.

**Juustega kaetud peanaha mikrospooria.** Juustega kaetud peanaha mikrospooria omab väga iseloomulikku kliinilist pilti. Juustega kaetud peanahal tekib üks kuni kaks, harva rohkem, haiguskollet, mis on ümmarguse kujuga järsult piirdunud 20-kopikalise mündi suurused ja suuremad, kaetud kliitaoliste valkjashallide kettudega. Haiguskolletel on juuksed murdunud ühesuguses kõrguses 3—5 mm naha pinnast ja ümbritsetud nagu valge kattega. Mikroskoobilisel uurimisel on näha, et murdunud juus on ümbrit-

setud hulgaliste väikeste spooridega, mis ei paigutu kettidena, vaid moodustavad juukse ümber tiheda katte ega tungi juuksesse. Mõningatel juhtudel on üksikute suurte kollete naabruses hulgaliselt väikesi koldeid, mis kasvades ja laitudes moodustavad suuremaid hallikaid murdunud juustega kaetud alasid. Mikrospooria kolded näevad välja paljastena, sest harilikult kõik juuksed on murdunud ühesuguses kõrguses. Seega nad erinevad järsult trihhofüütiast, mille puhul haiguskolletel üksikute pikkade tervete juuste vahel paistavad erinevas kõrguses murdunud juuksed.



Joon. 28. Juustega kaetud peanaha mikrospooria.

Viimaseil aastail on meil täheldatud mikrospooria erivormi, mida põhjustab Jaapanist sissetoodud mikrospooroni gruppi kuuluv seene erivorm. Selle vormi puhul on mikrospooriakollete arv hulgaline, haigus kulgeb enamarenenud põletikuliste nähtudega, mitte kõik juuksed ei murdu ja nende murdunud osad paistavad säilinud tervete pikkade juuste vahel harilikult väiksema huljana kui trihhofüütia puhul.

Mikrospooria tabab enamasti alla 10 aastasi lapsi, on palju enam nakkav kui trihhofüütia ja kaob tavaliselt iseenesest suguvalmuseas.

**Juustega kaetud peanaha pügaraiia sügav ehk mädanikuline vorm** väljendub 1—2, harva rohkema, ägedapõletikulise järsult piirdunud helepunase moodustise tekkimisega, mis on 20-kopikalise mündi suurused ja suuremad. Nendel moodustistel on näha üksikuid follikulaarseid mädaville, mis avanedes põhjustavad

sageli haavandite tekkimist. Tihenenud piirkond ulatub naha pinnast kõrgemale ja omab krobelist pinda, mis meenutab käsnjat kasvajat, sest haiguskolde pinnal leidub hulgaliselt sügavaid osaliselt haavandunud mädaville ja juuksenäapse, mille laienuvad avaustest eritub pigistamisel mädatilku (nn. sõelsümptom); kolde pind on sageli kaetud kollakate koorikutega. Haiguskolde on juuksed enamasti välja langenud, säilinud juuksed on aga pintsetiga kergesti eemaldatavad kolde servadel asetsevaist süga-



Joon. 29. Parasitaarne sükoos.

vaist follikulaarseist mädavillidest. Peanaha pügaraias sügavate vormide puhul on punetus, infiltratsioon ja mädaprotsess arenenud mõõdukalt, kuid seoses mäda retensiooniga võib protsess komplitseeruda lümfiteede ja sõlmede põletikuga enamasti kukla ja kaela piirkonnas. Säärastel juhtudel, eriti aga lastel, võib olla tarvilik operatiivne vahelesegamine suurte valude ja üldtervislike häirete tõttu. Vahel tekib seejuures keha ja jäsemete nahal lööve, mis koosneb ägedapõletikulistest helepunastest miliaarsetest sõlmekestest — nn. mükiidid (trihhofütiidid, mikrosporiidid).

Pügaraias sügav vorm esineb mitte ainult juustega kaetud peas, vaid ka näol, habeme ja harvemini vurrude piirkonnas; habeme ja vurrude piirkonna haigestumist nimetatakse parasitaarseks sükoosiks.

**Parasitaarne sükoos** (*sycosis parasitaria*) algab harilikult üksikute follikuliitide tekkimisega väikeste punaste sõlmedena tsentraalse mädaprotsessiga karva ümbruses. Need sõlmekesed asetsevad harilikult kuhjadena, suurenevad kiiresti, laatuivad, moodustades väiksemaid või suuremaid tihenened koldeid, samuti nagu juustega kaetud peanaha haigestumisel. Üksikud infiltraadid võivad asetseda erinevas sügavuses, laotuda ja moodustada kogu nahapaksust haarava tihenemise. Pügaraja sügavat vormi põhjustavad seened, mis satuvad inimese nahale loomadelt, enamasti hobustelt ja veistelt. Sellepärast nad esinevad sagedamini maalastel, parasitaarne sükoos aga teatava elukutsega isikuil: tallimeestel, karjastel jms.

Pügaraja sügav vorm erineb pindmisest vormist valulikkuse ja kiirema kulu poolest: harilikult 6—8 nädala jooksul, kas spontaanselt või põletikuvastase ravi toimel kadudes, jättes järele arme, kusjuures suur osa juukseid langeb jäädavalt välja.

**Küünte trihhofüütia** (*onychomycosis trichophytica*). Pügarraig haarab ka küüsi, mis niisamuti nagu nahk peopesadel ja jalataldadel haaratakse ainult trihhofüütiniseentest. Mikrospooria ei taba peopesade ja jalataldade nahka ega küüsi. Peopesade ja jalataldade trihhofüütia puhul pakseneb peopesade ja jalataldade sarvkiht, moodustades üksikuid väikesi läätsetera- kuni 10-kopikalise mündi suurusi rippuvate sakiliste kettudega koldeid. Küünte trihhofüütia puhul kaotavad küüned oma läike ja muutuvad tuhmiks. Küüneplaat muutub krobelseks, konarlikuks ning hakkab pudenema. Selle haiguse diagnoosi kinnitatakse seente leidmisega haiguskoldest. Iseseisva haigusena on küünte trihhofüütia esinemine haruldus.

Küünte nakatumine toimub harilikult seene ülekande teel mingist trihhofüütia koldest, näiteks juustega kaetud peasast. Protsess algab küüne vabast äärest ja alles siis haaratakse kogu küüs, erinevalt ekseemi, psoriaasi ja teiste haiguste puhul esinevaist küünte haigestumistest, kus haigus algab küüne juurest, s. o. küüne tagumisest osast. Küünte seeneline haigestumine omab kroonilist kulgu ega kao iseenesest, vaid nõuab energilist ja keerukat ravi.

**Favus ehk lubiraig** on seenhaigus, mida põhjustab eriseen ja mis kulgeb ilma ägedate põletikuliste nähtudeta. Favuse seen võib tabada juustega kaetud peanahka, silenahka ja küüsi. Väga harva esineb favus habeme ja vurrude piirkonnas, samuti peopesadel ja

jalataldadel. Juustega kaetud peanaha favusele on iseloomulik kilbikeste ehk skuutulate tekkimine, mis koosnevad seene niitidest ning spooridest ja seetõttu kõrgemale tõstetud sarvestunud epidermise rakkudest.

Kogunedes sarvkihti moodustab seen algul väikesi kollakaid laigukesi, mis seene paljunemisel suurenevad; epidermis neil kohtadel tõuseb kõrgemale ja langeb keskpaigas sisse; tekivad iseloomulikud väävlivärvi korrapärased ümmargused sisselangenud keskkohaga ja veidi kõrgemale tõstetud servadega moodustised. See ongi alustassisarnane kilbike. Sageli on ta keskkohas juuksest läbi puuritud ja on kergelt läikiv, sest sellel kohal on sarvkiht õhuke. Kui seen kasvab väga jõudsasti, siis vigastuvad epidermise pindmised kihid ja sel puhul kilbikese asemel tekivad hallikaskollased pudenevad massid. Kilbikestel on iseloomulik „hiirelõhn”.

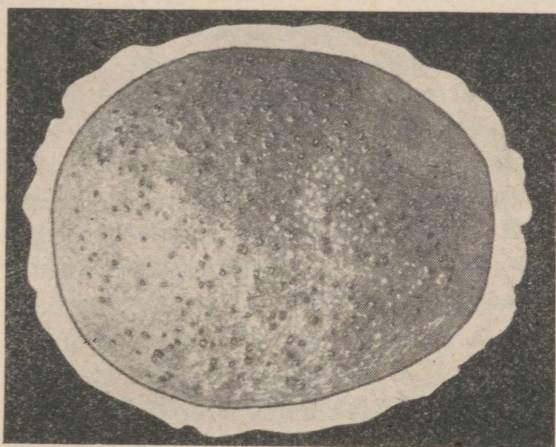
Juustega kaetud peanaha favuse teiseks iseloomulikuks tunnuseks on juuste tüüpilised muutused: juuksed muutuvad tuhmiks, tuhakarva halliks, nagu tolmuseks, meenutades vana parukat.

Juustega kaetud peanaha favuse kolmandaks iseloomulikuks tunnuseks on kilpide kohal atroofiliste läikivate juusteta piirkondade tekkimine.

Juustega kaetud peanaha favusel, mille protsess on kestnud mitu aastat, on väga iseloomulik kuju. Kõigepealt torkab silma tunduv juuste hõrenemine pea keskosas väiksemas või suuremas ulatuses või isegi täieliku kiilaspeasuse tekkimine. Säilinud juuksed kaotavad enamasti oma loomuliku läike, muutuvad tuhmiks, kuivaks, mõnikord keerdunuks. Paljaksjäänud nahk läigib ja täielikult atrofeerinud piirkonnad on normaalsest nahast kahvatumad, vaheldudes piirkondadega, kus on veel enam-vähem märgatav põletikuline punetus ja näha tüüpiliste kilbikeste kogunemist ja kollakashallide pudenevate masside (läbikasvanud kilbikesed) ning kettude kuhjumist.

Kilbikesed on enamasti nähtavad seal, kus protsess ei ole veel lõppenud atroofiaga; seal aga, kus atroofia tagajärjel on toimunud juuste täielik häving, kilbikese enam ei teki. Pea perifeerses osas toimub protsessi arenemine korrapäratult, kusjuures juuste normaalne läige võib siin säilida ja muutused avalduvad väheses punetuses ja kerges naha infiltratsioonis. Säärasena väljenduv favuse haiguspilt on niivõrd tüüpiline, et äratundmine on kerge. Palju raskem on favuse diagnoosimine haiguse algerioodis, kui protsess piirdub ühe või mitme väiksema piirkonnaga, kus

haigus ei ole veel põhjustanud naha atroofiat, juuste väljalangemine ei ole veel selgesti nähtav, naha tihenemine on tähtsusetu ja punetus ei ole veel seotud ketendamisega. Sellel perioodil puuduvad favusele iseloomulikud kilbikesed; on võimalik, et nad ei ole veel arenenud või on juba eemaldunud eelnenud raviga. Nii-sugustel juhtudel, kui kahtlustatakse favust, tuleb haige jätta mõneks ajaks ilma ravita, pesemata peaga, ja siis tekivad mõne aja pärast kilbikesed. Säärastel juhtudel võib diagnoosimist kiirendada juuste ja kettude mikroskoobiline uurimine, kus ei ole raske leida spore ja seeneniidistikku.



Joon. 30. Juustega kaetud peanaha lubiraig.

Favus ei iseloomustu alati tüüpiliste kilbikeste tekkimisega. Mõnikord on haiguskoldel näha ainult hallikaid ketakesi, mis meenutavad trihhofüütia pesi, kuid teiste favusele iseloomulike sümptomide leid (ülalkirjeldatud juuste muutused, atroofiliste paljaksjäänud piirkondade esinemine) kergendab haiguse diagnoosimist.

Juustega kaetud peanaha favuse tüüpiline pilt on mõnikord varjatud sekundaarsest püodermiast, mis on saadatud enamarenenud põletikulistest nähtudest koos mädavillide, impetiginoosete koorikute jne. tekkimisega. Silenaha favusega kaasab ainult erandjuhtudel kilbikeste tekkimine villkarvade või rasunäärmete avauste ümbruses. Sagedamini iseloomustub silenaha favus järsult piirunud ketendavate laikude tekkimisega ning nõrgalt väljendatud

põletikulise reaktsiooniga; vahel tekivad nende laikude serval villikesed. Säärastel juhtudel ei erine silenaha favuse pesad pügarai pesadest. Samuti on atüüpiline favuse puhul esinev künnte haigestumine, mis sarnaneb künnte trihhofüütiaga.

Favus algab tavaliselt lapseas, enamasti 5—14 aasta vanuses; nakatumist täheldatakse ka noorukieas, harvemini täiskasvanuil. Favus on kahtlemata nakkav, kuid palju vähem kui trihhofüütia ja eriti mikrospooria. Nähtavasti favusesse haigestumiseks ei piisa kontaktist favusehaigega, vaid vajatakse selleks erilist dispositsiooni. Vahel on ühes ja samas perekonnas mitmest lapsest haigestunud ainult üks või kaks last. Nakatumine toimub otse inimeselt inimesele või esemete kaudu. Erandjuhtudel on võimalik nakatumine koduloomadest ja lindudest.

Juustega kaetud peanaha ja künnte favuse kulg on äärmiselt krooniline; kui jätta haige ravimata, siis võib lapseas alanud favus kesta kümneid aastaid, lõppedes juustega kaetud peanaha täieliku armilise atroofiaga ja täieliku kiilaspesusega. Ainult juustega kaetud peanaha ja silenaha piir jääb terveks. Juuksed säilivad siin ja ümbritsevad pärjataliselt juusteta pealage.

**Pügarai ja favuse profülaktika ja ravi.** Pügarai ja favuse nakkusallikaiks on enamasti haiged lapsed või neid põetav personal. Palju harvemini on nakkusallikaks väikesed koduloomad — kassid ja koerad —, veel harvemini hiired ja rotid. Maal täheldatakse vahel haigestumist sügavasse trihhofüütiasse haigetest hobustest ja veistest, sagedamini vasikaist. Haiguse edasiandmine toimub otseselt haigelt tervele või seentega infitseeritud esemete kaudu: mütsid, pesu, riided, eriti kammid, mänguasjad jne. Nakatumine toimub kõige sagedamini tiheda kontakti teel perekonnas, tihedasti asustatud kortereis, ühiselamuis jne. Laste nakatumine võib tekkida lasteaedades, mängumurul, koolis jne. Favusesse võib nakatuda ka juukselõiklas, kui põetakse juukseid infitseeritud juukselõikamismasinatega või kasutatakse infitseeritud kamme ja harju. Eriti ohtlikuks nakkusallikaks on kroonilist trihhofüütiaat põdevad täiskasvanud, kes oma haiguse õiget iseloomu mitte tundes ei pööra sageli sellele tähelepanu.

Õeldust selgub, et seeneliste haiguste profülaktika seisneb dispanseerete meetodite ranges silmaspidamises ja esmakordselt registreeritud haigete kõigi perekonnaliikmete kiires ja sunduslikus arstlikus läbivaatuses; läbivaatamisele kuuluvad ka täiskasvanud, eriti naised. Laste kollektiivis (näiteks koolis, lastekodus,

lasteaias, lastesõimes) elava või teda küllastava lapse haigestumisel on vajalik: 1) isoleerida haige laps; 2) allutada läbivaatusele kõik kollektiivi lapsed ja neid teenindav personal; 3) kõik esemed, mis on olnud lapsel kasutada (pealisriided, peakate, voodivaip, kindad jne.) ja mida ei saa keeta leelistes, desinfitseerida formaliinikambri, pesu aga läbi keeta leelises, sest keetmine ilma leeliseta seene sporeid ei hävita; 4) pöörata tähelepanu, kas ei esine haigeid kasse ja koeri, ja eemaldada need lasteasutistest. Peale nende abinõude, mis võetakse tarvitusele seoses haige lapse või täiskasvanu avastamisega, omavad suurt tähtsust seeneliste nahahaiguste ühiskondliku profülaktika abinõud.

1. Sanitaarharidustöö elanikkonna seas, eriti lapsi teenindavate isikute hulgas, eesmärgil tutvustada neid seeneliste nahahaigustega. 2. Koolide, lastekodude ja üldse lasteasutiste, samuti ühiselamute regulaarsed üldläbivaatused arsti või patronaazõie poolt, et avastada kõik seenhaiguskahtlased. Seejuures tuleb silmas pidada, et alla 12 aastastel lastel on iga piirdunud ketendamine juustega kaetud peanahal kahtlane ja neid pesakesi tuleb mikrokoobiliselt uurida seente suhtes. 3. Pügades massiliselt laste juukseid lasteasutistes tuleb lapsi väiksemagi kahtlusega seenhaigusele pügada eraldi instrumentidega; viimaseid tuleb iga kord pärast tarvitamist hoolikalt desinfitseerida. 4. Kõigi lasteasutistesse vastuvõetavate laste ja neid teenindava personali sunduslik läbivaatus. 5. Juukselõiklate regulaarsed järelevaatused sanitaarkontrolli esindajate poolt, kes peavad pöörama erilist tähelepanu ruumide sanitaarseisundile, instrumentide desinfektsioonile, igale küllastajale ainult steriliseeritud raseerimispintslite ja puhta pesu kasutamisele, iga kord pärast kliendi teenindamist juuksuri käte pesemisele. Juuksurid peavad olema tuttavad sanitaarmiinimumi põhinõuetega ja seenhaigusi iseloomustavate tunnustega, et mitte teenindada üldkasutatavais juukselõiklaid seenhaigeid. 6. Pügaraiaga sügava vormi ärahoidmiseks, kus nakatumine toimub peasjalikult otse loomadelt, on vajalik pidada loomade üle õiget veterinaarset valvet, isoleerides ja ravides haigeid loomi, ja teostada loomadega kokkupuutuvate isikute regulaarset arstlikku järelevaatust.

Sanitaarharidustöö teostamisel nende isikute seas tuleb juhtida tähelepanu seenhaigustevastase isikliku profülaktika abinõudele: kaitseriietuse kasutamine, käte puhtuse eest hoolitsemine, desinfitseerivate ainete tarvitamine jne.

Kõigi nende abindite puhul tuleb pidevalt konsulteerida mükoloogilise punktiga või mükoloogilise dispanseriga, mis on võimalik suurtes linnades ja rajoonitsentrumites. Linnade mükoloogilised dispanserid ja rajoonide mükoloogilised punktid on spetsiaalsed asutised seenhaiguste raviks ja profülaktikaks. Neid organiseeritakse suurtes linnades ja rajoonikeskustes, harilikult nahaja suguhaiguste dispanserite juures. Mükoloogilises punktis töötavad arst-spetsialist ja 2 õde: patronaazi- ja epilatsioonioode. Väga suur on mükoloogilise punkti õdede osa seeneliste haiguste ravis ja profülaktikas. On vaja omada küllaldast ettevalmistust ja kogemusi seeneliste haiguste äratundmiseks ja ravimiseks. Moskva mükoloogilise dispanseri töökogemused näitavad ilmekalt õe osa seeneliste haiguste vastu võitlemisel; näiteks 4 aasta vältel (1935—1938) on dispanseri patronaaziõdede poolt avastatud 44% kõigist antud ajavahemikul dispanseris registreeritud seenahaigetest koolilastest.

Maarajoonides, kus puudub veel spetsialiseeritud ravi nahahaigeile, teostavad seeneliste haiguste vastast võitlust jaoskonnarst ja tema abilised — velskrid ja õed. See asjaolu kohustab kogu keskmeditsiinilist personali hästi tundma seeneliste haiguste kliinikut, ravi ja profülaktikat. (Seenhaiguste profülaktika ja ravi organiseerimise kohta vt. samuti lk. 77.)

Silenaha pügaraia ja favuse ravi ei ole raske ülesanne. Haiguskolde võib likvideerida 5—7 päeva vältel, pintseldades neid 5—10%-lise joodtinktuuriga või määrides vilkinsoni salviga. Juustega kaetud peanaha pügaraia sügava vormi raviks tuleb eeskätt vaigistada põletikulist protsessi: teha mähiseid buurovi vedeliku või sublumaadilahusega 1 : 1000-le. Sel puhul tuleb eemaldada koorikud, avada mädavillid ja siis eemaldada juuksed pintseti abil nii haiguskoldest kui ka selle ümbrusest. Pärast põletikuliste nähtude vaibumist kasutatakse soojendavaid kompreesse samadest desinfitseerivatest vahenditest. Harilikult piisab sellest juustega kaetud peanaha sügava trihhofüütia raviks. Parasitaarse sükoosi ravimisel aga, kui on saavutatud põletikuliste nähtude tunduv vähenemine, tuleb tarvitusele võtta vahendeid infiltraatide resorbeerimiseks ja siis uuesti vaigistada sel puhul tekkivaid põletikulisi nähte.

Palju raskem ülesanne on juustega kaetud peanaha pügaraia pindmise vormi ja favuse ravimine, sest ei ole ühtki desinfitseerivat vahendit, mis võiks küllalt sügavalt tungida nahka, eriti

juuksenääpsu, ja surmata seal viibivad seened. Seepärast tuleb juustega kaetud peanaha seeneliste haiguste ravimisel esmajoones teostada epilatsioon, s. o. kõigi juuste eemaldamine.

Mehaaniline epilatsioon, s. o. juuste eemaldamine tsiliaarpintsetiga, toob harilikult vähe kasu, sest haprate haigete juuste eemaldamisel need sageli murduvad nääpsu sügavuses. Seened jäävad sinna püsima ja uuesti kasvavad juuksed inifitseeruvad uuesti seentega. Mehaanilist epilatsiooni tuleb teostada korduvalt, sellepärast on isegi piirdunud algavate favuse- või mikrospooriakollete tervistamiseks vajalik pikaajaline, püsiv, süstemaatiline ravi.

Tunduvalt on kergenenud juustega kaetud peanaha pügaraia ja favuse ravimine röntgenepilatsiooni kasutamiselevõtmisega, sest sel teel saavutatakse tervistumist palju lühema ajaga. Käesoleval ajal on enamkasutatav juuste eemaldamise viis röntgenepilatsioon. Röntgenepilatsiooni teostatakse ainult spetsiaalsetes röntgenikabinettides vilunud eriarstide poolt, selleks et vältida täielikku naha atroofiat ja isegi röntgenihaavandite tekkimist. Sel puhul jaotatakse kogu pea neljaks väljaks ja igale väljale antakse ühekordne röntgenikiirte epilatsiooniannus, mis mõneks ajaks lõpetab juuste kasvamise. Harilikult algab 12—14 päeva pärast kiiritamist täiesti valuta nii tervete kui ka haigete juuste väljalangemine, ja mitte hiljem kui 3 nädalat pärast kiiritamist on kogu pea täiesti paljas. 2—3 kuu vältel jäävad juuksenääpsud tühjaks, hiljem kasvavad juuksed täielikult tagasi, välja arvatud kohad, kus on juba tekkinud naha atroofia, mis esineb ainult favuse puhul. Röntgenikiired ei surma seeni, sellepärast on vajalik pärast röntgenepilatsiooni kasutada desinfitseerivat ravi: päevaks määratakse nahka vilkinsoni salviga, õhtul pestakse pea puhtaks ja pintseldatakse ööseks 2—3%-lise joodtinktuuriga. Niisugust ravi teostatakse 5—6 nädalat. Et pärast röntgenepilatsiooni ei lange alati kõik juuksed välja, seepärast on edukaks raviks suure tähtsusega järgnev käsitsi epileerimine. Murdunud ja järelejäädud tervete juuste käsitsi epileerimine haiguskollete lähemast ümbrusest (1—2 cm ulatuses) peab algama vahetult pärast juuste väljalangemise lõppu ja lõppema keskmiselt mitte hiljem kui 10 päeva pärast röntgenikiirtest põhjustatud pea paljaksjäämist. Terveid, haiguskolletest eemalolevaid juukseid ei ole tingimata vaja eemaldada pintsetiga; piisab nende raseerimisest. Epileerimist tsiliaarpintsetiga teostatakse selleks eriti väljaõpetatud epilatsiooniõdede

poolt väga hoolsasti ja ettevaatlikult, et juukseid mitte murda. Selleks tuleb haarata tsiliaarpintsetiga ainult üks juus korraga ja see välja tõmmata juukse kasvu suunas. Röntgenepilatsioon ei ole soovitatav teostada enne neljandat eluaastat, peaaegselt selle tõttu, et lapsed kiiritusseansi ajal ei saa jääda täiesti rahulikuks ja liigutavad pead. Kasutades klistiiri kloraalhüdraadiga võib röntgenepilatsiooni teostada ka 2- ja 3-aastastel lastel.

Enne haige röntgenepilatsioonile suunamist on tarvis haige pea selleks ette valmistada: koorikud ja kilbikesed eemaldatakse varem rasvakompressiga 1—2%-lise salitsüülvaseliiniga või vahapaberiga kaetud sidemega lina- või päevalilleseemneõlist. Harilikult, kui kasutada säärast sidet 10—16 tundi 1—3 päeva vältel, eemalduvad kõik koorikud peapesemisel kergesti.

Järsult väljaarenenud põletikunähtude või haiguskollete leemendamise puhul tuleb enne röntgenkiirituse määramist teostada põletikuvastast ravi buurovi vedeliku, tinavee või 2%-lise resorssiinilahuse mähistega. Enne röntgenepilatsioonile suunamist tuleb tütarlastel lõigata juukseid, et nad oleksid umbes 2 cm pikkused; niisama pikad peavad olema ka poiste juuksed, keda ei tohi suunata röntgenepilatsioonile paljaks põetud või masinaga lühikeseks lõigatud juustega. Säärastel juhtudel tuleb kiiritamisega oodata juuste pikemakskasvamiseni. See on tähtis selleks, et igapäevase peapesemise juures, millega tuleb algust teha 8.—10. päeval pärast kiiritamist, juuksenääpsudes olevad juuksed nihkuksid ja eemalduksid kergemini.

Nahaseeneliste haigete ravi peab toimuma arsti alatise kontrolli all. Kogu raviaja vältel, eriti ajavahemikul kuni pea täieliku paljaksjäämiseni, peavad haiged kandma kokamütsisarnaseid mütsikesi valgest kergesti pestavast materjalist või paberist, vahetades neid sageli ja põletades pärast kasutamist.

Eespoolkirjeldatud juustega kaetud peanaha seenhaiguste ravi osutub kõige kindlamaks ja õigemaks. Ravimine ainult käsitsiepilatsiooniga ei ole kindel, vajades pikaajalist püsivat ja kannatlikku menetlust. Seda kasutatakse käesoleval ajal ainult erandjuhtudel, kui ühel või teisel põhjusel ei ole võimalik teostada röntgenepilatsiooni.

Küünte trihhofüütia ja favuse ravi on kõige raskem ülesanne. Parem on haigestunud küüned täielikult eemaldada ja küünealummikku ravida desinfitseerivate vahendite või röntgenikiirtega. Küünte eemaldamine toimub kas operatiivsel teel või asetatakse

haigestunud küüntele 50%-list pürogalloolsalvi teatava meetodika järgi, mis nõuab suurt tähelepanu arstilt, eriti aga meditsiiniliselt õelt, kes peab seda meetodikat täiesti valdama. Selle meetodi järgi asetatakse haigestunud küünega sõrme viimsele faalanksile nn. „aknaga“ side, mille kaudu 50%-line pürogalloolsalv mõjub ainult küüneplaadile, küünt ümbritsevad pehmed koed kaetakse aga kolloodiuumsidemega. Niisuguse sideme asetamine haigele küünele 1—2 päevaks 2—4 korda põhjustab harilikult tugevat põletikulist reaktsiooni koos mädanemisega, mille tagajärjel küüneplaat eemaldub küünealumikust. Pärast küüneplaadi eemaldamist pintsetiga ravitakse küünealumikku põletikku vaigistavalt, hiljem seda iga päev pintseldades joodtinktuuriga, kuni uue küüne väljakasvamiseni. Niisuguse meetodiga õnnestub enamikul juhtudel saavutada tervistumist kõige kiiremini. Tuleb aga meeles pidada, et selle meetodi peensuste mitteküllalt täpne täitmine võib põhjustada kudede sügavat nekroosi kuni haigestunud sõrme lõppfaalanksi luulise osa hävimiseni. See meetod on küllalt valulik. Viimaste aastate jooksul on soovitatud küünte seenhaiguste ravimiseks rida uusi meetodeid, mille puhul küüneplaati imbub pikkamööda pürogalloolhapet, küüneplaat pehmeneb ja eraldub alumikust või, veel sagedamini, kasvab ettepoole, asendudes uue väljakasvava küünega; mädanemist sel puhul ei toimu. Soovitatakse ka meetodit, mille abil küüneplaat pikkamööda pehmeneb ja kaabitakse siis maha. Kõik need meetodid nõuavad nende head tundmist ja täpset ravimeetodika täitmist. Nad on vähem kindlad ja pikaldasemad kui põhiravimeetod 50%-lise pürogalloolsalviga. Kooli võib lubada küünte seenhaigusega lapsi alles pärast pürogalloolsalvi kahekordset asetamist, tingimusel, et ravi jätkataks.

**Epidermofüütiat** (*epidermophytia*) põhjustavad seened, mida nimetatakse epidermofüütoniteks. Olles sugulased trihhofüütia seentega, erinevad nad neist selle poolest, et nad tabavad peamiselt naha volte, mitte kunagi aga karvu. Eristatakse voltide epidermofüütiat ehk nn. kubeme epidermofüütiat ja taldade epidermofüütiat.

Voltide epidermofüütia areneb niisugustel kohtadel, kus toimub alatine kahe kokkupuutuva nahapinna hõõrdumine: kõige sagedamini reite seesmisel pinnal, kubeme voltides, harveini pärasoole piirkonnas, kaenlaaukudes, naistel rindade all. Kliiniliselt pildilt sarnaneb voltide epidermofüütia silenaha pinnalise trihhofüütia, mis on komplitseerunud ekseemiga. See väl-

jendub selles, et pindmise trihhofüütia tüüpilise pildiga kaasub turse, haigestunud piirkondade punetus muutub intensiivsemaks, tekib rikkalikult väikesi paapuleid, villikesi, mädaville, koorikuid ja kette ning kriimustusi. Kollete perifeerias on põletikulised nähud eriti selgelt väljendunud. Haiguskinded voltide epidermofüütia puhul tekivad üksikute laikude laatumisest; nad omavad ümmargusi või sakilisi piirjooni ja on järsult piirdunud, erinedes sellega ekseemist. Haigus esineb enamasti meestel ja on eriti nakkav. Esineb perekonna-, kooli- ja haiglaepideemiaid, kus harilikult nakatumine toimub mitte otseselt, vaid vanni, pesu või käimla kaudu. Kubeme epidermofüütia kaasneb sageli äge sügelemine, haigus omab kroonilist kulgu ja nõuab energilist ravi.

Taldade epidermofüütia (*epidermophytia plantarum*) kujutab endast haigust, mis algab esmajoones enam kokkupuutuvate varvaste vahelt, kõige sagedamini kolmanda ning neljanda ja neljanda ning viienda varba vahel. Haigus kulgeb kas vaevaltmärgatavate või vastupidi, järsult väljendatud põletikuliste nähtudega, mis meenutavad oma kulult ekseemi. Kergematel juhtudel piirdub haigus varvastevaheliste voltidega, kus esineb väike ketendus, vahel koos kerge epidermise matsersatsiooniga; sealjuures on voldi sügavuses näha väike joonekujuline lõhe. Sel kujul ei kutsu haigus välja mingeid subjektiivseid vaevusi ja kulgeb harilikult haigele tähele panemata. Sageli aga tekib kas väga nõrk või koguni väljakannatamatu sügelemine, nahk varvaste vahel ja sõrmede külgedel tursub, kaotab oma sarvkihi, muutub roosakaks või tumepunaseks, kattub kohati erosioonidega ja rikkaliku läbipaistva seroosse vedelikuga. Haiguskollete piirid on enamasti järsud, õõnestatud allarippuva sarvkihiga; ümbruses on nähtavad väikesed villikesed.

Laiali valgudes haarab protsess teisi varvaste vahesid, varvaste painutuskülgi ja lähedalolevaid tallaosi. Säärasel kujul meenutab epidermofüütia harilikku haigumust (*intertrigo*).

Protsess komplitseerub sageli eksematoosse reaktsiooniga, laieneb kogu tallale ja võib üle minna labajala ja varvaste sirutusküljele. Tekib rohkesti kõvasti sügelevaid villikesi, mis laitudes ja lõhkedes moodustavad leemendavaid alasid, tüüpiliste järskude piiridega, millel on nähtav kitsas paisunud, matsereerunud epidermise ääris. Sekundaarse püodermia tõttu võivad põletikulised nähud järsult suurened, tekivad suured impetiginooossed mädavillikesed, kogu tald tursub ja võivad areneda komplikatsioonid: lümfi-

teede ning regionaarsete lümfisõlmede põletik ja vahel ka roos (*erysipelas*). Säärastel juhtudel jäävad haiged töövõimetuks ägeda valu-  
likkuse tõttu liikumisel. Teistel juhtudel kulgeb taldade epidermo-  
füütia düshidrootilise (higieritamishäirete) vormina: muutusteta  
taldade nahal tekivad gruppidega tüüpilised villikesed ja villid,  
kaetud paksu epidermisekihiga, komplemisel kõvad, kergelt opalest-  
seeruvad, meenutades väliselt saagoteri. Harilikult villikesed ja vil-  
lid ei lõhke: nende sisu kuivab, kate aga lõhkeb ja langeb ära,  
jättes järele roosakaspunaseid eemaldunud sarvkihist äärisega  
laike. Haiguse algkolde ümbruses tekivad uued villikesed ja villid,  
mis kulgevad samuti, ja seetõttu võib haigus haarata suurema osa  
tallast.

Seened ja nende ainevahetusproduktid, imendudes haiguskolle-  
test, tõstavad kogu naha tundlikkust, mille tagajärjel sellel tekivad  
piirdunud või laialivalguva iseloomuga lööbed. Suuremal osal  
taldade epidermofüütia haigeil tekib niisugune sekundaarse ise-  
loomuga lööve ainult kätel ja kulgeb düshidrootilise vormina.  
Harilikult niisugustel löövetel seeni ei leidu. Taldade epidermo-  
füütia on laialdaselt levinud haigus, mida täheldatakse enamasti  
suvel, sest suurenenud higistamine soodustab seene arenemist.  
Nakatumine toimub kas otse haigelt või sagedamini esemete kaudu:  
sokid, sukad, jalatsid ja jalamatid ning vaibakesed saunades,  
duširuumides jne.

Profülaktilised abinõud seisnevad isikliku hügieeni nõuete täit-  
mises: võitlus liigse higistamisega, hoolikas varvastevaheliste vol-  
tide kuivatamine pärast pesemist, mugavate jalatsite kandmine,  
tingimata on vajalik sukkade ja sokkide keetmine pesemisel; isi-  
kud, kes põevad jalgade liigset higistamist, ei tohi kanda kum-  
mist jalatseid ega kummist taldu. Ühiskondliku profülaktika abi-  
nõud seisnevad ranges saunades, duššides, basseinides, pesuköörides,  
võimlates jne. sanitaarses järelevalves. Nimetatud asutistes on vaja-  
lik regulaarne desinfektsioon, mitte ainult ruumide, vaid ka asjade  
ja esemete suhtes. Neid asutisi teenindav personal peab alluma  
regulaarsele arstlikule järelevaatusele.

Ravi oleneb igal üksikul juhul nahahäire iseloomust. Epi-  
dermofüütia ketendavate vormide puhul ilma väljendatud põletiku-  
liste nähtudeta piisab igapäevasest 2—5%-lise joodtinktuuriga  
pintseldamisest pikema aja vältel. Epidermofüütia kuiva keten-  
dava vormi puhul, mis kulgeb märgatava sarvestunud masside  
kuhjumisega, kasutatakse tugevaid ketendamist põhjustavaid

vahendeid, näiteks vilkinsoni või 5—10%-list krüsarobiinsalvi jt. Leemendamise ja eksematisatsiooni puhul määratakse algul põletikuvastaseid parkivaid sidemeid buurovi vedeliku, 2—3%-lise boorhappe, 2%-lise resortsiiniga jt. Kui ägedapõletikulised nähud on vaibunud, määratakse soojad vannid kaaliumhüpermanganaadiga, mida lahustatakse kuni nõrkpunase värvuseni; säärased vannid määratakse jalataldadele ja peopesadele 1—2 korda päevas, kestusega 20—30 minutit. Seejärel tuleb jalataldu ja peopesi korralikult kuivatada, kõige parem elektriaparaatidega (Minini lambi või föönaparaadiga), ja rikkalikult puuderdata nahka talgiga või määrada lassari pastaga. Varvastevahelistesse voltidesse asetatakse marli- või linaribasid; suured villid avatakse ja haiguskollete servadelt allarippuv matsereerunud sarvkiht lõigatakse ära kääridega. On soovitatav sisse anda kolm korda päevas üks supilusikatäis 10%-list kaltsiumkloriidilahust 3—4%-lise broomnaatriumi lisandusega. Põletikunähtude kadumisel hõõrutakse terveid ja haigeid kohti metüleensinise või briljantrohelise 1—2%-lise vee-piirituslahusega või lihtsalt viinaga. Retsidiivide ärahoidmiseks tuleb pärast kõigi nahanähtude kadumist hõõruda viinaga kogu talda veel mõne nädala vältel, varvastevahelisi volte aga rikkalikult puuderdata ja katta marliga. Samal otstarbel tuleb võidelda ka liigse higistamise vastu ja soojade ilmade saabumisel korrapäraselt iga päev või ülepäeviti hõõruda jalataldu viinaga või  $\frac{1}{2}$ —2%-lise tanniinilahusega.

### Nahatuberkuloos.

Kõik nahatuberkuloosihaigused jagatakse kahte gruppi: 1. nahatuberkuloos, 2. tuberkuliidid.

Esimesse gruppi kuuluvad nahahaigused, mis on esile kutsutud nahka sattunud tuberkuloosikepikeste (Kochi batsillide) poolt. Kochi batsillid võivad sattuda nahka kas väljastpoolt (eksogeenne inokulatsioon) või satuvad sinna batsille sisaldava haige rõga, sülje, väljaheite ja uriiniga (autoinokulatsioon). Tuberkuloositekitajad võivad sattuda nahka otse naabruses asetsevast tuberkuloosist tabatud organist või satuvad sinna kaugel organismis asetsevast tuberkuloosikoldest, vere- või lümfiteede kaudu. Kõigi nende päristuberkuloosete nahahaiguste puhul on vaieldamatult kindlaks tehtud neis tuberkuloositekitajate ja tüüpilise tuberkuloosse granuloomi kolde olemasolu. Teise, tuberkuliidide gruppi kuuluvad niisugused nahahaigused, mille tuberkuloosne iseloom on enamasti

kindlaks tehtud, kuid tüüpilist tuberkuloosikolde struktuuri nad ei oma ja tuberkuloositekitaajaid neis harilikult ei leidu. Nad esinevad isikuil, kes juba põevad üht või teist siseelundite tuberkuloosi vormi, mis kulgeb harilikult healoomuliselt või varjatult. Tuberkuliidid tekivad üldreeglina tuberkuloositekitaajate või nende toksiinide nahka sattumise tõttu vereteede kaudu mõnest organismis esinevast tuberkuloosikoldest. Seejuures nad ei põhjusta päristuberkuloosile tüüpilisi häireid, mis on seletatav naha reaktiivsuse muutmiselega tuberkuloosse infektsiooni mõjul.

Tuberkuliidide uurimisel on selgunud, et mõnes neis leiduvatest elementidest sageli leitakse tuberkuloosile tüüpilist struktuuri, elementides enestes läks aga korda avastada tuberkuloositekitaajaid kas histoloogilise uurimise või loomadele pookimise teel.

Need andmed kõrvaldavad tunduval määral teravad piirid tuberkuliidide ja naha päristuberkuloosi vahel.

Nahatuberkuloos on enamikul juhtudel üldise tuberkuloosse infektsiooni väljenduseks ja tekib sekundaarselt. Primaarne nahatuberkuloos, s. o. nahatuberkuloosi tekkimine inimesel, kes ei ole tuberkuloosist infitseeritud, on suur haruldus. Nahatuberkuloosihaigetel leidub üldreeglina tuberkuloosseid protsesse teistes organites, eriti sageli kaela- ja lõuaalustes lümfisõlmedes.

Nahatuberkuloosihaigete arv on võrreldes tuberkuloosihaigete üldarvuga äärmiselt väike. See on seletatav sellega, et nahk kujutab endast tuberkuloositekitaajale ebasoodsat keskkonda. Sellega ongi seletatav, mispärast ainult ühel osal tuberkuloosihaigetel tekib nahatuberkuloos, kuigi on kindel, et enamikul neist tuberkuloositekitaajad satuvad nahka vere ja lümfiteede kaudu.

Nahatuberkuloos algab enamikul juhtudel lapseas, kuid võib esineda igas elueas, isegi vanemas eas. Nahatuberkuloos oma kliiniliselt pildilt ja kulult on väga mitmekesine.

Nagu juba öeldud, eristatakse haiguse kaht peagrupperi: 1. naha päristuberkuloos, 2. tuberkuliidid.

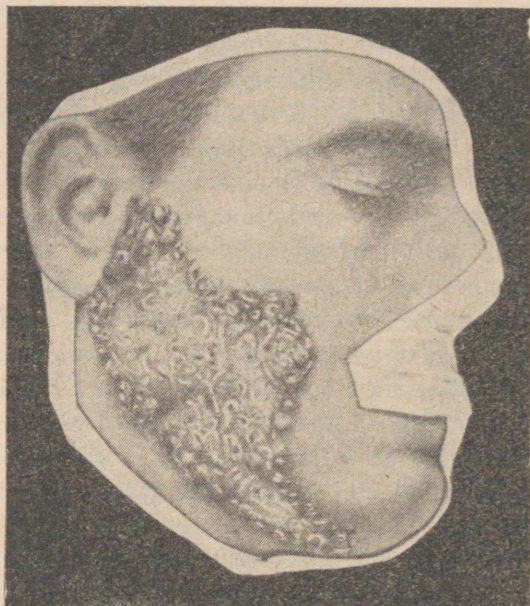
Naha päristuberkuloosi grupis eristatakse mitut pealiiki, mille vahel võivad olla üleminekuvormid:

1. vulgaarne ehk tuberkuloosne söötraig,
2. verrukoosne (tüükaline) tuberkuloos,
3. skrofuloderma ehk kollikvatiivne tuberkuloos,
4. miliaarne nahatuberkuloos (haavanduv ja dissemineeritud).

Tuberkuliidide hulka kuuluvad skrofuloosete sammaspool, paapulonekrootiline tuberkuliid, induratiivne erüteem (Bazin) jt.

Kõige sagedamini esinevateks tuberkuloosivormideks on tuberkuloosne söötraig (*lupus vulgaris*) ja skrofuloderma.

**Vulgaarne ehk tuberkuloosne söötraig (*lupus vulgaris*).** Söötraig on krooniline haigus, mis on tingitud tuberkuloositekitaja sattumisest nahka väljastpoolt organismi või siseorganeist. See vorm esineb kõige sagedamini ja moodustab umbes 75% kõigist



Joon. 31. Söötraig.

nahatuberkuloosahaigustest. Söötraia eelistatud lokalisatsiooniks on nägu, kusjuures protsess algab enamasti ninatiibadest või -tipust ja samuti selle lähemast ümbrusest. Sageli esinevaks lokalisatsiooniks on kael, jäsemed ja tuharad, harvemini kere, veel harvemini juustega kaetud peosa ja haruldusena suguosad. Eitavat lokalisatsiooni ei esine. Söötraig tabab sageli ka limaskestast, kusjuures haigus võib esineda siin isoleerituna, s. o. ilma nahka tabamata. Söötraig võib primaarselt tekkida limaskestadel ja siis üle minna nahale või ümberpöörduvalt. Limaskestadest on sagedamini tabatud nina ja suu limaskest, harvemini laugude limaskest.

Söötraia esmaseks elemendiks on iseloomustavate tunnustega kõbrike, mida nimetatakse ka lupoomiks.

Söötraiakõbruke areneb algul väikesest (hirsitera- kuni läätsetera-suurusest) sügavuses läbipaistvast ümmargusest laigust, mis omab iseloomulikku kollakaspruuni värvust. Täiesti väljakujunenud söötraia elemendiks on nõöpnõelapea- kuni läätseterasuurune pruunikasroosa kõbruke, mis vahel ulatub nahapinnast kõrgemale, vahel on sellega ühel tasapinnal. Söötraiakõbrukese pind on peenejooneline, piirid mitte järsud. Kõbrukese konsistents on pehme, taignatoline; kui sellele vajutada nõõpsondiga, siis tekib aeglaselt taanduv lohk; tugevamal rõhumisel tungib sond söötraiakõbrukele nagu pehmesse massi.

Perifeerse kasvu tagajärjel esmased lupoossed elemendid laatuivad, kuigi aeglaselt. Nii moodustuvad difuussed haiguskolded ebakorrapäraste piirjoontega. Selleks et näha elemente niisugustes kolletes nende tüüpilisel kujul, vajutatakse haiguskoldele klaasiga; siis vere eemaldumise tõttu võib näha kokkupigistatud kõbruke si pruunikate nahast läbipaistvate laikudena — nn. õunaželeefenomen.

Lupoosete elementide taandarenemisel kas tekivad haavandid, mis aeglaselt paranevad armiga või haavandumata resorbeeruvad, jättes järele armilist naha atroofiat. Et haigus söötraia puhul omab laatuivat iseloomu, siis jääb pärast paranemist järele kas laialdane arm või laialdane armiline atroofia. Söötraia arm ei oma selgeid sakilisi ääri. Ääred on ebakorrapärased ja piirid mittejärsud. Arm on väga õhuke, pind on sile, läikiv, kergelt voltidesse tõmbuv nagu kortsunud suitsupaber.

Söötraiale on ka iseloomulik sagedane uute elementide tekkimine vanadel armidel; nendel võib uuesti tekkida tüüpilisi pruunikaid elemente.

Olenevalt haiguse lokalisatsioonist, sekundaarsest infektsioonist, haige naha reaktsioonist tuberkuloositekitajale, protsessi suuremast või väiksemast ägedusest ja teistest tingimustest, võivad söötraia vormid olla väga mitmekesised, mispärast ongi kindlaks tehtud suur arv haiguse variatsioone. Kõik need variatsioonid võib jagada kahte gruppi: söötraia kuivad ja haavanduvad ehk sööbivad vormid.

Kõige tüüpilisemaks esimese grupi söötraia vormiks, mis sageli on teiste variatsioonide tekkimise algstaadiumiks, on *laiguline* ehk *lame söötraig*. Lame söötraig on iseloomulik selle poolest, et siin üldse või peaaegu üldse puuduvad põletikunähud; seetõttu paistavad esmased elemendid oma iseloomuliku kollakas-

pruuni värvusega eriti silma. Selle vormi puhul võib värskes söötraiakoldes näha nahasügavusest läbipaistvaid kollakaspruune laike või kergelt väljaulatuvaid lamedaid kõbrukesi, nõopnõelapea- kuni kanepiterasuurusi ja suuremaid. Need elemendid asetsevad korrapäratu grupina, üksteisega enam-vähem laatudes. Säärane grupp koosneb 3—4 või enamast elemendist ja on keskmiselt läätseterasuurune. Teisi muutusi nahal esialgu ei leidu. Niisugune haiguskolle kasvab ebahühtlaselt ja uued elemendid ilmuvad väga aeglaselt haiguskolde perifeerias; kolle võib kasvada kahekopikalise mündi suuruseni. Haiguskolde keskosas tekib sile läikiv pindmine armiline naha atroofia, mille pinnal on harilikult näha veel taandarenemata või uuesti tekkinud kõbrukesi. Teised muutused nahal puuduvad ja ainult vahel võib märgata väikest ketendamist. Edaspidi muutub niisugune erivorm mõneks muuks söötraia erivormiks: ketendavaks, psoriaasitaoliseks, kasvajataoliseks, tüükaliseks või hüpertroofiliseks. Kõigi nende vormide puhul on põletikulised nähud kliiniliselt vähe välja kujunenud või puuduvad üldse ja söötraiakõbrukesed taandarenevad ilma haavandumata. Kõigi nende vormide puhul võib siiski osa elemente söötraia kauemal püsimisel haavanduda, kuid see ei ole püsiv ja tingimata esinev tunnus.

Teise grupi, söötraia haavanduva ehk sööbiva vormi puhul on iseloomulik söötraia infiltraadi haavandumine ja ägedamate põletikuliste nähtude esinemine, mis harilikult tekivad juba haiguse arenemise algul. Selle vormi puhul haavanduvad kõik söötraiakõbrukesed või neist vähemalt suurem osa, tekitades harilikult pindmisi haavandeid, mille põhi on kaetud kahvatupunaste närtsinud lõtvade kergelt verduvate granulatsioonidega, servad aga on längus või rippuvad, ebakorrapärase piirjoontega. Haavanditest eritub vähesel määral vedelat mäda, mis kergesti kuivab, moodustades enam-vähem pakse kollaseid, rohekaspruune või veresisalduse tõttu musti koorikuid. Haavanduv söötraig võib alata lameda vormina, millega varsti kaasuvad põletikulised nähud ja haiguskolde kasvades söötraiakõbrukeste haavandumine. Sagedamini aga tekib juba haiguse algul ühel kohal väike põletikuline tihenemine, mille pinnal kerkivad sinakaspunased elemendid, nõopnõelapeasuurused ja suuremad; nende keskpaigas on näha koorik, vahel ka mädavill. Need elemendid meenutavad oma kujult harilikku aknet. Esmaste söötraiakõbrukestena võib neid diagnoosida ainult neil juhtudel, kus vajutades klaasiga haigestu-

nud pinnale õnnestub avastada kollakaspruune sügavuses läbi-  
paistvaid laike. Säärast protsessi algust võib eriti sageli täheldada  
ninatipul ja -tiibadel. Protsessi edasi arenedes suurenevad söötraia  
elemendid, laatuivad ja haavanduvad. Perifeerias ja naabruses  
tekivad aga aegamööda uued elemendid, mis omalt poolt haavan-  
duvad. Haavandite paranemisel tekivad peaausjalikult haiguskolde  
keskosas siledad läikivad pindmised armid, millel võib korduvalt  
ilmuda uusi elemente, mis samuti haavanduvad. Protsess areneb  
aeglaselt, kuid kiiremi-

ni kui kuivade vormide  
puhul, laatuies analoo-  
giliste naaberkolletega.  
On arusaadav, et  
söötraia haavanduv  
vorm moonutab rohkem  
haigestunud piirkondi,  
eriti nendel juhtudel,  
kus söötraia infiltraat  
haarab mitte ainult na-  
haalust sidekudet, vaid  
ka sügaval asetsevaid  
osi: lihaseid, kõõluseid,  
kõhre, liigesekapslit ja  
luid. Säärastel juhtudel  
võib tekkida sügava-  
maid haavandeid, mille  
paranemisel tekivad



Joon. 32. Haavanduv söötraig.

kompaktsed mitesügavad võrdlemisi siledad armid. Kuigi need  
armid ei ole sügavad, põhjustavad nad, allasetsevate kudede  
kokku tõmbudes, kontraktuure, liigeste jäikust ja laugude välja-  
põõrdumist, suuavause kitsenemist, nina, kõrvalestade jne. moondu-  
mist. Olenevalt haiguse kulust ja pildist täheldatakse ka teisi ha-  
vanduva söötraia erivorme: impetiginoosne vorm, mida iseloomus-  
tab suur hulk kollaseid või rohekaspruune impetiigo puhul esine-  
vaid koorikuid; papillomatoosne ehk vegeteeruv vorm, mille puhul  
haavandi põhjas tekib rikkalik granulatsioonide vohang; mutileeruv  
vorm, kus söötraia infiltraat haarab sügavamal asetsevaid osi,  
kõhre ja luid, haavandub ja põhjustab osalist või täielikku nina  
ning kõrvalestade hävimist, sõrmede lühenemist faalanksite hävi-  
mise tõttu ja teisi mutilatsioone. Eriti iseloomulik on nina osaline

hävimine, mille puhul ninatiibade ja nina vaheseina nahalise ning osalt kõhrelise osa hävimise tõttu omandab nina terava kuju, meenutades linnunokka.

Puhtal kujul esinevad söötraia üksikud erivormid harva. Sageli nad tekivad samaaegselt isegi üheainsa haiguskolde esinemisel. Esineb aga ühel ja samal haigel mitu haiguskollet, siis võivad need kolded omada söötraia mitut erivormi; nii võib sõrmedel esineda söötraia tüükaline vorm, ninal haavanduv, kaelal ketendav vorm.

Söötraia kulg on krooniline, alates harilikult lapse- või nooruki-eas, erandjuhtudel väga varases eas: esimesel või teisel eluaastal. Haigus võib ilmuda ka vanemal inimesil, isegi raukadel. Alates lapseeas võib söötraig kesta aastakümneid, mõnikord isegi kuni kõrge vanuseni, kus sageli tekib protsessi spontaanne vaibumine, paranemine ja üksikutel juhtudel isegi tervistumine. Vahepeel tüheldatakse üksikute piirkondade spontaanset paranemist ka noorem eas, kuid mitmekoldelise söötraia spontaanset paranemist ei ole peaaegu iialgi täheldatud. Protsessi kulg on üksikutel kolletel erinev: vahel kasvab kolle väga aeglaselt ja, olles jõudnud teatava suuruseni, ei kasva enam peaaegu üldse aastakümnete vältel; teistel juhtudel, vastupidiselt, võib söötraiakolle kasvada mõne kuu vältel suuremas ulatuses, kusjuures tekib ka uusi koldeid. Söötraia haavanduva vormi puhul toimub kollete kasvamine kiiremini kui mittehaavanduvate vormide puhul.

Üldine tervislik seisund, tuberkuloosse protsessi seisund teistes organites, protsessi kohalik komplitseerumine sekundaarse infektsiooniga avaldab muidugi mõju söötraia kulu kiirusele. Haigete üldtervisliku seisundi halvenedes halveneb ka söötraia kulg. Suhkurtõbi, malaaria, alkoholism, vahel süüfilis võivad avaldada ebasoodsat mõju söötraia kulule. Ägedate nakkushaiguste järel, nagu sarlakid, tuulerõuged ja eriti leetrid, täheldatakse vahel hulgaliste söötraiakollete tekkimist.

Olenevalt lokalisatsioonist, kulust, vormide mitmekesisusest ja protsessi ulatusest, moodustab söötraig haigele kord raskemat, teinekord võrdlemisi kergemat vaevust. Näiteks, kui söötraig väljendub ühe või kahe söötraia lameda vormi koldena, mis kasvavad väga aeglaselt ja asetsevad kehal, siis ei põhjusta see haigele tõsist vaevust; kui aga söötraig lokaliseerub põsele, tuleb arvestada peale kosmeetilise tähtsuse võimalust, et see võib muutuda raskemaks erivormiks ja protsess laieneb alumise lau limaskestale, vigastades silma. Lokaliseerudes ninale, vaevab protsess haiget

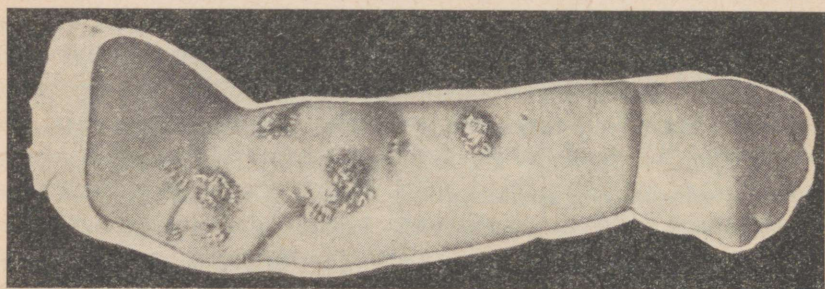
isegi aeglase kulu juures näo moonumise ja limaskesta vigastuse tõttu. Moonutavad vormid, samuti elefantiaasiga vormid ja vormid, mille puhul protsess haarab ka allasetsevaid kudesid, tekitavad haigele veel enam vaevust.

Sageli komplitseeruvad söötraiahaiged (sagedamini naistel) haiguskolded roosiga. Mõnedel haigetel omab roos retsidiveeruvat iseloomu ja võib põhjustada püsivat turset ja elefantiaasi. Piirdunud söötraiakolded ei avalda tähelepanuväärset toimet patsiendi üldtervislikku seisundisse. Üldine seisund ja söötraiahaigete enesetunne on üldiselt soodsad, kuid neil võib tekkida teiste organite kahjustusi, samuti kui teiste organite tuberkuloos võib põhjustada haigestumist söötraiga, selle kangekaelset kulgu ja retsidiive. Isikud, kes põevad söötraiga, surevad sageli siseorganite tuberkuloosi ja vahel miliaartuberkuloosi. Igal üksikul juhul on aga raske otsustada, kas tuberkuloos on arenenud primaarselt nahas või siseorganites. Üksikud, kuigi haruldased juhud, kus haiged pärast söötraiakollete väljakaapimist surid miliaartuberkuloosi, tõendavad söötraia tõsist tähtsust siseorganite tuberkuloosi arenemises. See pärast peab iga söötraiahaige alluma järelevalvele, et õigeaegselt avastada ja ravida teiste organite, eeskätt kopsu tuberkuloosi.

**Skrofuloderma (*scrophuloderma*)** ehk kollikvatiivne tuberkuloos (*tuberculosis cutis colliquativa*) on sageduselt teine (pärast söötraiga) naha päristuberkuloosi vorm. Lokalisatsiooni järgi võib eristada dissemineeritud ja piirdunud skrofuloderma vormi. Esimene esineb sagedamini väikestel lastel juba esimesel ja teisel eluaastal ja vanematel lastel, arenedes mõnikord pärast ägedaid nakkushaigusi. Haigus väljendub hulgaliste sõlmede tekkimisega, mis on laiali pillatud mitmetele kohtadele. Palju sagedamini esineb skrofuloderma piirdunud vorm, kus kahjustus on lokaliseerunud mõnes üksikus piirkonnas. Eelistatud lokalisatsiooniks on kael, kus harilikult protsess väljub lõua- ja koonualustest, kaela külgede ning rangluupealseist näärmeist. Harvemini on protsess lokaliseerunud rindmikule ja luusööbija puhul roietele, samuti kubemepiirkonda, kus protsess väljub seal esinevaist näärmeist. Sageli lokaliseerub protsess jäsemeile, olles seal seotud luude, liigeste ja kõõluste tuberkuloosiga. Eitavat lokalisatsiooni skrofuloderma puhul ei esine. Skrofuloderma põhielemendiks on kas vähe valulik või üldse valutu tihe tuimunasuurune või suurem sõlm.

Protsess väljub enamasti allasetsevaist organeist: lümfinäärmeist ja veresoontest, kõõlustest, lihastest, luudest (sekundaarne

skrofuloderma). Võrdlemisi harvadel juhtudel areneb protsess primaarselt nahaaluses sidekoes (primaarne skrofuloderma). Nahaalusest sidekoest läheb protsess üle nahale, millega sõlm laotub; tekib kasvajaoline sinakaspunane moodustis, mis ulatub naha pinnast kõrgemale. Sõlme keskosas tekib pehmenemine, haarates aegamööda kogu sõlme. Sõlme kohal nahk pikkamööda õheneb ja perforatsioonid tekivad väikese avause tekkimisega, mille kaudu eritub punakate massidena verist-mädast vedelikku. Lõpuks tekib sügav haavand korrapärase põhjaga, mis on kaetud kahvatupunaste pehmete granulatsioonidega, õhukeste näritud rippuvate pehmete sinakate



Joon. 33. Skrofuloderma.

või violett-punaste servadega, mille alla võib kaunis sügavalt viia sisse sondi. See haavand eritab vedelat mäda ja võib ebakorrapäraselt kasvada peamiselt perifeerias. Haavandi põhjast vohavad sageli lopsakad tursunud granulatsioonid, mis korgina või seenekübarana ulatuvad välja haavandi avaustest. Õõnestatud servade all kestab protsess edasi ja juhul, kui naabruses leidub teisi sääraseid sõlmi, võib haavandi rippuvate servade all toimuda niisuguste lagunemise sõlmede ühinemine.

Skrofuloosne haavand võib ühest servast paraneda, teises aga edasi areneda, avanedes uue avausega. Naabruses võivad tekkida uued sõlmed, mis omakorda lagunevad ja mille tagajärjel tekib haiguskolle, millel leidub sõlmi ja hulgaliselt juba kirjeldatud iseloomuga haavandeid. Mõned haavandid võivad üksteisega laotuda või ühineda käikude kaudu õõnestatud servade all. Teistel juhtudel haavandid paranevad, jättes järele pehmeid väljaulatuvaid sinakasroosasid arme, mis sageli uuesti haavanduvad. Skrofuloossele haavandile on iseloomulik aeglane kulgu, millega harilikult ei kaasata tunda valulikkust. Haavandite täielikul paranemisel teki-

vad nahka moonutavad armid, korrapäratu kiirtetaolise kujuga. Olles tekkinud mitmest omavahel seotud haavandist, omandavad armid veel enam korrapäratuid piirjooni; kohati on nende servad vallitaoliselt tõusnud kõrgemale, kohati esinevad neil nahasillakesed ja nišid.

Nendel juhtudel, kus protsess skrofuloderma puhul lähtub allasetsevaist organeist, näiteks lümfinaärmetest, luudest, kõõlustest, on haiguse kulg veel pikaldasem. Säärastel juhtudel tekivad haavandite asemel fistulitega õõned ja paranemisel tekivad sügavad ebaühtlased korrapäratute piirjoontega armid, mis on liitunud allasetsevate kudedega. Skrofuloderma esineb sageli samaaegselt teiste naha tuberkuloossete haigustega, nagu söötraig, tüükaline nahatuberkuloos, skrofuloossete sammaspool jt. Skrofulodermahai-  
ged omavad sageli selget skrofuloosset välimust: naha ja limaskestade kahvatus, nina-, kurgu-, silmalaugude limaskesta katarr, ülemise huule paistetus, keskkõrva kahjustus, lõhed ninasõõrmete ümbruses, skrofuloossed lümfisõlmede põletikud jne. Raske on arvestada skrofuloderma mõju üldtervislikusse seisundisse, sest see nahahaigus esineb enamikul juhtudel, kui mitte alati, samaaegselt teiste organite tuberkuloosiga. Põhjused, mis halvendavad üldtervislikku seisundit ja tuberkuloosse protsessi kulgu teistes organites, halvendavad ka skrofuloderma kulgu. Vastupidi, üldtervisliku seisundi ja teiste organite tuberkuloosi paranedes paraneb ja sageli tervistub iseenesest ka skrofuloderma. Mitte ükski naha päristuberkuloosi vormidest ei parane nii sageli spontaanselt kui skrofuloderma.

Skrofuloderma on lapse- ja noorukiea haigus. Täiskasvanuil ta esineb palju harvemini. Nendel võib sagedamini näha põetud skrofuloderma jälgi armidena.

Skrofuloderma sõlmede histoloogiline uurimine näitab tüüpilist tuberkuloosset struktuuri. Tuberkuloosi batsille leitakse neis vähesel arvul. Haigestunud koe pookimine loomadele annab positiivse resultaadi. Skrofuloossete haavandite mädas ja pehmenenud haavandumata sõlmede mädas harilikult ei õnnestu leida tuberkuloositekitaajaid.

**Nahatuberkuloosi ravi** on niisama komplitseeritud ülesanne nagu üldtuberkuloosi ravi, vaatamata sellele et nahatuberkuloosi ravimisel on soodsamad tingimused, sest, kasutades paikset ravi, võib siin vahetult mõjutada haiguskollet. Kuid paikne ravi ei anna enamikul haigusjuhtudel soodsaid tagajärgi nii kaua, kui ei ole

õnnestunud samaaegse üldraviga mõjutada tuberkulooset protsessi teistes organites ja tõsta organismi kaitsejõude võitluseks tuberkuloosse infektsiooniga. Seepärast isegi neil juhtudel, kus on tegemist primaarse nahatuberkuloosiga, s. o. naha infektsiooniga väljastpoolt, ja puuduvad selged tunnused teiste organite tuberkuloosse haigestumise kohta, ei saa piirduda ainult paikse raviga ja peab samaaegselt kasutama ka üldravi.

Nahatuberkuloosi üldravimiseks kasutatakse kõiki samu abinõusid, mida kasutatakse siseorganite tuberkuloosi puhul, samuti kirurgilise tuberkuloosi puhul, ja mis on suunatud organismi üldtugevdamiseks ja järelkult tema kaitsejõudude tõstmiseks. Niisuguste abinõude hulka kuuluvad: tugevdatud toitmine, kasutades kalamaksaõli, arseeni, rauda ja teisi tugevdavaid ja isutõstavaid vahendeid; ravimine kumõssiga, päikesevannid, eriti kõrgmäestikus ja mererannas, kliimaatiline ravi, soolavaba dieet, mis on vaene süsivesikute ja rikas rasvade ja vitamiinirohke värske aed- ning juurvilja poolest. Määratakse üldist kiiritamist kunstlikest valgusallikaist loomuliku päikesevalguse asemel, eriti kaarlambi ja kvartslambiga; kasutatakse ravimist tuberkuliini, kullapreparaatidega jne. Viimasel ajal kasutatakse uut söötraia ravimise meetodit D<sub>2</sub>-vitamiiniga. See meetod on paljudel juhtudel andnud suurepäraseid tagajärgi, kuid ta ei ole vaba kõrvalnähtudest; seetõttu seisab söötraia ravi D<sub>2</sub>-vitamiiniga alles katsetamisstaadiumis ja seda kasutatakse ainult üksikutes kliinikutes ja teaduslikes uurimisinstituutides.

Nahatuberkuloosihaigete üldravi kõrval teostatakse ka haiguskollete paikset ravi, milleks kasutatakse meetodeid ja vahendeid, mille abil võib hävitada tuberkulooset kudet ja järgnevat armistumist. Seda saavutatakse kirurgiliste ravimeetoditega, elektri- ja fototerapeutiliste vahenditega.

Kirurgilistest ravimeetoditest on esikohal ekstsisioon, s. o. haiguskolde täielik eemaldamine. On arusaadav, et see meetod on kasutatav piirdunud haiguskolde ja protsessi vastava lokalisatsiooni puhul. Teistest kirurgilistest meetoditest kasutatakse nahatuberkuloosi raviks kaapimist terava lusikaga, vahel koos järgneva põletamise, skarifikatsiooniga jne.

Keemilisist vahendeist kasutatakse salve ja pastasid, mis sisaldavad tuberkulooset kudet hävitavaid aineid: 10—20%-line pürogalloolsalv, 20—40%-line resortsiin- või salitsüül pasta, Plantagini pasta, süsihappelumi jt.

Elektroterapeutiliste vahendite hulka kuulub elektrinõela, diatermokoagulatsioonid jt. kasutamine.

Kõige paremaid tagajärgi annab fototeraapia. Siin seisab esikohal ravimine Finsen'i ja Kromayeri lambiga.

Nahatuberkuloosi paikseks raviks kasutatakse ka röntgenkiirgust, raadiumi ja mesotooriumi. Parimaid tagajärgi saavutatakse kombineerides mitmesuguseid üldise ja paikse ravi meetodeid.

Söötraia jt. naha päristuberkuloosi vormide ravi keerukuse ja pikalduse tõttu, milleks vajatakse spetsiaalseid aparate ja sisetust, suunatakse nahatuberkuloosiga haiged spetsiaalsetesse asutistesse, mida nimetatakse luposooriumideks. Luposooriumides saavad haiged vajalikku ravi ja samaaegselt teevad tervislikule seisundile vastavat kasulikku tööd, enamasti värskes õhus. Niisuguseid luposooriume on meil paljudes suurtes linnades ja oblasti-keskustes.

Enne Suurt Isamaasõda oli Nõukogude Liidus küllaldane voode arv nahatuberkuloosiga haigetele. Sõja ajal hävitasid Saksa fašistid osa luposooriume, mis asetsesid ajutiselt okupeeritud territooriumidel (Leningradi oblastis, Kiievis, Odessas, Minskis, Krimmis). Käesoleval ajal neid taastatakse ja reas oblastites avatakse uusi voodeid nahatuberkuloosiga haigetele. Nõukogude tervishoiuorganite poolt esimesil aastail pärast Suurt Sotsialistlikku Oktoobrirevolutsiooni ettevõetud laialdased abandid tuberkuloosivastases võitluses, tuberkuloosidispersante, tuberkuloosi-instituutide ja luposooriumide laialdane võrk, peaaesjalikult aga NSV Liidu elanikkonna materiaalse heaolu ja kultuuritaseme tunduv tõus soodustasid meie maal tuberkuloosi, eriti aga nahatuberkuloosi haigestumuse üldist tunduvat vähenemist. Juba 1937. a. oli meil söötraiahaigete arv 2,5 korda väiksem kui tsaari-Venemaal. Nahatuberkuloosiga haigete arv väheneb pidevalt ka edaspidi koos üldise tuberkuloosi-haigestumise vähenemisega.

### Leepra (*lepra*) ehk pidalitõbi.

Leepra on krooniline nakkushaigus, mis haarab kogu organismi. Haigust tuntakse juba vanast ajast. Juba vanasti esines seda väga rohkesti Ida-Aasias, Indias ja Hiinas. Esimesi lepra kirjeldusi leitakse juutide, pärslaste ja egiptlaste juures. Euroopasse toodi lepra Aasiast umbes meie aja arvamise algul, kuid eriti algas lepra levimine Euroopas 11. sajandil ühenduses ristisõdadega. Järgnevate sajandite jooksul levis lepra suure kiirusega Euroopas

ja omandas ulatusliku epideemia iseloomu. Tänu haigete rangele isolatsioonile hakkas epideemia 16-nda ja 17-nda sajandi lõpuks vähenema ja kaotas massilise haigestumise iseloomu. Käesoleval ajal esineb leepira ainult endeemiliselt, s. o. üksikutes kohtades üle kogu maakera. Haigus pesitseb ookeanide, merede ja suurte jõgede kallastel. Kõige rohkem leepirahaigeid leidub Indias, Indo-Hiinas ja Jaapanis. Euroopas esineb leepirat kõige rohkem Türgis ja Rumeenias. Lääne-Euroopas on leepirahaigeid suhteliselt vähe. Hulgaliselt esineb leepirahaigeid Aafrika idarannikul. Ameerikas esineb leepira enamasti Lõuna-Ameerika põhjaosas. Rohkesti haarab haigus ka Okeaania ja Polüneesia saari. Rahvasteliidu Hügieenikomisjoni andmeil oli pärast Esimest Maailmasõda leepirahaigete üldarv 4 miljonit. Venemaal esines leepirat esmakordselt 15-nda sajandi keskel, olles rohkesti levinud mõnedes Uurali-lähistes rajoonides. Käesoleval ajal esineb tähtsusetuid koldeid Kesk- ja Alam-Volga rajoonides, Põhja-Kaukaasias, Karakalpakias, Kasahstanis ja Balti liiduvabariikides.

Nagu juba öeldud, on leepira kogu organismi krooniline nakushaigus, kuid seda uuritakse dermatoloogide poolt sellepärast, et esimesed nähtavad tunnused ilmuvad eeskätt nahal. Nahalööbed on leepira puhul polümorfised, mitte alati sümmeetrilised ja laatuavad, eelistatud lokaliseerimisega näol ja õlavartel ning säärtel sirutuskülgedel. Säärane eelistatud lokaliseerimine on eriti iseloomustav haiguse algusele. Hiljem levib protsess kogu nahale ja juustega kaetud peaosale. Eitavat lokaliseerimist ei esine. Kliinilise pildi järgi eristatakse 1) naha- ehk kõbrulist leepirat, 2) närvi- ehk laigulis-anesteetilist leepirat, 3) segavormi.

Kõbruline leepira (*lepra cutanea*, *lepra lepromatosa*). Sellele vormile on tüüpiliseks algelemendiks vähem punast, rohken pruunikat värvust kõbruke ehk sõlm. Kuni herneterasuured kõbrukesed ja kuni kreekapähklisuured ja suuremad sõlmed omavad võrdlemisi suurt perifeerse kasvu tendentsi ja laatuavad moodustavad laialdasi infiltraate. Kõrvuti viimastega esineb üksikuid sõlmi ning kõbruke ja vahel pigmentlaike ning paapuleid. Peale tõelise polümorfismi omab nahaleepira ka pseudopolümorfismi, sest elemendid taandarenedes ketendavad, haavanduvad, jätavad järele arme või armilist atroofiat ja pigmentatsiooni. Haavandid, mis tekivad kõbrukeste ja sõlmede lagunemisel, võivad haarata nahka erinevas sügavuses kuni luudeni, hävitades üksikuid sõrmede faallankseid, jne. Väljaarenenud nahaleepira-vormile on eriti iseloomu-

likud muutused näol. Hulgalise sõlmede arvu ja difuusse infiltraadi tõttu on näonahk nagu kaetud sügavate vagudega, mis kulgevad erinevais suunis; eriti vaostunud on otsmiku nahk, kusjuures paksendid väljalangenud kulmude kohal ripuvad vallitaoliselt silmadel. Nina on nõõbitaoliselt paksenenud, ninatiibadel ja sõõrmete ümbruses tekivad isoleeritud sõlmed. Huuled ja lõug on samuti paksenenud ning suurenenud ja vormita kõrvad ripuvad nagu lapid. Kõik see annab haige näole iseloomuliku ilme, mida nimetatakse lõvinäoks (*facies leontina*).

Nahaleprat põdevail haigeil haaratakse ka limaskest, eriti ninakoobas, kust, nagu arvatakse, enamikul juhtudel algabki protsess. Haaratakse ka suulimaskest, eriti pehme ja kõva suulagi, kust protsess levib kõripealisele ja häälepaeltele. Haige hääli muutub kähisevaks ning nohisevaks ja võib tekkida täielik hääletus ehk afoonia.

Närvi- ehk laigulis-anesteetiline leepravorm (*lepra nervorum*, *lepra maculo-anaesthetica*) on erivorm, kus põhielemendiks on kauapüsiv erütematoosne laik. Harilikult on need laigud kurnis suured, mitteühtlast värvust (helepunasest kuni tumepunaseni), moodustades rõngakujulisi figure. Arenemise algul täheledatakse laikude kohal suurenenud tundlikkust, mis varsti



Joon. 34. LEEPRA.

asendub tundlikkuse täieliku kadumisega (*anaesthesia*); see on eriti välja kujunenud laigu keskpaigas. Mõnikord võib laigu kohal palpeerida naha paksenemist, säärastel juhtudel nad ulatuvad naha pinnast kõrgemale. Püsinud teatava aja, kaovad laigud kas täielikult ilma jäljeta või sagedamini jättes järele pigmentatsiooni või depigmentatsiooni. Vahel ketendavad laigud taandarenemisel.

Selle tõttu, et närvileepira puhul on haaratud eriti närvisüsteem, on esiplaanil närvitüvede paksenemine ja siis musklite halvatus ning kõhetumine. Eriti sagedad on näomuskliite ja käte musku-

latuuri kõhetumine. Nägu omandab sel puhul maskitaolise välimuse, käed aga linnujala asendi. Nahal võivad tekkida haavandid, eriti kätel ja jalgadel, villid, pigmentatsioonihäired, ka mutilatsoonid, mis põhjustavad sõrmede, käte ja jalgade faalanksite hävimist.

Sageli läheb laigulis-anesteetiline leepravorm üle kõbruliseks leepravormiks. Sagedamini esineb samaaegselt nende kahe põhivormi segavorm (*lepra mixta*), mis väljendub nahal kõbrukeste ja sõlmede esinemises, tundlikkushäiretes, erütematoossetes laikudes, musklite kõhetumises ja villide ning haavandite tekkimises, mis on iseloomulikud närvileprale.

Leepra on nakkav. Tekitajaks on 1873. a. avastatud leeprakepike, mis sarnaneb tuberkuloosikepikesega, olles sellest veidi lühem ja paksem. Leepratekitajat ei saadud kaua aega kasvatada söötmeil ja pikema aja jooksul ei õnnestunud leeprat pookida loomadele, mistõttu tekkis isegi arvamus, et loomad on absoluutselt immuunsed leeprale. Kuid vene teadlasel prof. V. Kedrovskil õnnestus eraldada leeprakepike puhtal kujul. Pookides seda mitmetele loomadele, täheldas ta tüüpilist haiguspilti valgetel hiirtel.

Leeprakepike esineb leeprahaigeil peaaegu kõigis organites. Laigulis-anesteetilise vormi puhul on haigusetekitajaid raske leida, neid leidub ainult väikesel hulgal. Kuid ka selle vormi puhul leitakse haigusetekitajaid närvikava mitmesugustes osades, ninalimas, näärmeil, üksikutel juhtudel veres. Vastupidiselt, kõbrulise leepra puhul leitakse leepratekitajaid hulgaliselt ja peaaegu kõigis organites.

Leepratekitaja kindlakstegemiseks tehakse äigepreparaat ninalimast ja leeprasõlme või lümfinäärme punktsioon; viimased haaratakse haigusest harilikult varakult, veel enne, kui ilmuvad nahale tüüpilised lööbed. Ninalima ja leeprasõlme või tursunud näärme punktaati asetatakse esemeklaasile ja värvitakse samuti nagu tuberkuloosikepikesi. Leepratekitajale on väga iseloomulik paigutumine äigepreparaatides kuhjunult, meenutades sigaripakke.

Leepra kulg on väga krooniline, kestes mitukümmend aastat. Inkubatsiooniperiood, s. o. ajavahemik nakatumismomendist kuni esimeste kliiniliste tunnuste ilmumiseni on väga pikk, keskmiselt 3—5 aastat, üksikutel juhtudel aga 10 ja enam aastat. Selle aja vältel täheldatakse nn. haiguse eeltunnuseid: peavalu, nõrkus, apaatia, temperatuuri tõus, mõnikord kanged valud liigestes ja ristluus; teistel juhtudel areneb püsiv nohu, sageli suurenevad lümfi-

eriti kubemenäärmed, mis muutuvad kõvaks, valutuks, kuid ei lähe mädanema. Ent need nähud on vähe iseloomulikud ja võivad jääda täheldamata mitmete kuude ja aastate vältel, kuni ilmuvad tüüpilised muutused nahas ja närvikavas.

Haiguse kestus on mitmesugune: haiged võivad kannatada 30—40 aastat ja surevad kas leeprast põhjustatud muutuste tõttu või mõnesse teise kaasunud infektsiooni, kõige sagedamini tuberkuloosi. Sel ajal, kus nahaleepra areneb pidevalt, haarates mitmesuguseid organeid (maksa, silmi, hingamisteid, nina, kõri, munandit jne.), esinevad närvileepra kulus haiguse seisaku perioodid, mis vahelduvad retsidiividega. Nii sügavaid muutusi kui nahaleepрал närvileepra puhul harilikult ei esine.

Käesoleval ajal on kindlaks tehtud, et leepra on nakkav ja antakse edasi inimeselt inimesele, kuid küsimus, kuidas toimub see edasiandmine, jääb selgusetuks. Vähenakkav on laigulis-anesteetiline leepravorm.

R a v i. Võib arvata, et naha- ja närvileepra varased vormid on täielikult ravitavad. Igal juhul alluvad need niivõrd ravile, et haiged vähemalt näilikult tervistuvad. Väljaarenenud leepravormid alluvad väga raskesti ravile. Kuid ka nende puhul võib protsess pikaldase ravi tagajärjel peatuda ja saabub paranemine.

Leepra raviks on soovitatud palju mitmesuguseid ravimeid. Parimateks ja enim levinuiks peetakse tõlmoograõli ja selle derivaate. Neid kasutatakse suu kaudu tilkadena järjest tõusvais annuseis 5—30 tilgani 3 korda päevas. Kuid niisugune kasutamismeetod põhjustab sageli seedetrakti häireid. Seepärast kasutatakse käesoleval ajal preparaate enamasti nahaaluste ja muskuliseste süstetena. Ravi teostatakse üksikute 30—35 süstest koosnevate kuuridena, vaheaegadega 1—1,5 kuud.

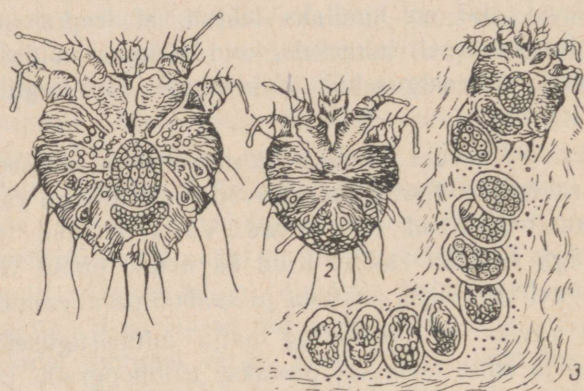
Leepra profülaktika seisneb haigete isolatsioonis spetsiaalsetes asutistes, nn. leprosooriumides. Sundisolatsioonile kuuluvad haiged limaskestast või naha haavandunud kahjustustega. Meil Nõukogude Liidus on leprosooriumid organiseeritud põllumajandusliku ravi- ja töökolooniatena, kus haigeid mitte ainult ei ravita, vaid neile võimaldatakse ka jõukohast tööd.

Muude profülaktiliste leepra vastu võitlemise abinõude hulgas omavad suurt tähtsust haigete varane avastamine ja ravi, kõigi haigete sundregistreerimine ning arvelevõtmine, kõigi kontaktide järelevaatus ja laste varane isolatsioon haigeist vanemaist.

Nõukogude Liidus algas plaanikindel võitlus leepra vastu 1923. aastal, kui Tervishoiu Rahvakomissariaat võttis arvele kõik leeprahaiged, isoleeris need leprosooriumidesse ja nägi eelarves ette summasid leprosooriumide ülalpidamiseks.

### Loomsetest parasiitidest põhjustatud nahahaigused.

**Sügelised** (*scabies*) on väga levinud nahahaigus, mille aremine on tihedalt seotud elanikkonna majandusliku seisundi ja kultuurilise tasemega. Revolutsioonieelsel Venemaal 1913. aastal oli registreeritud mitu miljonit sügelishaiget. Elanikkonna majandusliku heaolu ja kultuurilise taseme enneolematu kasv nõukogude



Joon. 35. Emane ja isane sügelisest (Nikolski järgi): 1 — emalest; 2 — isalest; 3 — sügeliskäik.

võimu aastail, kirjaoskamatusse likvideerimine, mis põhjustas sanitaarsete elutingimuste paranemise ning sanitaaralaste teadmiste tõstmise, ja üldised tervishoiulised abinõud viisid sügelisse haigestumise järsu langemiseni, nii et juba palju aastaid enne Suurt Isamaasõda ei olnud sügelised enam massiliseks haiguseks. Sõja-aastail suurenes arusaadavalt põhjusil haigestumine sügelistesse, eriti ajutiselt okupeeritud rajoonides. Edukalt võideldes sõja sanitaarsete tagajärgedega, saavutas nõukogude tervishoid ka sügelisvastases võitluses suuri edusamme, kuid siiski esineb veel seda haigust ja nõuab seetõttu oskust haiguse ravimiseks ja vältimiseks.

Sügelistõbi on parasitaarne haigus, mis on tingitud sügelisest tungimisest nahka. Erinevatel loomadel põhjustavad sügelist erinevad sügelislestaliigid. Sügelise tekitajaks inimesel on sügelislesta

eriliik, mida nimetatakse inimese sügelislestaks (*sarcoptes scabiei*; *acarus*).

Sügelislest on väike kilpkonnakujuline loomake. Emalest on keskmiselt  $\frac{1}{3}$  mm pikk ja  $\frac{1}{4}$  mm lai; isalest on emalestast veidi väiksem. Sügelistest tingitud nahahäired moodustavad polümorfse sümmeetrilise, vahel fookuselise, vahel laatuunud ägedapõletikulise iseloomuga lööbe. Sügeliste lööbe eelistatud ning tüüpiliseks lokaliseerimiseks on ülemiste ja alumiste jäsemete painutusküljed, eriti painutuskohad, käed, eriti sõrmedevahelised voldid ja sõrmede sise- ja välisküljed, tuharad ja meestel suguorganid. Täiskasvanuil ei esine sügelised kunagi juustega kaetud peaosas, näol, kaelal ega taldadel. Väikestel lastel on sügeliste tekkimine võimalik ka näol ja taldadel.

Sügeliste tüüpiline element on sügeliskäik, mis kujutab endast nahast veidi kõrgemat lainelist või kaarekujulist õhukest halli või määrdund nahal musta joont keskmise pikkusega  $\frac{1}{2}$ —1 cm.

Lähemal vaatlusel, eriti kui seda määrda mingi värvaine lahusega, koosneb sügeliskäik üksikutest mustadest täppidest, mis asetsevad üksteisest võrdsel kaugusel. Käik tekib selle tõttu, et sugutatud emalest puurib läbi epidermise sarvkihi, algul vertikaalses, hiljem horisontaalses suunas paralleelselt naha pinnaga. Sügelis- lest jääb kogu ajaks sarvkihti, jättes vigastamata isegi sõmerkihi ja jättes oma teele mune ja väljaheiteid. Liikudes sarvkihis horisontaalses suunas, puurib emalest teatavate vaheaegadega sarvkihist katet. Nende avauste kaudu tungib õhk käigus olevatesse munadesse ja nende kaudu väljuvad pinnale ka noored lestad. Harilikult on käigu alguses, s. o. lesta sissetungi kohas (käigu peaosas), näha väike hõredaksmuutunud sarvkihi väljumus, mis on sageli musta või määrdund värvust. Teises otsas aga (käigu sabaosa) on epidermise väike kõrgend, väga väikese valkjaskollaka villikese taoline, kus asub emalest. Kui viia terav nõel käigu sabaossa, seda nagu pikendades, siis õnnestub välja võtta emalest, kes on palja silmaga nähtav valkja punktina.

Sügeliste arenemine algab sellega, et terve inimese nahale sat- tunud sugutatud emalest puurib läbi sarvkihi ja kaevab sinna sügeliskäigu. Sügeliskäigu eelistatud lokaliseerimine erineb veidi lööbe lokaliseerimisest: sõrmede küljed, sõrmedevahelised voldid, randme painutusküljed, kaenlaaukude eesmised seinad, meestel suguorganid, naistel nahk rinnanibude ümbruses, rinnalastel tallad, eriti nende siseküljed.

Sügeliskäik on sügeliste kõige tüüpilisem element, mille leidmine tagab õiget diagnoosi. Kuid mitte alati ei õnnestu leida sügeliskäiku, vahest selletõttu, et ta hävib all tekkiva mädavilli tõttu, mille kattel teda nähakse vahel musta kõverdunud joonena. Nii-sugustel juhtudel, kus ei õnnestu leida tüüpilist elementi, sügeliskäiku, pannakse diagnoos lööbe lokaliseerimise järgi. Sügeliste puhul esinevad lööbe-elementid (väikesed ärarebitud tipuga ja kuivanud veriste koorikutega paapulid, villikesed, mädavillid, kratsimisest tekkinud kriimustused, vahel kublad ja eksematoossed elementid, mis annavad lööbele tõelise polümorfse iseloomu) ei ole iseenesest sügelistele tüüpilised. Nad tekivad naha ärrituse tõttu, mida põhjustavad nii ema- kui ka isa- või noored lestad, väljudes naha pinnale sügeliskäikudest.

Sügelised põhjustavad suurt naha sügelemist, mis on tunduvalt suurem öösel. Ei ole veel kindlaks tehtud, kas sügelemise suurenemine oleneb sellest, et haige soojeneb öösel voodis, või mitte soojus, vaid mingid teised tegurid suurendavad öösel sügelisestade elutegevust. Mõned tähelepanekud räägivad sellest, et soojus ei ole sügelemise suurenemise põhjuseks. Nii näiteks sügelishaiged kuumade tsehhide töölised tunnevad päeval vähe sügelemist, kuid, töötades samas tsehhis öises vahetuses, tunnevad nad väga intensiivset sügelemist. Sügelist põdevad lapsed magavad päeval rahulikult kui öösel. Samal ajal on katsed tõendanud, et soojuse mõjul lestad liikumine suureneb. Olgu kuidas on, aga sügelemine, mis suureneb öösel, on sügeliste üks iseloomulikumaid sümptomeid. Tugev sügelemine põhjustab kriimustusi, mille kaudu tungivad sisse mädatekitajad kokid, ja seetõttu on sügelised sageli komplitseeritud mädavillide tekkimisega follikuliitide, impetiigo, ektüümi ja sageli furunkulite näol. Mõnikord komplitseerub sügelistõbi nõgestõvega. Üldmainitud polümorfse sügelislööbe elementidega kaasuvad kublad; teistel juhtudel võib disponeeritud isikuil lööve komplitseeruda ekseemiga. Kui jätta sügelistõbi ravimata, siis võib haigus aegamööda progresseerides kesta väga kaua. Õige menedoluse juures on sügelised kergesti ravitavad: mittekaugelearenenud juhtudel 3—4 päevaga ja isegi 1—1,5 tunniga, kaugelearenenud ja komplitseeritud juhtudel kahe nädalaga, ka vähema ajaga.

Sügelistõbe antakse enamasti edasi otse inimeselt inimesele või rõivaste ja voodipesu kaudu. Nakatumismomendist kuni haigusnähtude ilmnemiseni möödub harilikult 7—10 päeva.

Inimene võib nakatuda sügelistesse ka loomade, näiteks koerte,

kasside, sigade jt. kaudu. Säärastel juhtudel on haigus iseloomustatud käikude puudumisega ja kergema haiguskuluga. Harilikult kaob see vorm kiirelt, iseenesest, ilma ravimata, kui mitte kokku puutuda sügelislestade kandjaga, s. o. sügelishaige loomaga.

**Sügeliste ravi.** Hariliku salvidega sügeliste ravimise eesmärgiks on surmata ja eemaldada sügelislestad, milleks kasutatakse ketendust põhjustavaid meetodeid. Kutsudes esile naha ketendust, me eemaldame sellega sügelislestad, kes, nagu ülalöeldust nähtub, elutsevad ainult sarvkihis. Niisugust ketendust kutsutakse esile mitmesuguste vahenditega, millest kõige proovitumad ja laialdaselt tarvitatumad on tõrv ja väävel. Sagedaimini kasutatakse sügeliste ravimiseks vilkinsoni salvi, mis koosneb väävlist ja tõrvast võrdsetes osades, rohelisest seebist ja searasvast, samuti võrdsetes osades, kuid 2 korda rohkem kui tõrva ja väävli, ja 10% kriidist, mille osakeste ülesandeks on salvi sissehõõrumisel mehaaniliselt hävitada sügeliskäikude katted. Peale vilkinsoni salvi kasutatakse laialt 20—30%-list väävlisalvi. Harvemini kasutatakse sügeliste raviks mitmesuguseid preparaate seebina, seebivahuna, pastana, vesipastana, mis sisaldavad ühel või teisel kujul väävli või tõrva, samuti K-seebi 5%-list vesi-emulsiooni, mis on standardne nõukogude preparaat.

Enne salviga ravi alustamist peseb haige kogu keha vee ja seebiga, parem rohelise seebiga, mille järel ta hõõrub enese üleni sisse salviga, välja arvatud kael ja nägu. Sissehõõrumisi korratakse iga päev üks kord, kusjuures eriti energiliselt hõõrutakse sügeliskäikude eelistatud lokaliseerimise kohti. Hõõrumist korratakse seni, kuni tekib kergekujuline nahapõletik, mis väljendub kerges punetuses ning kipitus- ja pingulolekutundes. See tekib mõnedel haigetel juba 2—3 sissehõõrumise, teistel 3—5 sissehõõrumise järel. 1—2 päeva pärast võtab haige vanni või dušši ja vahetab ihu- ja voodipesu, hiljem aga, kui on olemas märgatav naha ärritus, puuderab nahka mitme päeva vältel talgiga. Kui naha ärritus on väga suur, siis määratakse indiferentseid salve või vesipastasid. Suurt naha ärritust võib harilikult vältida, katkestades õigeaegselt sissehõõrumise. Sekundaarse püodermiaga komplitseeritud sügeliste puhul tuleb kõrvaldada enamarenenud põletikulised nähud ja siis rakendada ketendust põhjustavaid ravimeetodeid. Retsidiivide ärahoidmiseks tuleb haiget hoiatada, et ta keedaks hästi läbi oma ihu- ja voodipesu, mida ta kasutas haiguse ajal. Kui pealisriideid keeta ei saa, siis teostatakse nende desinseptsiooni lihtsa tuulutamisega

kahe nädala vältel, mille jooksul kõik sügelisestad hävivad, sest väljaspool nahka häviv sügelisest juba mõne päeva jooksul.

Laste ravimiseks kasutatakse samu salve, kuid nõrgema kontsentratsiooniga; olenevalt vanusest määratakse 20—50%-list vilkinsoni salvi või 10—20%-list väävlisalvi.

Peale harilike sügeliste ravimise meetodite, mis nõuavad vähemalt 3—5-päevalist ravimist, on olemas veel nn. sügeliste ravi kiirmeetodid. Meil kasutatakse kiirmeetodit, mis on välja töötatud prof. M. Demjanovitši poolt. See meetod, mis on tuntud ka välismaal „sügelisravi vene meetodi” nime all, ei oma endasarnast oma puhtuse, odavuse ja kiiruse poolest. Prof. Demjanovitši meetod põhineb asjaolul, et sügelisestadesse avaldavad surmavat mõju väävel ja väävlianhüdriid, mis vabanevad hüposulfiidist (*natrium hyposulfurosum*) soolhappe toimel. Prof. Demjanovitš soovitas tema poolt väljatöötatud ravimeetodi mitut modifikatsiooni. Käesoleval ajal kasutatakse modifikatsiooni, mille puhul kogu ravi nõuab ainult umbes 1 tund aega. Selleks kasutatakse 60%-list hüposulfiidilahust (lahus nr. 1) ja 6%-list kontsentreeritud soolhappelahust (lahus nr. 2). Ravi teostatakse järgnevalt:

Täiesti lahtiriietunud haige hõõrub kätega kogu nahka, välja arvatud kael ja nägu, lahusega nr. 1 10 minuti vältel. Siis peetakse vahet naha kuivamise otstarbel, mis väljendub hüposulfiidkristallikeste nahale ilmumises valge puudrina. Seejärel kordab haige teiskordselt sama lahuse hõõrumist samuti 10 minuti vältel, tundes nahal esimese sissehõõrumise tagajärjel sadestunud hüposulfiidkristallikeste hõõrdumist. Need kristallikesed soodustavad sügeliskäikude katete hävimist ja tungivad sügeliskäikudesse. Uue vaheaja järel, mille eesmärgiks on naha kuivamine, hõõrub haige nahka lahusega nr. 2 viie minuti vältel 3—4 korda väikeste vaheaegadega kuivamiseks. Niisiis ravikuur nõuab kahekordset sissehõõrumist lahusega nr. 1 ja 3—4-kordset hõõrumist lahusega nr. 2. Kogu protseduur kestab 40 minutit; vaheaegade pikkus on umbes 5 minutit, kuiva õhu käes veel lühem. Niiviisi kestab kogu ravi tund aega. Lahuseid valatakse pudelist peopesale parajal määral, nii et kogu lahus jääks naha pinnale ega valguks põrandale. Protseduuri kiirendamiseks võib lahuse nr. 1 valada taldrikule, niisutades sealt peopesi. Lahust nr. 2 tuleb võtta pudelist vähehaaval ja mitte mingil tingimusel seda valada käte niisutamiseks taldrikusse, sest sel puhul satuks lahusesse hüposulfiidi. See aga põhjustaks keemilist reaktsiooni taldrikul, mitte aga haigel nahal, mis

tunduvalt vähendaks ravi toimet. Viimase sissehõõrumise ja naha kuivamise järel paneb haige selga puhta pesu, jättes ravimi nahale kolmeks päevaks, seda maha pesemata. Kolme päeva pärast haige peseb ennast, vahetab uuesti voodi- ja ihupesu ja käib meditsiinilisel järelevaatusel.

Kõik meie skabiasoorumid (spetsiaalsed raviasutised sügelishaigete ravimiseks) kasutavad peaaegu eranditult prof. Demjanovitši meetodit. Kõigist detailidest rangelt kinnipidamisel annab prof. M. Demjanovitši ravimeetod väga häid tagajärgi. Selle meetodi juures pole vaja haigeid töölt vabastada ravimise ajaks. Samal ajal saavutatakse väga kiiresti nakatavuse kadumine. Viimane asjaolu omab eriti suurt tähtsust siis, kui on vaja kiiresti likvideerida sügeliste puhang ja ära hoida nende massiline levimine.

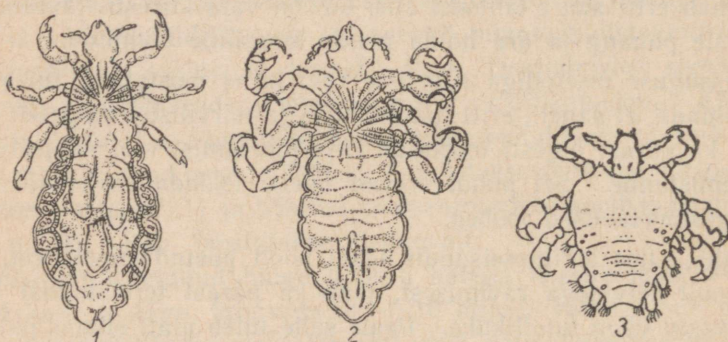
Missuguse meetodiga sügeliste ravi ka ei teostataks, tuleb silmas pidada, et sageli, eriti tundlikkudel ja närvilistel haigetel, võib jääda ka pärast õigesti teostatud ravi lõpetamist veel subjektiivne sügelemistunne. Sel puhul võivad uuesti tekkida erütematoossed ja nõgestõvetaolised lööbed.

Nahk, olles ärritusseisundis ühelt poolt põetud sügelistest, teiselt poolt salvidega ravimisest, jääb ka pärast tervistumist ärrituste vastu väga tundlikuks. Peale selle tuleb alati silmas pidada, et sügelist põdenud haigete hulgas esineb sageli skabiofoobia (sügeliste kartus). Seetõttu peab niisuguste isikute kaebustele sügelemise üle suhtuma suure ettevaatusega, kuni õnnestub objektiivselt kindlaks teha haiguse tõeline retsidiiv.

Sügeliste profülaktika. Sügeliste profülaktika põhilisteks abinõudeks on haigete õigeaegne avastamine ja viivitamatu ravimine. Seepärast sügelishaige ambulatoorsel avastamisel tuleb läbi vaadata kõik haigega kontaktis olnud isikud ja kõiki avastatud haigeid üheaegselt ravida. Kui haige elab ühiselamus, on vajalik läbi vaadata kõik tema toakaaslased. Kui haigestub koolis, lasteaias või lastesõimes käiv laps, on vaja läbi vaadata kõik vastava klassi või grupi lapsed, samuti kogu teenindav personal. Üheaegselt läbivaatusega tuleb tarvitusele võtta sanitaar-hügieenilised abinõud ühiselamuis, lasteasutistes ja perekondades, elamuhügieeni ja isiklike ning ühiskondlike tarbeesemete suhtes. Olulist tähtsust sügelisvastases võitluses omab sanitaarharidustöö: loengud, vestlused, lendlehed, plakatid, mis selgitavad sügeliste profülaktikat ja ravi.

**Täitöbi (*pediculosis*).** Loomsetest parasiitidest, kes satuvad inimese nahale, eriti inimestele, kes ei hoolitse küllaldaselt oma naha puhtuse eest, esinevad kõige sagedamini täid. Inimesel parasiteerub kolme liiki täisid: pea-, riide- ja kubemetäid. Neist igaüks elab teatavas kehapiirkonnas ja kutsub esile omapäraseid muutusi.

Peatäi on enamasti halli värvust mustade äärtega, umbes 2—4 mm pikkune. Ematäi on isatäist veidi suurem. Ta muneb ööpäevas 4—5 muna ja kogu elu vältel umbes 120—150 muna (tingud); viimased on väikesed pikergused hallikasvalged kompaktsed moodustised, mis on ümbritsetud kitiinkattest. Nendest tingudest valmivad 5—6 päeva vältel noored eksemplarid, kes saavad



Joon. 36. Mitmesugused täilligid (Nikolski järgi): 1 — riidetäi; 2 — peatäi; 3 — satikas.

suguküpseks mõne päevaga ja umbes kolme nädala pärast annavad uusi järglasi. Järglaste üldarv ühest ematäist ulatub kahe kuu jooksul kuni kaheksa tuhandeni. Tingud asetsevad kõvasti juustel, olles nende külge kinnitunud raskesti lahustuva kitiinainega. Peatäid elavad juustega kaetud peaosas enamasti kukla ja pealae piirkonnas ja põhjustavad suurt sügelemist. Sageli on nad pindmiste mädanike või ekseemi tekkimise põhjuseks mitte ainult peas, vaid ka kuklal, otsmikul, kõrvadel ja isegi rinnakorvi ülemisel osal.

Täitöve alusel tekkinud ekseemide puhul, mis on sageli väga visad, fäheldatakse harilikult kaela ja kukla lümfinäärmete paisetust. Inimestel hooletusse jäetud täitövega, samuti kunstlikul peanaha määrdumisel salvide, tõrva ja teiste vahenditega tekib mütsitaoline moodustis, mille puhul pea kattub mustade paksude koorikukihtidega ja juuksed muutuvad vormituks kleepuvaks massiks, mida ei saa lahti kammida ja mis tuleb seepärast eemaldada

kääridega. Käesoleval ajal esineb niisugust haiguspilti äärmiselt harva.

Riidetäi on peatäist veidi suurem, kollakashalli värvust; elab enamasti pesus ja riietes, minnes nahale ainult toidu muretsamiseks. Riietesse ja pesusse, eriti õmbluskohtadele, munevad riidetäid rohkesti tinge. Nad võivad aga elada ka kehal, mune-des sageli oma tinge häbemekarvadesse, kaenlaaukudesse ja kuk-lasse, rikkaliku karvakasvuga inimestel ka teistesse kohtadesse.

Tuleb silmas pidada, et riidetäid elavad ka magamisesemetel ja mitmetel teistel asjadel ruumides, kuhu on kogunenud palju täitõbiseid. Ronides nahal ja seda hammustades, põhjustavad riide-täid sügelemist ja sageli kuplade tekkimist. Kratsimise tagajär-jel tekivad joonelised kriimustused, mille määrdumine mädateki-tajate mikroobidega põhjustab sekundaarset püodermiat, mis koos-neb impetiginoosetest mädavillidest, ektüümidest, follikuliitidest ja furunkulitest. Täitõve pikemaajalises kestmisel tekivad mustjad pigmentlaigud, mis koos värvusetute armikestega paranenud süga-vate mädavillide kohal annavad nahale kasimatu ja kirju pildi.

Täitõvest tingitud nahamuutused asetsevad enamasti neis koh-tades, kus riided puutuvad nahaga tihedalt kokku: abaluudel, rist-luudel, nimmepiirkonnas, puusadel jne. Need kohad on täitõve puhul esinevale lööbele tüüpilised ja see eelistatud lokalisatsioon kergendab diagnoosimist kahtlastel juhtudel, kus ei lähe korda avastada täisid endid või nende tinge (parasiite ja nende tinge tuleb enamasti otsida pesu voltidest).

Kubemetäi (satikas) on umbes 1,5 mm suur, laia peaga ja südamekujulise kõhukesega, tuletades värvuselt meelde inimese nahka. Täi elab enamasti häbemepiirkonna karvadel, munandi-kotil, pärasoole ümbruses, suurtel häbememokkadel, kaenlaaukudes, harva ripsmetel ja erandjuhtudel peas. Rikkaliku karvakasvuga inimestel esineb täi rinnal, reitel, säärtel jm. Satikad asetsevad harilikult liikumatult karvade väljumise kohal, hoides karvadest kõvasti kinni. Oma tinge kinnitavad nad nagu peatäidki karvade külge. Need parasiidid põhjustavad harilikult tugevat sügelemist, kuid mõned isikud, suurest satikate hulgast hoolimata, ei tunne mingit sügelemist. Huvitav on märkida, et sügelemisest hooli-mata, eriti häbeme piirkonnas, esineb võrdlemisi harva kriimustusi ja mädanikke. Oma sülje-eritusega põhjustavad satikad mõnikord tüüpilisi hallikassinakaid laike kõhu, rinna ja reite nahal.

Ravi. Juustega kaetud osas laialt arenenud täitõve ravimisel, eriti kui see on komplitseerunud ekseemiga või üksikute impetiginossete elementide tekkimisega, lüheneb ja lihtsustub ravi tunduval määral, kui juuksed lühikeseks lõigata; ent paljud haiged, eriti naised, sellega ei nõustu.

Naha tugeva ärrituse puhul eksematoosse või impetiginosse protsessiga tuleb korralikult määrada peanahka ja juukseid 2%-lise valge elavhõbeda pretsipitaatsalviga või 2—3%-lise salitsüülhappelahusega oliivi- või mõnes teises õlis, katta pea vahapaberiga või mingi tiheda riidega, panna pähe mütsike või side. 12—18 tunni pärast tuleb pead ettevaatlikult pesta kuuma vee ja seebiga. Säärase ravi puhul koorikud harilikult pehmuvad, eemalduvad, põletikulised nähud vähenevad. Pärast juuste kuivatamist tuleb sama protseduuri korrata. Selle tagajärjel väheneb naha ärritus ja pea-aegu kõik parasiidid hävivad. Edaspidi jätkatakse naha sissehõõrumist valge elavhõbeda pretsipitaatsalviga ilma sidet pähe panemata ja pestakse iga 2—3 päeva tagant hoolikalt pead. Säärase ravi puhul kaovad kõik parasiidid harilikult 1—2 nädala vältel ja naha ärritus vaibub; kuid tingud, olles kinnitunud kitiinainega, mis vees ei lahustu, jäävad juustele ja neist võivad kasvada uued parasiidid. Seepärast peab ravi eesmärgiks olema tingude hävitamine, mis saavutatakse kõige paremini niisutades juukseid kuuma äädikaga ja pärast seda juukseid hoolikalt kammides tiheda kammiga. Äädikas lahustab kitiinainet, kergendades sel teel tingude eemaldamist. Aeg-ajalt määratakse pead 5%-lise valge elavhõbeda pretsipitaatsalviga ja pestakse järgmisel päeval kuuma seebiveega.

Kui naha ärritus on algusest peale nõrgalt arenenud, võib asuda ravima tugevamate desinfitseerivate vahenditega: 5%-line valge elavhõbeda pretsipitaatsalv, 5%-line salitsüülhappe lahus õlis. Väheste kriimustuste esinemisel ilma naha ärrituseta võib kasutada parasiitide surmamiseks ja tingudesse energilisema toime avaldamiseks määrimist petrooleumiga, soovitav segatuna võrdse osa taimeõliga. Pärast sissemäärimist tuleb 12 tunniks asetada side vahapaberiga ja siis põhjalikult pesta pead kuuma seebiveega. Ka selle ravi puhul tuleb tingude eemaldamiseks kammida juukseid kuuma äädikasse kastetud tiheda kammiga.

Kui parasiite on vähe ja pole kriimustusi ega naha ärritust, võib pead pesta sublimateädikaga (1 : 300-le). Pead mitte kuivatades, pestakse teda tunni aja pärast kuuma vee ning seebiga ja seejärel kammitakse välja surmatud parasiidid ja tingud, niisuta-

des juukseid äädikaga juba ilma sublumaadita. Kui järgmisel päeval veel leidub tinge, tuleb protseduuri korrata.

Ravides häbemepiirkonna täitõbe, kus harilikult pole kriimustusi ega naha ärritust, hõõrutakse häbeme- ja lahklihapipiirkonda 2—3 õhtut järjest halli elavhõbedasalviga, seda hommikul kuuma seebiveega maha pestes. Nädal hiljem korratakse halli elavhõbedasalvi sissehõõrumist. Enamikul juhtudel viib selle meetodi kasutamine kiirele tervistumisele. Kuid kübemepiirkonnas võib see ravimeetod põhjustada dermatiiti, mis on vahel väga raskesti ravitav. Harvemini põhjustab naha ärritust sama meetodi järgi kasutatud 10% valge elavhõbeda pretsipitaatsalv. Salv kasutamise vaheaegadel määratakse tingude kergemaks eemaldamiseks lahkliha- ja häbemepiirkonnas pesemist äädikaga. Tingude eemaldamiseks ei ole vaja haigusest haaratud piirkonnast karvu eemaldada. Puhtam on pesemine sublumaatäädikaga (1 : 300-le), järgneva seebivanniga; kuid ka see põhjustab sageli ärritust. Seda protseduuri korratakse 2—3 õhtut järjest. Isikutel, kes omavad suurenenud tundlikkust elavhõbeda vastu, võib teostada pesemist sabadilläädikalahusega, sisse hõõruda sabadillsalvi, peruu balsami salvi jne. Leides satikaid häbemepiirkonnas, tuleb kindlaks teha, kas neid ei esine ka teistel kohtadel, näiteks kaenlaaukudes ja rikkaliku karvakasvuga isikuil alumisel jäsemeil, kõhul, ristluudel jne. Pigmentlaigud, mis arenevad satikate hammustuse kohtadel, ei vaja mingit ravi ja kaovad kiiresti iseenesest.

Riidetäitõve puhul ei valmista parasiitide eemaldamine nahapinnalt raskusi, sest parasiidid ja tingud asuvad peaaesjalikult pesu ja riides. Harilikult piisab parasiitide eemaldamiseks 1—2 vannist seebiga ja pesu ning riide vahetamisest. Tugevasti arenenud täitõve puhul, eriti rikkaliku karvakasvuga isikuil, võivad parasiidid kinnitada tinge ka juuste külge; säärastel juhtudel tuleb retsidiivide ärahoidmiseks kasutada samu vahendeid nagu häbemepiirkonna täitõve puhul. Naha kahjustused (kriimustused, mädanikulised lööbed, ekseem) vähenevad iseenesest tunduvalt pärast parasiitide eemaldamist ja alluvad tavalisele ravile. Riidetäitõve täielikuks hävitamiseks on vajalik desinsekteerida mitte ainult pesu ja riided, vaid ka magamisriided jt. asjad (näiteks reisikotid isikuil, kes on pikemat aega viibinud vaguneis, jne.).

Täid on niisuguste haiguste levitajateks nagu tähniline ja taas-  
tuv soetõbi, seepärast on vaja propageerida elanikkonnas täitõve-  
vastaseid abinõusid nakkushaiguste isikliku ja ühiskondliku profü-

laktika otstarbel. On vajalik sageli teostada ruumide desinseksiooni, kuhu koguneb hulgaliselt inimesi (vaksaliruumid jt.), sest nende seas võib esineda ka isikuid, kes põevad täitõbe. Isikuid, kes põevad täitõbe, tuleb suunata sellekohastesse sanitaarsaunadesse, kus lahtirõivastusruumis antakse riided ja pesu ära desinseksiooniks, edasi minnakse pesuruumi kuumale veele ja seebiga pesemiseks ja pärast seda puhtasse ruumi rõivastamiseks, saades siin kätte pesemise ajal desinsekteeritud riided ja pesu. Samal põhimõttel on korraldatud ka erilised rong-saunad.

Isiklik profülaktika seisneb ihu, pesu ja riiete puhtuse hoidmises. Seda saavutatakse pestes sageli keha kuumale veele ja seebiga, vahetades regulaarselt ihu- ja voodipesu, hoides riiete ja eluruumide puhtust. Täitõbe profülaktikaks kasutatakse ka mitmesuguseid keemilisi, enamasti lõhnavaid vahendeid.

### Ekseem (*eczema*).

Ekseem ehk leemendav sammaspool on kõige sagedamini esinevaid nahahaigusi, kujutades endast epidermise ja pärisnaha ülemiste kihtide põletikku. Haigus esineb võrdse sagedusega nii täiskasvanuil kui nooril inimesil ja isegi imikuil.

Ekseemi kliiniline pilt on äärmiselt mitmekesine, iseloomustudes peamiselt difuusse mittejärsult piiratud punetusega, mille taustal on näha mitmesuguseid esmaseid elemente: väikesi sõlmekesi, ülipeeni villikesi, mõnikord mädaville, mis asetsevad korrapäraselt ja omavad kalduvust tekkida lähestikku ning laotuda. Kõrvuti esmaste elementidega leidub ka teiseseid kattude, koorikute ja peente ümarate erosioonide näol, mis eritavad suurel hulgal seroosset vedelikku ja moodustavad kohati suurema või väiksema ulatusega erodeerunud alasid. Ägedalt kulgevate ekseemivormidega kaasneb naha turse. Ekseem ei alga harilikult mingis ühes nahapiirkonnas, vaid ilmub korraga mitmete kolletena, kusjuures lähestikku asetsevad kolded enamasti laotuvad. Selline laotumine toimub mitte niipalju sellepärast, et üksikud kolded suurenevad, vaid rohkemal määral uute löövetekkimise tõttu. Isegi ekseemi ägeda vormi puhul ei levi protsess pidevalt edasi, vaid ühe kolde naabrusel tekib hulgaliselt väikesi koldeid, mis omavahel laotuvad ja põhjustavad laialdaste nahaalade kahjustusi. Järelikult kujutab ekseem endast polümorfset löövet. Lööve on ekseemi puhul ägeda-

põletikuline, koldeline, enamasti sümmeetrilise paigutusviisiga; kahjustus on laatuva iseloomuga ja haiguskollete piirid on korrapäratud ja mittejärsud. Peale selle on ekseemile iseloomulik tekitada subjektiivseid vaevusi, peamiselt naha sügelemist.

Ekseem ei oma eelistatud lokalisatsiooni, kuid esineb siiski kõige sagedamini katmata kehaosadel (nägu, käed), samuti küünarvartel, säärtel. Kui jälgida ekseemi arenemist mingis nahapiirkonnas, siis võib täheldada mitut haigusstaadiumi, kusjuures haigusprotsess võib ühes staadiumis peatuda, mistõttu haiguse kulus alati ei täheldata kõiki staadiume teatavas kindlas järjekorras.

Ekseemi arenemise eri staadiume vaadeldakse kui ekseemi üksikuid vorme ja eristatakse sellele vastavalt järgmisi vorme.

Erütematoosne ekseem (*eczema erythematosum*) — haiguse arenemise esimene staadium, mille puhul esineb ainult põletikuline, difuusne, mittejärsult piiratud punetus. Seejärel ilmub punetavale taustale peeni sõlmekesi — papuloosne ekseem (*eczema papulosum*). Sageli algab ekseem kohe papuloosse staadiumiga, kusjuures peened ebakorrapäraste kontuuridega paapulid on ümbritsetud põletikuliste ääristega, mille laatumine põhjustabki difuusse punetuse. Paapulid muutuvad kiiresti villikesteks või tekivad kohe punetuse taustal, moodustades villilise ekseemi (*eczema vesiculosum*). Villid on ekseemi puhul väga väikesed, vaevaltmärgatavad; neil ei ole tendentsi perifeerselt kasvada, mistõttu neid kutsutakse mikrovesiikulateks. Nii villikesed kui paapulid on punetuse taustal täiesti korrapäratult laiali ja nende vahele ilmub üha uusi elemente. Vanemad villikesed lõhkevad, tekib hulgaliselt peenikesi ümaraid erosioone, mis eritavad rohkesti selget seroosset vedelikku (niinimetatud „eksematoossed kaevud”). Selles staadiumis kõneleme leemendavast ekseemist (*eczema madidans*). Kui erosioonide arv on väga suur, siis nad laatuivad, moodustades laialdasi sarvkihita lihapunaseid alasid, mis eritavad suurel hulgal seroosset vedelikku. Kujuneb järgmine leemendava ekseemi erivorm — erosiivne ehk punane ekseem (*eczema rubrum*). Leemendav staadium on ekseemi arenemise ägedaim periood. Kui leemendus hakkab vähenema ja naha pinnale kogunenud seroosne eksudaat kuivab, moodustades koorikuid, siis kõneleme koorikulisest ekseemist (*eczema crustosum*). Kui sellele lisandub sekundaarselt püodermia ja tekivad kollased impetiginoossed koorikud, siis kõneleme impetiginoossest ekseemist (*eczema impetiginosum*). Kui põletikulised nähud

vaibuvad, koorikud kuivavad ja hakkavad ära langema, ilmub kahjustuse kohale sinaka varjundiga punetus, leemendus kaob, tekivad ketud; nii saabub ketendamisstaadium — ketendav ekseem (*eczema squamosum*). Seejärel nahk järk-järgult kahvatub, ketendus kaob ja nahk omandab normaalse välimuse ja värvuse.

Kõiki neid arenemisstaadiume on ühes ning samas nahapiirkonnas väga raske jälgida, sest nad lähevad kiiresti üksteisesse üle; ühtlasi võib aga ühel ning samal nahaalal näha mitmesuguseid elemente. Ekseem ei tee mitte kõigis tabatud piirkondades läbi üht ning sama arenemisstaadiumi ja seepärast võib haigel näha naha eri kohtades samaaegselt mitut ekseemi eri vormi: erütematoosset, villilist, koorikulist, ketendavat jne. ekseemi. See asjaolu on selgitav sellega, et protsess võib peatuda mistahes arenemisstaadiumis, samuti sellega, et sageli, kui ei ole rohkem eritist ega tugevat naha turset, läheb erütematoosne või papuloosne vorm kohe üle ketendavasse staadiumi. Seepärast, kui kõneldakse näiteks leemendavast või koorikulisest ekseemist, siis ei tähenda see, et kõigil nahaaladel on olemas leemendus või et nad on kaetud koorikutega; sellega tahetakse vaid rõhutada, et leemendus või koorikud on haiguspildis antud momendil ülekaalus.

Ekseemi iseloomustab krooniline kulg, mis võib kesta mõnest kuust paljude aastateni. Sealjuures on ekseemi kulgemisele veel iseloomulik, et ekseem esineb kas rea ägedalt kulgevate ja jäljetult mööduvate hoogudena või üksiku halvasti paraneva koldena, kus üksikud ekseemistaadiumid vältavad palju kauem kui ägeda vormi puhul; nad ei kao täielikult ja lühikeste ajavahemike tagant tekivad uuesti ägedad haiguspuhangud (ekseemi krooniline vorm selle sõna otseses tähenduses). Kroonilise ekseemi puhul, protsessi alatiste ägenemiste ja vaibumiste tõttu, nahk kahjustatud piirkondades infiltreerub ja pakseneb. Kroonilisele, samuti nagu ägedale ekseemile on iseloomulikud mitte üksikud elemendid, vaid kahjustuse kogu pilt, kusjuures difuusne punetus kombineerub polümorfsete elementidega, samuti tekivad pärast paranemisperioode alatised ägenemised. Mõnedel juhtudel iseloomustub krooniline ekseem mitte polümorfismiga, vaid ainult suurema või väiksema naha paksenemisega ja kettude moodustumisega ilma mingisuguste muude elementide või leemendusega. Erinevalt ägedast ekseemist, millele on üsna iseloomulik lööbe sümmeetriline asetus, paigutub krooniline ekseem sageli asümmeetriliselt.

Nagu äge nii ka krooniline ekseem ei jäta pärast paranemist

nahale endiste kahjustuste kohale püsivaid jälgi; ainult mõnikord täheldatakse kiirestimõõduvat pigmentatsiooni.

Subjektiivsetest vaevustest on ekseemile kõige iseloomulikum sügelus. Sügelus on sageli ekseemi eeltunnuseks, mis kaob pärast lööbe ilmumist. Mõnikord püsib sügelus kogu haiguse kulu vältel või tekib alles tema taandarenemisel ja võib lõpuks jääda veel kauaks pärast ekseemi kadumist. Sügeluse intensiivsus on väga mitmesugune. Peale sügeluse kaebavad haiged harilikult põletus- ja naha pinguloleku tunde üle; kui infiltratsioon on tugevasti välja kujunenud, võivad tekkida lõhed, mis põhjustavad valuaistinguid. Ekseemi ägeda vormiga, samuti kroonilise vormi ägedate puhangutega võivad kaasuda vappekülm ja palavik.

Peale ülalmainitud ekseemi eri liikide, mis kujutavad tema arenemise mitmesuguseid staadiume, eristatakse veel teisi vorme, millel on oma iseloomulik kliiniline pilt. Teistest sagedamini esinevad seborroiline ja mikroobne (paratraumaatiline) ekseem.

Seborroiline ekseem (*eczema seborrhoicum*) tekib harilikult juustega kaetud peanahal, levides sealt näole ja kerele. Ekseemi eelistatud lokalisatsiooniks on juustega kaetud peanahk, kõrvaletad, nägu, rinnak, kaenlaaugud, häbeme- ja nabapiirkond.

Tüüpilistel juhtudel koosneb kahjustus erütematoossetest ovaalsetest või ümarikkudest küünesuurustest ja suurematest tähnidest, millel on täheldatav rohke plaatjas ketendus; kollakad rasvased ketud on õige tugevasti kinni.

Vahel algab protsess ümarike paapulitena, mis on kaetud samasuguste kettudega. Lööbe elementidel on kalduvus perifeerselt laieneda ja laatuda, moodustades girlanditaolisi figuure või omandades kroonlehtede kuju. Tüüpilistel juhtudel puudub seborrooilisel ekseemil kogu kulu vältel leemendus ja ta on kaua aega iseloomustatud ainult järsult piiratud punetusega koos tüüpilise ketendusega.

Leemendust täheldatakse seborroilise ekseemi üksikutel juhtudel, kui ta lokaliseerub kõrvaletade taha, munandikoti või liigeste painutuskülgedele piirkonda. Protsessi kulg võib jääda aastaid piiratuks mingil väikesel nahaalal, näiteks rinnaku piirkonnas. Teistel juhtudel haarab haigus kiiresti laiad nahaalad. Seborroilise ekseemi puhul subjektiivsed kaebused harilikult puuduvad; isegi ekseemile nii iseloomulik tunnus nagu sügelus selle vormi juures kas üldse ei esine või avaldub äärmiselt kergekujuliselt.

Mikroobne (paratraumaatiline ehk haavamaanune) ekseem (*eczema microbicum*) tekib epidermist läbis-

tavate mikroobide toimel selleks erilise eelsoodumusega inimestel. Mikroobset ekseemi täheldatakse kõige sagedamini kirurgilistes haiglates, sest selle arenemine võib toimuda sidemete all laske- või muud liiki haavade ümber. Ekseemi arenemist soodustavad sagedad määrimised nahka ärritavate antiseptiliste ainetega, naha matsereerumine mähiste all, paikne vereringehäire ja naha saastumine haavadest või uuristest erituva mädaga.

Mikroobset ekseemi iseloomustavad järsult piirdunud kahjustuskolded, mille festoneeritud kontuurid laiuvad ümbrusse, olles sageli kaetud suurte mädaste impetiginoosete koorikukihtidega.

Ekseemi loetakse allergiliste haigestumiste rühma, s. o. selliste haiguste hulka, mis tekivad ainult selleks erilise eelsoodumusega isikuil. Need haigestumised arenevad eelsoodunud isikuil mitmesuguste ärrituste toimel, mis kaugelt suuremal enamikul inimestel ei kutsu esile mingisuguseid haiguslikke nähte.

Ekseemi tekkimise põhjusi on väga palju ja nad on väga mitmesugused. Nad võivad olla nii seesmise kui välise päritoluga. Väliste põhjuste hulka kuuluvad füüsilised, keemilised ja mehaanilised nahasse toimivad tegurid, nagu päikese kiirte, keemiliste reaktiivide ja värvide toime, rõivaste, bandaažide, proteeside hõõrumine. Siia kuulub ka mitmesuguste nahka tunginud bakterite ja seente elutegevuse produktide toime jne.

Seesmist põhjuste hulka kuuluvad kõige mitmekesisemad muutused siseelundites, närvisüsteemis, sisesekretoorseis näärmeis jm. Nii näiteks podagra, suhkurtõbi, neerupõletik, mao- ja sooltehaigused, närvisüsteemi funktsionaalsed häired, klimakteeriline periood, sisemise seksuaalsfääri haigused ja muud muutused organismis osutuvad põhjusteks, mis eelsoodustavad ekseemi teket. Kuid need põhjused ei kutsu ekseemi esile kõikidel, vaid ainult isikutel, kelle nahal on ekseemiks eriline valmidus. See valmidus (ehk eelsoodumus) ekseemiks on sagedamini omandatud kui kaasasündinud ja see väljendub naha omaduses vastata kõige mitmekesisematele seesmistele ja välistele ärritustele ekseemi tekkega. Ekseemile kalduvate isikute nahk omab ka kõrgenenud tundlikkust ärrituste vastu; seepärast võivad välised ärritused, mis suuremal osal inimestest ei tekita mingisuguseid muutusi, tingida neil ekseemi teket.

Esineb arvamus, et ekseem on haigus, mis tekib ainult naha ärritamisel väljastpoolt. Teised vastupidiselt on arvamusel, et ekseem on seoses organismi üldiste muutustega. Varem esines ka ekseemi parasitaarse päritolu teooria. Kuid see teooria kummutati

tõsiasjaga, et kunagi ei ole täheldatud nakatumist ekseemi isegi väga tiheda kooselu puhul, näiteks mehe ja naise vahel, samuti sellega, et lõhkemata eksematoossete villikeste sisu on osutunud steriilseks.

Tänapäeval asutakse seisukohal, et ekseem on üldiste organismi muutustega seoses olev haigus, kusjuures välised ärritajad on vaid tõukeks haiguse puhkemisele selleks eelsoodunud isikuil.

Ravi. Kooskõlas ülalöelduga ekseemi tekke kohta on vajalik koos paikse raviga teostada ka haiguse üldist ravimist, et kõrvaldada kõigepealt kõik häired siseorganite ja närvisüsteemi poolt. Juhtudel, kui ei õnnestu kindlaks teha kindlaid funktsioonihäireid mingi organi või süsteemi poolt, võetakse tarvitusele üldtugevdavad vahendid — arseen, närvisüsteemi rahustavad bromiidid —, samuti naha kõrgenenud tundlikkust vähendavad ained. Selliste vahenditena kasutatakse omaveresüstimisi, 10%-lise kaltsiumklooriidilahuse veenisiseseid süstimisi, 10—30%-list hüposulfiidilahust, 10%-list naatriumbromiidilahust füsioloogilises lahuses jt.

Paikne ravi on sümptomaatiline ja seisneb kahjustatud nahapiirkondade aseptilistena hoidmises ning kaitsmises väliste ärritajate eest. Suurt tähtsust omab ekseemist tabatud naha eest õigesti hoolitsemine. Et haige nahk talub halvasti vett ja aluselisi seepe, siis kasutatakse naha puhastamiseks vati- või marlitupsuteid, mida immutatakse mingi indiferentse vedela rasvainega, näiteks provanks- või riitsinusõliga, millega iga päev ettevaatlikult hõõrutakse kahjustatud nahapiirkondi. Suure hulga koorikute esinemise puhul pehmentatakse neid eelnevalt soojendavate õlikompressidega, kusjuures õlile lisatakse 1—2%-list salitsüülhapet; kompress võetakse ära 12—16 tunni pärast, mille järel koorikud ettevaatlikult eemaldatakse.

Mitte vähemat tähtsust omab ekseemi paikses ravis ravimite õige kasutamine. Väga ägedalt kulgeva tugeva turse ja leemendusega ekseemi puhul kasutatakse esimestel päevadel külmi 2%-lise boorhappega, resortsiiniga, buurovi vedelikuga või muude vedelikudena niisutatud mähiseid. Kui turse- ja leemendusnähud vaibuvad, naha punetus ja pingeline aga on alles tugevakujulised, siis määratakse jahutavaid puistepulbreid või mikstuure. Seejärel, kui leemendus lakkab ja põletikunähud omandavad alaägeda ilme, määratakse algul pastasid, siis salve, lisades neile mitmesuguseid põletikuvastaseid aineid, nagu ihtüooli, naftalaani jt.

Ekseemi krooniliste vormide puhul, kui on välja kujunenud tunduv naha paksenemine, võib infiltraadi imendumise kiirendamiseks kasutada 5—10%-list tõrvasalvi, 3—5%-list salitsüülsalvi või lahjendatud vilkinsoni salvi jt.

Ekseemi paiksel ravimisel tuleb rangelt kinni pidada põhimõttest, et kasutatavate välispidiste vahendite kontsentratsiooni tõstmine toimub ettevaatlikult ja järk-järgult.

Peale medikamentoosse ravi kasutatakse eksematoosete kollete paikseks mõjustamiseks röntgenikiiri, Bucky' kiiri ja füsioterapeutilisi meetodeid.

### Nõgestõbi (*urticaria*).

See haigus tekib ainult mõnedel selleks erilise eelsoodumusega isikuil, kelle naha veresooned on eriti tundlikud kõige mitmekesisemate ärritajate suhtes. Nõgestõbe iseloomustab lööbe ilmumine, mille esmaseks elemendiks on kublad. Tüüpilistel juhtudel esineb monomorfne lööve. Pseudopolümorfism ei ole harilikult selgesti väljendunud. See seletub asjaoluga, et kuigi kublad ei lööbi üheaegselt, on neile üsna iseloomulik väga kiire arenemine, mõne minuti jooksul; püsid  $1\frac{1}{2}$ —2 tundi või veidi kauemini, nad kaovad jätmata järele mingeid jälgi. Nendele kupladele ei teki iseseisvalt mingisuguseid teiseseid elemente. Vaatamata tugevale kihelusele, mis on tavaliselt omane nõgestõvele, esineb kupladel harva kriimustusi. Elementide asetus on üldiselt korrapäratu, löövete arv on mitmesugune — üksikutest väga paljude kupladeni.

Eelistatud nagu ka eitavat lokalisatsiooni lööbel ei ole.

Lööve võib esineda ka limaskestadel, näiteks neelus, kõris. Viimasel juhul võib kõripealise ägeda turse tõttu tekkida järsku hingamistakistus. Mõnikord kaasneb nõgestõve lööbega kiirestimõduv kõhulahtisus või lühiajaline rohke vesise röga kõha, mis on nähtavasti tingitud lööbe tekkimisest ka seede- ja hingamis-elundite limaskestadel.

Subjektiiivsetest vaevustest täheldatakse vahel põletustunnet, sipelgate jooksu, kerget vappekülma (normaalse temperatuuri juures) ja peaaegu alati ägedat sügelemist.

Nõgestõve esmane element — kubel — kujutab endast enam või vähem piirdunud, nahapinnast 1—2 mm kõrgemale ulatuvat moodustist, mis on võrdlemisi tiheda konsistentsiga, lameda või kumera kujuga. Kubla tekkimisel ilmub algul veresoonte laiene-

mise tõttu punakas laik, mille järel tekib naha sidekoelises osas, peamiselt näsakihis, turse. Mõnedel juhtudel on turse nõrgalt välja kujunenud ja siis ei tõuse kubel üle naha pinna, vaid moodustab erütematoosse laigu. Koheva rakustikuga kohtades, näiteks laugudel või eesnahal, ei teki harilikult kupli, vaid tekib kiiresti mööduv difuusne paistetus. Kuplade piirjooned on kord ümmargused, kord ebakorrapärased, mõnikord rõngakujulised; viimaste laatumisel võivad kujuneda siksakilised figuurid. Kublad on üleni roosakaspunased või keskelt veidi kahvatumad. Tugevama turse puhul võib kubel veresoonte kokkusurumise tõttu omandada valge, portselani meenutava värvuse, mille perifeerias on kitsas roosa ääris. Elementide suurus on ühel ja samal haigel erineva läbimõõduga: 0,5—2 cm ja rohkem. Mõnedel juhtudel on nõgestõve kublad peopesasuured ja veel suuremaki. Sellist nõgestõbe kutsutakse gigantseks. Harvadel juhtudel tekib kubla keskosas verevalum, millest jääb mõneks ajaks järele pigmentatsioon (hemorraagiline nõgestõbi). Veel harvemini toimub epidermises eksudaadi eraldumine, mistõttu kubla kohal tekib vill (villiline nõgestõbi).

Nõgestõbi on sageli allergiline haigus, tekkides isikutel, kellel on kõrgeenenud ärrituvusega vasomotoorid. Selleks on eriti eelsoodustatud neurasteenikud, hüsteerikud, närvisüsteemi orgaaniliste haigustega isikud; seda täheldatakse sageli seesmiste sugu-elundite haigestumise puhul, eriti naistel.

Välise nõgestõbe põhjustavate tegurite hulka kuuluvad: nõgeskõrvetus, mitmesuguste putukate (säaskede, kirpude, täide, luti-kate) hammustused, kusjuures kublad tekivad mitte ainult hammustuse kohal, vaid ka teistes nahapiirkondades. Ühtedel inimestel kutsuvad nõgestõbe esile teatavad taimed, näiteks tarnad, teistel lööbib nõgestõbi külma toimel.

Organismisiselt toimivate põhjuste hulka kuuluvad mitmesugused toiduained ja ravimid, näiteks selliste produktide toiduks tarvitamine, nagu seemned, teravamaitseelised juustusordid, vähid, mõningad marjad, näiteks maasikad, vabarnad jt., teatavate ravimite sissevõtmine, nagu kiniin, ipekakuanha jt., samuti igasuguste seerumite süstimine ravi otstarbel. Seejuures on iseloomulik, et nõgestõve lööve tekib vastava eelsoodumusega isikuil väga kiiresti pärast ühe või teise toidu või ravimi sissevõtmist. Nõgestõbi tekib sageli intoksikatsiooni tagajärjel produktidega, mis kuhjuvad seedetrakti kõhukinnisuse või -lahtisuse puhul.

Nõgestõve kulg on kas äge või krooniline. Ägeda vormi puhul

ilmub lööve kiiresti, püsib mõned tunnid või päevad, mõnikord kuni kaks nädalat, ja kaob jäljetult. Kroonilise vormi puhul võib lööve alati retsidiveeruda ja püsida aastaid.

R a v i. Ägeda nõgestõve puhul tuleb kõigepealt puhastada soolestik; selleks on kõige parem anda lahtistavaid sooli, mis tõmbavad endasse suurel hulgal vedelikku. Järgmisel päeval on soovitatav määrata näljadieet: teed kuivikutega, õunu. Kroonilise nõgestõve korral tuleb selgitada ja kõrvaldada haiguse põhjus: mitmesugused ainevahetushäired, sisesekretoorse näärmete, kõigepealt sugunäärmete talitlushäired, eriti naistel, närvisüsteemi orgaanilised haigused jt. Kui kindlaid muutusi ega tunnuseid ei leidu, määratakse broompreparaate, kaltsiumkloriidisüsteid veenisisesi, adrenaliinisüsteid nahaalusi, samuti sügelemist vaigistavaid vahendeid: külma veega pesemine või naha hõõrumine 2%-lise mentoolpiiritusega, 1—2%-lise karbolhappelahusega jt.

### Stroofulus ehk laste nõgestõbi (*strophulus infantum*).

See kroonilise nõgestõve eriliik esineb varases lapseas ja tekib harilikult esimese eluaasta lõpul nõgestõve hoogudena, millel ei ole tüüpilist lokalisatsiooni. Tavaliste nõgestõvekuplade vahel esineb tihkemaid, kuid väiksemaid kupli, mille tipul on väikesed selge või häguse vedelikuga täidetud villikesed, mis ei kao nii kiiresti, vaid püsivad 4—10 päeva. Lööbe ilmutamisega kaasneb tugev sügelemine, mis ägeneb eriti õhtul ja öösel ning häirib laste normaalset und. Haigus esineb mõlemal sugupoolel ühesuguse sagedusega. Lapse üldine tervislik seisund kannatab stroofuluse ehk, nagu teda nimetatakse, diateesi puhul võrdlemisi vähe.

Haigushood kestavad 3—4 nädalast 2—3 kuuni; lapse esimese 2—3 eluaasta vältel korduvad nad pärast mitmesuguse vältusega vaibumisperioode või isegi pärast lööbe täielikku kadumist. Sageli komplitseerub lööve sügamiskriimustuste tõttu sekundaarse püodermiaga. Kolmandal eluaastal lööbimine harilikult lakkab; mõnikord aga jätkuvad lööbimishood, lööve püsib jäsemete sirutuskülgedel, kusjuures kuplade asemel tekivad sõlmekesed, mis on tüüpilised sellele haigusele, milleks haigus sel puhul üle läheb ja mida nimetatakse sügatõveks.

Laste nõgestõve tekkes etendavad tähtsat osa toitumishäired, organismi talumatus mõnede toiduainete, näiteks munade, piima, rasvade, teatavate lihasortide jm. suhtes. Haiguspuhangud lange-

vad tihtipeale ühte soolestikuhäiretega, eriti kõhukinnisustega. Ainult rinnapiimaga toitmisel esineb haigus harva.

R a v i tuleb suunata kõigepealt toitumise reguleerimisele. Kasulik on rakendada keedusoola- ja süsivesikutevaest toidurežiimi. Keelatakse konservid ja maiustused, eriti šokolaad; nende asemele määratakse taimtoitu: juur- ja puuvilju. Paikne ravi — kliidest vannid, sügelemist vaigistavad puistepulbrid ja mikstuurid.

### Süगतōbi (*prurigo*).

Süगतōbi on krooniline haigus, mis algab varases lapseas kroonilise nõgestōve hoogudena; teise eluaasta lõpul või kolmanda algul hakkab haigus omandama mõningaid iseärasusi, mis on oma sed süगतōvele. Tavaliselt juba kolmanda eluaasta lõpul või neljandal eluaastal omandab lõõve süगतōvele iseloomuliku ilme: mittekomplitseeritud juhtudel areneb sümmeetriliselt asetsev monomorfne papuloosne lõõve, mis kohati laatub.

Süगतōve kulg on krooniline.

Eelistatud lokalisatsiooniks on ülemiste ja alumiste jäsemete sirutusküljed, kuid ta esineb ka õlavarte painutuskülgedel ja kerel, kus ta aga nõrgemini välja kujuneb.

Eitavaks lokalisatsiooniks on juustega kaetud peanahk, peopesad ja jalatallad. Süगतōbi, mis ei ole komplitseeritud ekseemi või püodermiaga, ei esine kunagi reite painutus- ega sisekülgedel.

Haiguspildi peamiseks elemendiks on nahapinnalt vaevalt kõrgemale ulatuv koonusekujuline väike paapul, mille mõõtmed kõiguvad nõõpnõelapeast kuni läätsetera suuruseni ja mis on roosa, kollakas või tavalist ihuvärvust; paapulite tipud on kaetud väikese verise koorikuga. Arenemise algstaadiumis on paapuleid kergem ära tunda kompimise kui nägemise teel. Kui peopesaga libistada üle jäsemete sirutuskülgede, kus leidub eriti palju süगतōve sõlmekesi, siis tekib mulje, nagu puudutataks raudriivi. Sõlmekesed muutuvad märgatavaks, kui sügamisel katkevad paapulite tipud ja tekivad verised koorikud.

Kahjustatud naha välimus süगतōve väljaarenenud vormi puhul on kroonilise kulu ja alatiste ägenemiste tagajärjel üsna kirju: nahk on kuiv, kohati paksenenud, kaetud armikeste ja pigmentatsioonidega; nahal tekivad värsked pustulid. Tavaliselt suurenevad süगतōvehaigetel tugevasti lümfisõlmed, eriti kubemepiirkonnas.

Protsessi kulg sügatõve puhul võib olla kerge või raske. Sügatõve kerge vormi puhul lakkab haigus sageli 7.—10. eluaastal. Raskema kulu korral kaob sügatõbi alles suguvalmuse saabudes, omandab aga mõnikord erakordselt kroonilise kulu ja võib püsida kogu eluaja. Kerge kuluga sügatõve puhul ei ole lööve laialdase levikuga, lööbed ei järgne üksteisele vahetpidamata, esinevad pikema või lühema kestusega vaheajad, millal lööbeid ei esine ja haiged ei kannata sügelemist. Naha paksenemine ja kuivus ei ole nii tugevasti välja kujunenud kui raske haiguskulu puhul. Sügatõve raske vormi puhul järgnevad lööbimised üksteisele kiiresti, vaevav sügelemine teeb haiged väga rahutuks.

Süगतõvehaigete nahk on sensibiliseeritud, s. t. tal on kõrgenenud tundlikkus kõige mitmekesisemate ärritajate suhtes. Süगतõppe haigestuvad harilikult nõrgad, haiglased, füüsiliselt alaarenenud, sageli kehveresuse tunnustega lapsed; neil täheldatakse tihti peale mitmesuguseid hammaste või kõrvalestade düstroofiaid, näo asümmeetriat jne. Selliste laste vaimne areng pole iga kord madalam, vaid vastupidi, paljud neist paistavad koolieas silma enneaegse arenemise ja suurte võimete poolest. Süगतõbi esineb ka muidu täiesti tervetel lastel.

Süगतõve arenemises omab suurt tähtsust elukondlik hügieen selle sõna kõige laiemas mõttes: halvad elamutingimused (niiskus, valguse puudus) ja puudulik toitumus. Abinõud elamutingimuste parandamise alal ja NSV Liidu elanikkonna laiade masside heaolu kiire kasv koos abinõudega ühiskondliku toitlustamise ja laste tervise kaitse organiseerimise alal on viinud haigestumise süगतõppe tunduvalt madalamale.

R a v i. Et süगतõbi on haigus, mis on seoses kogu organismis toimuvate muutustega, siis on vajalik nii üldine kui paikne ravi.

Üldise ravi eesmärgiks on kõrvaldada olemasolevad soolestikuhäired või kehveresus. Määratakse arseni, kalamaksaõli. Kasutatakse broompreparaatide ja kaltsiumkloriidi veenisisesid süsteid, autohemoteraapiat, vitamiine jm. Paikset ravi teostatakse mittekomplitseeritud süगतõve juhtudel, kasutades sügelemist vaigistavaid vahendeid. Komplitseeritud vormi puhul, kui on olemas mäda-villid, tuleb algul need komplikatsioonid kõrvaldada ja seejärel kasutada sügelemist vaigistavaid vahendeid. Hästi toimivad igapäevased kuumad või jahedad vannid, olenevalt haige organismi reaktsioonist, samuti hõõrumised 0,5—1%-lise karbolhappelahusega või piiritusega, millele lisatakse salitsüülhapet või tümooli.

Väga häid tulemusi annab süstemaatiline tõrvavannide tegemine. Kogu haige keha määratakse provanksõliga, mis sisaldab 10% tõkatit; haige istub mõned minutid õhu käes, viibib seejärel 10—15 minutit vannis, mille järel loputatakse keha veega ja määratakse nahka 5—10%-lise tõrva-, ihtüooli- või väävlipastaga. Tugeva sügelemise puhul tehakse vanne iga päev, nõrgema puhul harvemini. Isegi sügelemise puudumisel tuleb teha tõrvavanne kaks korda nädalas. Tõrvalahuse kangust tõstetakse vähehaaval 10%-st 50%-ni. Kõige kangemaid tõrvalahuseid võib kasutada siis, kui ei ole enam koorikuid, vaid püsib ainult sügelemine. Tõrvavannide kasutamisel tuleb jälgida uriini, sest suuremal tõrva imendumisel võib tekkida neerude ärritus. Kuurortravi väävlivannidega ja kliimaraavi avaldavad samuti väga head toimet.

Elutingimuste muutmine avaldab haiguse kulusse tihtipeale soodsat toimet. Näiteks mõnikord kaovad sügelemine ja lööve kliinikusse saabunud lastel ilma igasuguse ravita, kuid kodustes tingimustes võivad nad jälle tekkida.

### Dermatiidid ja ravimilööbed.

Mitmesugused välised ärritajad (soojus, valgus, kemikaalid jt.) kutsuvad mõnikord nahal esile kahjustusi, mis meenutavad väga ekseemi pilti. Selliseid kahjustusi nimetatakse üldise nimega dermatiitideks. Välise ärritaja kõrvaldamisel nad mööduvad harilikult kas iseenesest või indiferentse ravi toimet.

Mõningad ravimid, nagu elavhõbe, jood, väävel, salvarsaan, kiniin, antipüriin, sulfamiidpreparaadid jt., tarvitatud sees- või välispidiselt, kutsuvad mõnikord samuti esile dermatiiti isikutel, kellel on nende ainete suhtes kõrgeenenud tundlikkus. Säärastel juhtudel ühe või teise aine, näiteks elavhõbeda, välispidisel kasutamisel võib kahjustus tekkida mitte ainult selles nahapiirkonnas, mis allus elavhõbeda toimele, vaid ravimi imendumise tõttu läbi naha ja sattumisel üldisesse vereringesse ka teistes kohtades, mis on kaugemal elavhõbeda manustamise kohast. Ravimite viimisel organismi suu kaudu või nende süstimisel nahaalusi, lihastesisesi või veenisesesi võivad laialdased dermatiidid ilmuda mitmesugustes nahapiirkondades. Teistel juhtudel areneb tundlikul haigel igakordsel ravimi tarvitamisel dermatiit ühel ning samal piiratud nahaalal. Selliseid dermatiite nimetatakse fikseeritud dermatiitideks.

Nende ravimidermatiitidega ehk ravimilöövetega, samuti nagu vahetult nahasse toimivatest mõjuritest tekitatud dermatiitidega ei kaasne protsessi alatised ägenemised ja vaibumised, nagu see on omane ekseemile. Nende puhul põletikuline protsess, olles saavutanud teatava taseme, möödub ruttu, jätmata harilikult mingisuguseid jälgi, niipea kui seda esilekutsuv põhjus (ravimid või välised ärritused) on eemaldatud. Selle tunnuse tõttu ei ole raske eristada dermatiiti ägedast ekseemist.

Palju keerukam on eristada ekseemi kroonilisest artifitsiaalsest dermatiidist. Viimane kujutab endast kutsealast haigestumist ja esineb isikutel, kellel töö juures tuleb alatiselt kokku puutuda ärritavate keemiliste ainetega, nagu väävelhape, leelised, arseen jt. Taolised dermatiidid lööbivad harilikult teatud kohtades, enamasti jäsemetel; töötingimused ei lase protsessil kustuda ja see kord ägeneb, kord vaibub, olenevalt suuremast või vähemast kokkupuutest ärritava ainega. Seepärast on väga raske artifitsiaalset kroonilist dermatiiti eristada kulu ja kliinilise pildi järgi kroonilisest ekseemist. Kuid sellised kutsealased dermatiidid alluvad kiiresti ravile kahjustava töö lõpetamisel; ravi ei anna aga tulemusi kroonilise ekseemi puhul. Peab aga meeles pidama, et artifitsiaalsed dermatiidid, samuti nagu ravimilööbedki, võivad ekseemiks eelsoodumusega isikuil kulgeda viimase taoliselt, seda esile kutsuda ja sageli põhjustada ekseemi kroonilise vormi tekkimist.

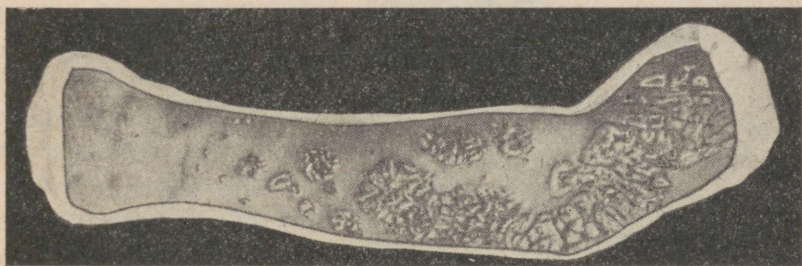
Artifitsiaalsete dermatiitide ja ravimilöövete ravi nõuab kõigepealt välise ärritava aine kõrvaldamist või ravimi kasutamise ärajätmist. Sellest harilikult piisab, et dermatiit mööduks kiiresti iseenesest. Tervistumise kiirendamiseks tuleb organismist eemaldada löövet tekitanud ravim, määrates selleks lahtisteid, diureetikume, sooje vanne jne. Paikne ravi toimub samuti nagu ekseemi puhulgi.

### Soomus-sammaspool ehk psoriaas (*psoriasis*).

Psoriaas on krooniline mittenakkav nahahaigus, mis iseloomustub omapäraste pindmiste sõlmekeste lööbimisega. Psoriaas on võrdlemisi sageli esinev haigus, moodustades 3—5% kõigist nahahaigustest. Psoriaas algab kõige sagedamini noorukieas, lastel ja raukadel esinedes harva. Vanemas eas psoriaasi kulg nõrgeneb ja sageli möödub hoopis. Psoriaas kujutab endast enamikul juhtudel mitteägedaiseloomulist löövet, mis asetseb tavaliselt sümmeetriliselt, on monomorfne, papuloosne, kalduvusega elementide laatu-

misele ja vahel ka grupeerumisele. Harvadel juhtudel asetseb lööve süsteempäraselt piki närvide kulgu.

Lööbe eelistatud lokalisatsiooniks on jäsemete sirutusküljed, eriti küünarnukid ja põlved; sageli esineb lööve juustega kaetud peanahal ja ristluupiirkonnas. Eitavat lokalisatsiooni psoriaasil ei ole. Lööbe tüüpiliseks põhielemendiks on ümariku kujuga lentikulaarne paapul, ilma ümbruse põletikulise punetuseta, kaetud kogu pinnal hõbedaste plaaditaoliste kettudega, mille mahakaapimisel tekib mulje, nagu oleks nahale tilgutatud steariini (steariinlaigufenomen). Kaapimisel tulevad ketud kergesti üksikute plaadikes-tena maha, nii et neid võib eemaldada, ja siis jääb arenenud paapuli kohale naha pinnaga ühel kõrgusel asetsev lihakarva niiske



Joon. 37. Psoriaas.

läikiv pind, niinimetatud psoriaatiline membraan. Kui seda membraani kergelt kaapida, siis erituvad väikesed mittelaatuvad vere-tilgad — niinimetatud täppverevalumi-fenomen.

Need kolm tunnust — steariinlaigu-, psoriaatilise membraani ja täppverevalumi-fenomen on psoriaatilist paapulit hästi iseloomustavad iseärasused.

Psoriaatilise paapuli arenemine toimub järgmiselt. Algul ilmub punakas laik, millega esialgu ei kaasne alati ketendus. Varsti tekivad laigu kohale mõningad ketud ja kiiresti kujuneb pindmine epidermaalne paapul, ümbritsetud roosa äärisega, mis on järsult piiritletud ja püsib paapuli täieliku väljaarenemiseni. Taandarene-misel, kui ketud ära langevad, jääb paapuli kohale algul roosakas, hiljem pruun laik. Sageli jääb psoriaatilise paapuli kohale ka depigmentatsioon.

Psoriaatilistel paapulitel on kaldumus rohkesti perifeerselt kas-

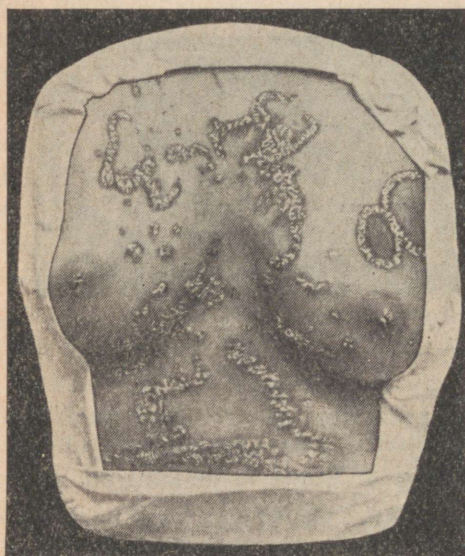
vada ja laatuda. Ülekaalus olevate paapulite suuruse ja asetuse järgi eristatakse:

1) punktitaolist psoriaasi (*psoriasis punctata*), kui enamik elemente on kanepiterasuurused;

2) tilgataolist psoriaasi (*psoriasis guttata*), kui elemendid on kuni läätseterasuured;

3) münditaolist psoriaasi (*psoriasis nummularis*), kui paapulid on arenenud kuni 10-kopikalise mündi suuruseni;

4) kettakujulist psoriaasi (*psoriasis discoides*), kui paapulid on veel suuremad (peopesasuurused ja veel suuremad).



Joon. 38. Rõnga- ja girlandikujuline psoriaas.

Kui paapulid keskosas taandarenevad ja omandavad rõnga kuju, siis kõnelemegi rõngakujulisest psoriaasist (*psoriasis annularis*). Need rõngakujulised elemendid, mis on moodustunud samuti mitmete ümbruses olevate paapulite laatumisest, võivad omakorda laatuda, moodustades figuure, mis meenutavad girlandidest mustreid — girlandikujuline psoriaas (*psoriasis gyrata*).

Kui elemendid laatudes katavad suurt kehapiinda, kujuneb difuusne psoriaas (*psoriasis diffusa*). Mõnikord iseenesest

või ägedas perioodis liiga tugevasti nahka ärritavate vahendite kasutamisel annab psoriaas ketendava dermatiidi ehk niinimetatud psoriaatilise erütrodermia (*erythrodermia psoriatica*) pildi: tekib difuusne punetus, mis levib üle kogu naha pinna; nahk ise on seejuures nagu pinguli tõmmatud, valulik, väheliikuv, nahalt eralduvad suured kollakad õhukeste plaatide taolised ketud; sageli täheldatakse sealjuures kergemat või tugeva-

mat sügelemist, palavikuseisundit, tihtipeale lisandub psoriaatiline liigeste kahjustus, mis võib mõnikord lõppeda nende täieliku jäikusega.

Psoriaas tabab võrdlemisi sageli ka küüsi: küüneplaadid paksenevad, muutuvad kohevaks, murduvaks, kaotavad normaalse läike ja läbipaistvuse; neil võib täheldada piki- ja ristivagusid. Teistel juhtudel moodustuvad küüntel täpjad lohukesed, mistõttu küüneplaat meenutab sõrmkübara pinda.

Psoriaas on krooniline haigus, mis kulgeb retsidiividega; viimased võivad korduda kas sageli või 3—5—10—15 aasta tagant. Löövete arv ja nende iseloom on retsidiivide puhul mitmesugune. Enamikul juhtudel ei kao lööve retsidiividevahelisel perioodil täiesti, vaid jäävad vähesed elemendid, peamiselt küünarnukkidele ja põlvedele, kus nad sageli laatuivad suurteks, üle nahapinna ulatuvateks ketasteks, mis on kaetud paksudest kettudest kihiga. Need kolded alluvad teistest aeglasemalt ravile.

Löövete ägedus on mitmesugune: kord ilmub kiiresti palju elemente, kord arenevad aeglaselt mõningad naastud. Esimesel juhul omab lööve ägedapõletikulist iseloomu. See väljendub selles, et ketendus toimub vaid paapuli keskel, perifeerselt olles ümbritsetud heleda põletikulise äärisega. Sealjuures ilmuvad naha eri kohtades värsked täpjad paapulid, mis annab tunnistust lööbimise jätkumisest. Säärastel juhtudel kõneldakse psoriaatilise lööbe progressiivsest staadiumist. Kui uute elementide lööbimine lakkab, paapulite kasv peatub ja nad kattuvad kogu ulatuses kettudega ning nende ümbert kaob ägedapõletikuline punane ääris, siis psoriaasi kulus on saanud stationaarne staadium. Seejärel, kui algab taandarenemine, lakkab kettude moodustumine täielikult ja infiltraat imendub; psoriaas läheb oma arenemises üle regressiivsesse staadiumi.

Psoriaatilise elemendi taandarenemisel ei jää tema kohale mingit märki või kujuneb mõneks ajaks püsiv pigmentatsioon. Mõnedel juhtudel, vastupidi, jäävad psoriaatilise paapuli kohale valged, depigmenteeritud laigud ja tekib psoriaatilise leukodermia pilt.

Peab meeles pidama, et lööbimise progressiivses staadiumis võib mistahes naha ärritus, nagu hõõrdumine, kriimustused, kompressid, mähised, sinepplaastrid, päikesepõletus, ärritavad salvid, 7—9 päeva pärast ärrituse kohal esile kutsuda uusi psoriaatilisi lööbeid, mis näitab naha erilist häälestatust ja kõrgenenud tund-

likkust. Seepärast ei tohi lööbe progressiivses staadiumis kasutada tugevasti nahka ärritavaid vahendeid, et ei areneks ülalmainitud raske psoriaasivorm, mida kutsutakse psoriaatiliseks erüthrodermiaks.

Psoriaas ei põhjusta harilikult mingisuguseid subjektiivseid vaevusi. Mõnikord kaebavad haiged mõõduka sügelemise üle. Ainult laialdaste löövete ja infiltreeritud kollete esinemisel täheleavad haiged kahjustatud naha pinguse ja kootumise tunnet; väga laialdase lööbe puhul tekib mõnikord üldine oimetus, vähene temperatuuritõus, külmatundlikkus, üldise enesetunde häire. Psoriaasi raskete, õnneks võrdlemisi harva esinevate vormidega (universaalne psoriaatiline erüthrodermia koos liigeste kahjustusega) kaasnevad tugevad subjektiivsed vaevused ja üldised häired. Haiged muutuvad täiesti töövõimetuks ja vajavad enamikul juhtudel voodirežiimi.

Psoriaasi tekke põhjuste seletamiseks on esitatud mitmeid teooriaid.

1. Neurogeenne teooria põhineb juhtudel, kus psoriaas tekib pärast mitmesuguseid närvi vapustusi, samuti asjaolul, et psoriaasahaigetel, kes sageli jätavad täiesti tervete, tugevate inimeste mulje, võib täheldada närvisüsteemi osas mitmesuguseid kõrvalekaldumisi.

2. Parasitaarne teooria põhineb sellel, et psoriaasi kulg meenutab vahel parasitaarsete ehk nakkushaiguste kulgu, samuti asjaolul, et mõnedel juhtudel leidub värskete psoriaatiliste löövete okaskihi rakkudes erilisi inklusioone, terakesi, mis sarnanevad rõugete löövetes esinevate sõmeratega. Siit teevad mõned teadlased järelduse, et psoriaas on ultraviiruste, s. o. väga pisikeste, hariliku mikroskoobiga nähtamatute mikroobide poolt tekitatud haigus.

Kuid asjaolu, et haiguse tekitajat ei ole leitud, et katsed poogetega inimestele ja loomadele ei ole õnnestunud ja et kunagi ei ole täheldatud vahetut nakatumist näiteks mehelt naisele või vastupidi, teeb parasitaarse teooria vähe tõenäoseks.

3. Humoraalne ja endokriinne teooria seostab psoriaasi teket ainevahetuse või sisesekretoorsete näärmete talitluse häiretega. Need teooriad põhinevad esiteks sellel, et mõnedel psoriaasahaigetel ilmnevad mitmesugused muutused rasvade, valkude, süsivesikute ja muude ainete vahetuses või endokriinsed häired, teiseks edukatel tulemustel, mis on saadud mõnede haigete

juures dieettoitlustamisega ja sisenõrepreparaatidega. Kuid ainevahetushäired või sisesekretoorseste näärmete talitluse rikked ei ole psoriaasahaigetel kaugeltki alatiseks nähuks ja ainevahetust soodsalt mõjutav ravi võib toimida mistahes kroonilisesse nahahaigusse.

4. Allergilise teooria järgi on psoriaasahaigete nahal eriline võime reageerida igasugusele ärritusele psoriaatiliste löövetega.

See teooria on vaid hüpotees, mis pole teaduslikult küllaltki põhjendatud. See, nagu kõik ülalloeeteldud teooriadki, ei seleta ei psoriaasi olemust, tema tekke põhjusi ega kestvalt retsidiveeruvat kulgu.

Psoriaasi tõeline põhjus ei ole tänaseni teada. Väga võimalik, et eri juhtudel on psoriaasi tekke põhjused erinevad.

Ravi. Psoriaasi ravi eesmärgiks peab olema: 1) kõrvaldada lööve ja 2) ära hoida selle retsidiveerumist. Esimene osa sellest ülesandest on enamikul juhtudel lahendatav eriliste raskusteta; teine on aga rõhuval enamikul juhtudel raskesti lahendatav, sest harilikult on võimatu kindlaks teha organismis muutusi, mis tingivad psoriaasi ilmumist igal üksikul juhul. Kui need muutused isegi suhtelise tõenäosusega kindlaks tehakse, siis ei ole me kaugeltki mitte alati suutelised neid olemasolevate vahenditega mõjutama. Sellest hoolimata on psoriaasahaigete ravimisel alati vajalik kõrvaldada kõik siseelundite, sisesekretoorseste näärmete, närvisüsteemi-, ainevahetus- jne. häired. Kuigi selline ravi harva hoiab ära lööвете retsidiivi ilmumise, siiski avaldab ta soodsat mõju psoriaasi kulusse, nõrgendab üksikute psoriaatiliste lööbimiste hooge ja pikendab vaheaegu retsidiivide vahel.

Olenevalt haige üldise uurimise tulemustest, kasutatakse peale sümptomaatilise ravi ka spetsiaalset psoriaasi ravi, olenevalt lööbimisstaadiumist.

Seespidistest vahenditest kasutatakse progressiivses staadiumis broompreparaate, kõige sagedamini naatriumbromiidi 0,5—1,0 suu kaudu 3 kuni 4 korda päevas või 10%-list naatriumbromiidilahust füsioloogilises lahuses veenisiseste süstetena, samuti 10—20%-list hüposulfiitnaatriumi-lahuse süsteid veenisisesti. Peale selle keelatakse haigele progressiivses staadiumis närvisüsteemi erutavad ained: kange tee, kohv, konservid ja teravamaitseelised toidud.

Statsionaarses ja regressiivses staadiumis soovitatakse eriti arseeni ja kaaliumjodiidi, sest neile preparaatidele omistatakse spetsiifilist toimet psoriaasi puhul. Arseeni määratakse psoriaasi

ravimiseks suurtes annustes peamiselt tilkadena (*Liq. Kalii arseni-cosi*) ja pillidena (*pilulæ Asiaticæ*). Kaaliumjodiidi soovitatakse samuti anda suurtes annustes. Tihtipeale aga joodiga ravimise esimestel päevadel lõovad psoriaatilised elemendid punetama, tur-suvad, muutuvad mahlakaks. Sellistel juhtudel tuleb joodi edas-pidine kasutamine protsessi ägenemise vältimiseks viivitamatult katkestada.

Häid tulemusi lööbe taandarenemise kiirendamiseks saadakse 10—30%-lise naatriumhüposulfiidilahuse veenisistest süstetega, mida võib kasutada lööbe igas staadiumis.

Psoriaasi paikne ravi piirdub progressiivses staadiumis indife-rentsete salvide, vesipastade või tsinkõli kasutamisega. Kasulikud on igapäevased või ülepäevitised indiferentsed vannid (34—36°); kui ägedad põletikulised nähud kaovad või tunduvat nõrgenevad ja uute elementide ilmumine lakkab, s. o. kui psoriaas läheb üle statsionaarsesse staadiumi, siis võib kasutada tugevamaid paik-seid vahendeid, määrates 5—10%-lise salitsüülhappe, 2—3%-lise valge elavhõbeda pretsipitaadi, 5—10%-lise tõrva jne. sisaldusega salve.

Vastavalt lööbe üleminekule regressiivsesse staadiumi tugevda-takse paikset ravi, määrates kangemaid tõrvasalve, vilkinsoni salvi, 2—5—10%-list pürogallooli- või krüsarobiinisalvi.

Krüsarobiini tarvitamisel tuleb vältida leelisseepide ja -van-nide kasutamist, sest need soodustavad tugeva krüsarobiinerütemi tekkimist. Ei tohi ka manustada krüsarobiini ega pürogalloolisalvi korruga suurtele naha pindadele, et vältida mürgistust. Krüsarobiinerütemi ilmunisel tuleb selle vahendi edaspidine kasutamine katkestada ja võtta see vajaduse korral uuesti kasutamisele, kui erüteem on möödunud. Näol ja juustega kaetud peanahal peab krüsarobiini kasutama väga ettevaatlikult, sest selle silma sattumise pesemise ajal kutsub esile piinarikka silma sidekesta põle-tiku (konjunktiviidi); krüsarobiinisalvi ei tohi kasutada ka väike-lastel ravimisel.

Paikse ravi kasutamine psoriaasi statsionaarses ja regressiiv-ses staadiumis on tunduvat efektiivsem selle kombineerimisel iga-päevaste soojade vannide või dušiga.

Füüsikalistest ravimeetoditest kasutatakse hea eduga valgusta-mist elavhõbekvartslambiga, samuti päikesevanne, kuid nende kasutamine nõuab teatavat ettevaatust, eriti psoriaasi niinimetatud

suvise vormi puhul, s. o. kui haige märkab, et lööbe uued puhangud või lööbe ägenemised langevad ühte suvise ajaga.

Visade, vanade infiltreeritud psoriaasi kollete puhul, mis ei allu teistele raviliikidele, annavad häid tulemusi röntgenikiirte kasutamine ja valgus- ning elektriravivannid.

### **Punane lame sammaspool (*lichen ruber planus*).**

Punane lame sammaspool ehk lihhen kujutab endast mitte-ägedapõletikulist löövet, mis asetseb enamasti sümmeetriliselt, on monomorfne, papuloosne, fookuseline, kalduvusega elementide kuhjumisele.

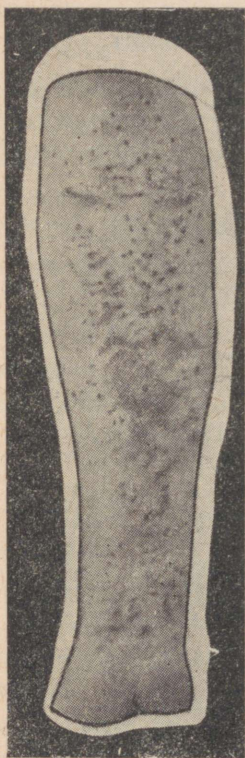
Eelistatud lokalisatsiooniks on randme ja küünarvarre painutusküljed, sääre eesmine pind, nimmepiirkond ja suguelundid. Harva esineb lööve näol ja juustega kaetud peanahal; eitavat lokalisatsiooni pole olemas. Erinevalt psoriaasist esineb punane lame sammaspool ka limaskestadel, eriti suuõõnes.

Lööbe põhielemendiks on väike, nahapinnast pisut kõrgemale ulatuv lame hirsitera- kuni läätseterasuurune paapul, nurgeliste ja järskude piirjoontega. Paapuli keskosas on sageli väheldane naba- taoline sissevajutis. Täiesti väljaarenenud paapul on punakat värvust, selgelt sinaka varjundiga ja iseloomuliku vahaja läikega, mis on eriti täheldatav küljelt pealelangevas valguses. Paljudel paapulitel on näha valkjaid läbilõikuvaid võõte, mis moodustavad võrgu või tähetaolise figuuri.

Punase lameda sammaspoolle paapulid asetsevad nii lähestikku, et peaaegu laatuivad, kuid üksikute elementide vahele jäävad kitsad normaalse naha ribad, mis annab kahjustatud piirkonnale mosaiigi välimuse. Kuhjudes moodustavad paapulid enam või vähem suuri ebakorrapäraste piiridega naaste. Need naastud omavad tavaliselt enamküllastunud värvust lillakasroosa või sinakasviolette varjundiga. Taandarenedes kattuvad paapulid tihedalt kinnitunud õrna ketuga; imendudes jätavad nad järele silmator- kava, vahel kauapüsiva pigmentatsiooni. Sellise pildi annavad punase lameda lihheni puhul tüüpilised paapulid. Mõnedel ägeda või alaägeda kuluga punase lameda lihheni juhtudel ilmuvad kõr- vuti tüüpiliste paapulitega ka miliaarsed paapulid, mis võrdlemisi sageli laatuivad. Protsess haarab sel viisil laia nahaala, mis muutub punetavaks, kettudega kaetuks ja katsumisel karedaks.

Paapulite omavahelise paigutuse ja nende erikujude järgi eris- tatakse paljusid punase lameda lihheni eri liike. Mõnikord moo-

dustavad lööbed normaalse või kergelt valkja atroofilise kesk-  
kohaga rõngakesi või suuremaid sisselangenud tugevasti pigmen-  
teerunud rõngaid. Mõnedel juhtudel asetsevad punase lameda  
lihheni paapulid just nagu piki närvide kulgu või piki jooni krii-  
mustuste, rõivaste rõhumise või vöö kohal, omandades koralli- või helmerea välimuse, s. t. rea keskel on suured tihked roosakad paapulid, kuna äärtel need järjest vähe-  
nevad. Taandarenedes jätavad paapulid mõnikord järele mitte tugeva pigmentatsiooni, vaid atroofilise naha, mis omandab valge värvuse. Sääre eesmisel pinnal võivad punase lameda lihheni paapulid sarvkihi tugeva vohamise tagajärjel kattuda hallikate sarvestunud kihtidega; nende pind muutub karedaks ja tüükaliseks. Säärtel, samuti nagu teistelgi kohtadel, võib täheldada ka teissugust lihheni kuju, kus paapulid tugevasti vohades ulatuvad nahapinnalt tunduvalt kõrgemale, omandavad kuplitaolise kuju ja kaotavad seega oma iseloomulikud iseärasused.



Joon. 39. Punane lame  
sammaspool (*lichen  
ruber planus*).

Punane lame lihhen esineb peamiselt täiskasvanutel, meestel mõnevõrra sageda-  
mini kui naistel; lastel esineb seda hai-  
gust harva. Haigus ei alga enamikul juh-  
tudel ägedalt ja kulgeb krooniliselt ning  
lõpeb tervistumisega; ta vältab mõnest  
kuust mitme aastani. Lööbed ilmuvad  
pikkamisi, mõnikord järgnevad lööbevaba-  
dele perioodidele uued lööbed.

Eriti visa kuluga on punase lameda  
lihheni hüperatroofilise ehk tüükalise vormi kulg. Kõrvuti krooni-  
liste juhtudega täheldatakse ka ägedaid vorme, mis kutsuvad  
lühikese aja jooksul esile suurte nahaalade difuusse punetuse  
väheldase turse ja ketendusega; punetavast nahapinnast ulatuvad  
kõrgemale väga peened tüüpilised sõlmekesed. Lööbega kaasnevad  
mõnikord üldnähud. Tugeva sügelemise puhul kurdavad haiged  
külmatundlikkuse ning unetuse üle ja paistavad harilikult silma

oma närvilise erutatavuse poolest. Selline äge vorm lõpeb 2—3 kuu vältel. Punase lameda lihheniga kaasneb enamikul juhtudel tugev sügelemine. Kuid kratsimisjälgi sel puhul ei täheldata, erinevalt muudest kihelevatest löövetest, nagu näiteks sügeliste või sügä-tõve puhul.

Punasele lamedale lihhenile on tüüpiline elementide taandarenemine, kusjuures enamikul juhtudel jääb järele kauapüsiv tugev pigmentatsioon.

Ligikaudu  $\frac{1}{3}$  puhul kõigist punase lameda lihheni juhtudest täheldatakse lööbeid ka suuõõne limaskestal. Mõnikord piirduvadki enanteemid ainult suuõõne limaskestaga, kusjuures subjektiivsed häired on tühisid või puuduvad üldse.

Punase lameda lihheni tekke põhjused ei ole veel täpselt kindlaks tehtud. On mitu teooriat: neurogeenne, toksiline, infektsioosne jt. Punase lameda lihheni elementide asetus piki kriimustusi, rõivaste hõõrdumise või vöö kohal osutab selliste isikute naha erilisele eelsoodumusele, mistõttu mitmesugused välised ja sisemised tegurid kutsuvad esile punase lameda lihheni lööbimise.

Ravi peab olema kõigepealt üldine, kõrvaldama seedetrakti, neerude ja eriti närvisüsteemi talitluse häired. Ägedate vormide korral avaldavad sageli head toimet 10—30%-lise naatriumtio-sulfaadilahuse veenisisesed süstimid, 1—2%-lise elavhõbejodiidilahuse ja bijokinooli lihastesisesed süsted.

Krooniliselt kulgevate vormide korral on parimaks vahendiks kestev arseenpreparaatide kasutamine pillide (*pilulae Asiaticae*) näol tõusvates annustes. Näidustatud on ka soojad dušid ja üldine arsonvaliseerimine. Viimasel ajal kasutatakse kaudset röntgen-ravi seljaajunärvidele ja sümpaatilistele ganglionidele. Visadel juhtudel on näidustatud kuurortravi Pjatigorskis, Matsestas ja teistes kuurortides.

Lokaalne ravi: ägedas staadiumis ordineeritakse kergeid sügelemist vaigistavaid vahendeid, näiteks lassari pastat, millele lisatakse 5—10% tõkatit, ihtüooli või anesthesiini. Kui lööve ei kulge eriti ägedalt ega kaldu levima, mõjub mõnikord hästi salvi sissehõõrumine, mille koostisse kuuluvad sublimate (0,1—0,2%-line), karbolhape (2—4%-line) ja rasv. See salv vaigistab sügelemist ja soodustab lööbe taandarenemist.

Väga visade sarvkihtidega kaetud naastude puhul säärtel kasutatakse peale ravimise röntgenkiirtega ja Kromayeri kvartslam-

biga või süsihappelumega mõjutamise ka krüsarobiin- või elavhõbeplaastreid. Limaskestadel on punase lameda lihheni lööbed väga visad, kuid ei nõua harilikult lokaalset ravi.

### Roosa ketendus (*pityriasis rosea Gibert*).

Roosa ketendus on nahalööve, mis koosneb põletikulise iseloomuga monomorfsetest sümmeetrilise ja fookuselise asetusega laikudest, millel on näha teiseseid muutusi kliitaolise, harvem peenehelbelise ketendusena.

Eelistatud lokalisatsiooniks on kere ülemised osad, ülemised jäsemed, kael, harvemini esineb lööve alumistel jäsemetel, eriti säärtel; peopesadel ja jalataldadel ei esine löövet kunagi. Lööbe põhielemendiks on roosakas põletikuline laik, mis ei ole järsult piirdunud ja on läätsetera- kuni kahekopikalise mündi suurune. Algul tõuseb laik nahapinnast veidi kõrgemale, hiljem langeb pisut sisse ja kattub kliitaoliste kettudega. Laikude kuju ja piirjoonte järgi eristatakse haiguse kaht liiki, mida võib täheldada samaaegselt: esimene, laiguline vorm, mille puhul elementidel on ebakorrapärased piirid, piklik kuju ja nad asetsevad piki naha normaalse joonise käiku; teise, rõngakujulise vormi puhul on elemendid mõnevõrra suuremad, ümariku või ovaalse kujuga ja näevad välja kahvatute sisselangenud keskkohaga rõngakestena, mis on kaetud kortsutatud suitsupaberit meenutava sarvkihiga; laigud on ümbritsetud roosa ketendava äärisega. Need elemendid on väga tüüpilised ja neid nimetatakse medaljonideks. Tavaliselt ei ole need elemendid ühesuurused. Arenenud haiguspildi korral võib sageli täheldada üht või mitut tunduvalt suuremat elementi, niinimetatud emanaaste; need kannavad seda nimetust sellepärast, et nad ilmuvad esimeste haigustunnustena. Tekkides 1—2 nädalat enne rohete kliitaoliselt ketendavate roosade laikude ilmutumist, on emanaastud lööbe täieliku arenemise momendiks jõudnud sageli juba taandarenemisstaadiumi; seepärast paistavad nad silma oma pruunikasroosa, vähem ereda värvuse poolest kui ülejäänud laigud.

Emanaastude arv on harva üle 1—3, pooltel juhtudel ei avastata neid üldse. Emanastude olemasolu kergendab haiguse äratundmist, sest haigus ei kulge alati tüüpiliselt.

Roosa ketendus algab tihtipeale üksikute vähehaaval suurenevate erütematoossete laikude — emanaastude — ilmutumisega rinnale või reitele; nende keskkohast muutub kollaseks, perifeeria jääb

roosaks ja ketendab. 1—2 nädala pärast, mõnikord haigele märkamalt, mõnikord kergete üldnähtudega, ilmub nahale suurel arvul peenikesi ketendavaid roosakaid laiike, mille lööbimine vältab 2—3 nädalat. Selle aja möödudes lakkab uute elementide lööbimine ja 2—3 nädala pärast kaob lööve iseenesest või vältab ainult üksikutel juhtudel 2—4 kuud. Roosa ketendus kaob harilikult jäljetult, jättes järele ainult mõnikord lühiajalise kerge pigmentatsiooni.

Haigus esineb sagedamini kevadel ja sügisel, peamiselt nooremas eas, ja haigusega ei kaasu harilikult mingisuguseid subjektiivseid vaevusi; ainult närvilistel, kõrgenenud erutatavusega isikutel täheldatakse vahel lööbimisperioodil, harvem taandarenemisjärgus, sügelemist. Roosa ketendust põdenud isikud teiskordselt harilikult ei haigestu.

Roosa ketenduse tekke põhjused ei ole lõplikult selgitatud. Üksvahe peeti seda haigust pügaraiia erivormiks. Praegu on see kõikide poolt ekslikuks tunnustatud, kuid siiski leidub tänaseni selle parasitaarse teooria pooldajaid, kes peavad haiguse tekitajaks teist, senini avastamata seenekest. Haiguse sagedama esinemise tõttu kevadel ja sügisel seostavad parasitaarse teooria pooldajad seda muuseas seenekestega nakatumisega pesu kaudu, mis on seisnud talvisel või suvisel ajal kappides kasutamata.

Kuid tõsiasi, et kellelgi ei ole senini õnnestunud leida seenekest, et kettude pookimine tervetele ei ole andnud positiivseid tulemusi ja et ei ole tähelepanekuid haiguse kandumisest haigelt tervele, samuti haiguse kulu kliiniline jälgimine, kõnelevad pigemini selle poolt, et haigus on seotud nakkusega, mille esilekutsujaks on senini alles avastamata tekitaja. Prof. G. Meštšerski arvates satub tekitaja nahka võib-olla mingi verd-imeva putuka kaudu. Nakkuse poolt räägib ka see, et mõnikord eelneb lööbe ilmutamisele palavikuline seisund: temperatuuri tõus, oimetus, peavalu. Teistel juhtudel täheldatakse enne tema tekkimist närvilist erutust või mao- ja sooltehäireid.

R a v i. Tüsistusteta juhtudel kaob lööve erilise ravita. Haiget tuleb rahustada seletades, et lööve ei ole nakkav ega oma tõsist tähtsust. Lööbimisperioodil, eriti kui lööbega kaasneb palavik, on kasulik määrata seepidiselt salitsüülnaatriumi, aspiriini või valget streptotsiidi. Strepto- või stafülokokkide vaktsiini süstimine lühendab haiguse kulgu tihtipeale tunduvalt. Juhul, kui lööve tugevasti sügeleb või põletikulised nähud on rohkem esiplaanil, võib mää-

rata tärglisest puistepulbrit pooleks talgiga või vesipastat 3—5% lise ihtüooli lisandusega. Ei tohi kasutada tugevatoimelisi salve, sest nad ärritavad, tugevdavad sügelemist ja soodustavad lööbe levimist.

## SUGUHAIGUSED.

Veneerilisteks ehk suguhaigusteks nimetatakse nakkushaigusi, mida, välja arvatud erandjuhud, edasi antakse peamiselt sugulisel teel. Suguhaigustest rääkides mõeldakse peamiselt kolme haigust: süüfilist, pehmet šankrit ja gonorröad.

Pikemat aega neid haigusi üksteisest ei eristatud ja arvati, et nad on ühe ja sama sugulisel teel edasiantava haiguse eri vormid. Tõepoolest, veel möödunud sajandi keskel eitasid mõned õpetlased kliiniliste tähelepanekute põhjal nende haiguste iseseisvat olemasolu. Kuid lõplikult otsustati see küsimus alles mikrobioloogia arenedes, kui avastati, et kõigi kolme haiguse põhjuseks on spetsiifilised tekitajad: süüfilise puhul kahkjäs spirohheet, pehme šankri puhul streptobatsill ja gonorröa puhul gonokokk. Seega oli lõplikult tõestatud, et igaüks neist on omaette haigus ja üks ei või teiseks üle minna. Kui ühel haigel pärast suguühet areneb algul üks haigus, näiteks gonorröa või pehme šanker, ja hiljem süüfilis, siis seletub see vaid samaaegse nakatumisega nendesse haigus-tesse.

Suguhaiguste levik on tihedas seoses ühiskonna sotsiaalmajandusliku struktuuriga.

Kapitalistlikud maad, kus ühelt poolt valitseb töötajate, eriti naiste julm ekspluateerimine, materiaalne kindlustamatus, kultuuriline mahajäämus ning naiste õigusetus ja teiselt poolt suguline lõtvus ja silmakirjalik kodanlik moraal, on prostitutsiooni koldeks. See on vältimatu nähtus igas kodanlikus riigis ja on suguhaiguste leviku peamiseks allikaks.

Mingisugused võitluse abinõud prostitutsiooniga kapitalistlikes maades ei anna ega võigi anda tulemusi, sest prostitutsiooni hävitamine on võimalik ainult tema arenemise sotsiaalsete juurte, kapitalistliku korra hävitamise teel.

Meie sotsialistlikul kodumaal on prostitutsiooni juured täielikult hävitatud: meil ei ole inimese ekspluateerimist inimese poolt, meil ei ole tööpuudust, sest majanduslikud kriisid ei ole omased sotsialistlikule korrale.

Nõukogude naine on ühiskonna võrdõiguslik liige. Sotsialistlik riik kannab erakordset hoolt ema ja lapse eest. Laiade rahvahul- kade materiaalne heaolu, kultuuriline tase ja sanitaarne haridus tõusevad meie maal ennenägemata kiire tempoga.

Põllumajanduse sotsialistlik ümberkorraldus, maaelanikkonna kultuurilise ja majandusliku taseme tõus, arstiabi kättesaadavaks- tegemine külale — see kõik on võimaldanud peaaegu täielikult lik- videerida süüfilisse nakatumise mittesugulisel teel, mida esines sageli tsaari-Venemaa külates.

Organiseeritud võitlus suguhaiguste vastu algas meil alles pärast Suurt Sotsialistlikku Oktoobrirevolutsiooni. 1918. a. loodi Vene NFSV Tervishoiu Rahvakomissariaadi juures suguhaiguste vastu võitlemise sektor ja 1921. a. organiseeriti Moskvas Riiklik Veneroloogainstituut, kus teaduslikult välja töötati suguhaiguste vastu võitlemise sotsiaalprofülaktilised abandid ja kasvatati hulga- line suguhaigusarstide kaader, kes entusiasmiga andusid nende abindite teostamisele.

NSV Liidu elanikkonna materiaalse ja kultuurilise taseme pidev tõus, prostitutsiooni sotsiaalsete juurte hävitamine, laialdase sani- taarharidustöö teostamine ja kõikidele kättesaadava tasuta kvalifit- seeritud raviprofülaktilise abi organiseerimine koos haigete sun- dusliku ravi kehtestamisega andsid kiiresti positiivseid tulemusi. Seda soodustas ka dispansermenetluse rakendamine, mis võimaldas koondada tähelepanu nakkusallikate avastamisele, nende ravimi- sele ja isikute uurimisele, kes on olnud haigetega kokkupuutes ja keda ähvardas nakatumisoht. Nõukogude võimu aastail on suguhai- gustesse haigestumine elanikkonna hulgas langenud sellisel mää- ral, et enne Suurt Isamaasõda esines uusi süüfilisse nakatumise juhtumeid nii harva, et loenguil naha- ja suguhaiguste kliinikuis ei olnud mõnikord võimalik üliõpilastele selliseid haigeid demonst- reerida.

Suure Isamaasõja aastail täheldati suguhaiguste pahvakuid saksa fašistlike anastajate poolt ajutiselt okupeeritud rajoonides, kus sakslased teadlikult levitasid nakkushaigusi, sealhulgas ka suguhaigusi. Kuid tänu Nõukogude tervishoiu suurtele edusammu- dele suguhaigustesse haigestumise vähendamisel juba enne sõda, samuti tänu viivitamatule laialdase arstiabi organiseerimisele ja profülaktiliste abindite läbiviimisele kohe Nõukogude vägede saa- bumisel okupatsioonist vabastatud rajoonidesse, ei arenenud see suguhaiguste pahvak nii suureks, nagu seda täheldati teistes sõdi-

vates maades. Nõukogude tervishoiu viivitamatud energilised abinõud sõja sanitaarsete tagajärgede likvideerimisel andsid kiiresti tulemusi ja suguhaigustesse haigestumuse tunduva vähenemise.

Viimaseil aastail väheneb suguhaigustesse nakatuvate arv pidevalt.

### Süüfilis (*syphilis s. lues*).

Süüfilis kui uus ja varem tundmatu haigus ilmus Euroopasse XV sajandi lõpul. Sissetooduna, nagu arvatakse, Columbuse kaastlaste poolt Ameerikast levis see haigus kiiresti mitmetes maades, kõigepealt Hispaanias, seejärel teistes Euroopa maades, omandades tõelise epidemia iseloomu. Venemaale toodi süüfilis XV sajandi viimaseil aastail, kui arenesid kaubanduslikud sidemed Bütsantsi ja Poolaga. Tol ajal kutsuti seda uut haigust eri maades isemoodi: Itaalias hispaania haiguseks, Prantsusmaal naapoli haiguseks, Sveitsis ja Saksamaal prantsuse haiguseks, Venemaal poola ja prantsuse haiguseks jne. Need nimetused näitavad, kust maalt misugusele maale see haigus kandus. Oma praeguse nimetuse „s ü ü f i l i s” sai haigus XVI sajandi keskel.

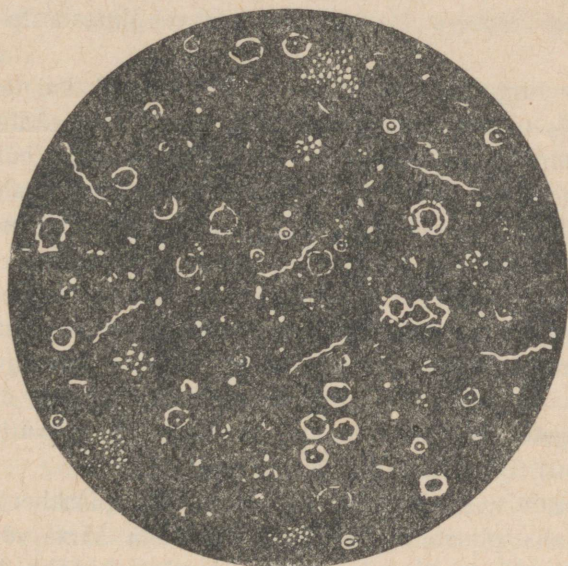
Süüfilis on kogu organismi haarav nakkushaigus, mille tekitajaks on kahkjasspirohhed. Ravimata kulgeb süüfilis nagu krooniline haigus, säästmata ühtki organit, ilmudes kord aktiivselt, s. o. selgete haigustunnustega, kord kulgedes varjatult ilma igasuguste tundemärkideta. Aktiivse süüfilise perioodid võivad igasuguse korrapärasuseta vahelduda varjatud ehk latentsete perioodidega.

Süüfilis võib tabada keha kõiki organeid ja organisüsteeme, kuid avaldub haiguse esimestel aastatel peamiselt nahal ja limaskestadel, kus ka alati arenevad esimesed haigustunnused. Seepärast õpitaksegi süüfilist koos nahahaigustega, sest süüfilise varaseks äratundmiseks on vaja tunda ka nahahaiguste tunnuseid.

**Süüfilise tekitaja** on kahkjasspirohhed (*spirochaeta pallida*), mis avastati 1905. aastal. Mikroskoobiliselt uurides nähakse teda õrna kitsa spiraalselt lookleva niidina, mis on otstest kergelt välja venitatud. Spirohheedi pikkus kõigub 4 ja 14  $\mu$  (1  $\mu$  — mikron, võrdub 0,001 mm) piirides, paksus — 0,25  $\mu$ . Kahkjasspirohheedil on 8—20 keeritsat, mis on järsud, kitsad ja korrapärased; neid võrreldakse tavaliselt korgitõmbaja kruvikäikudega.

Kahkjasspirohhed värvub aniliinvärvidega halvasti ja on värvitud preparaates kahvatum kui muud spirohheedid — sealt tema

nimetuski. Elusa kahkja spirohheedi uurimisel on täheldatavad väga iseloomulikud liigutused: peale pöörlemisliigutuste ümber oma pika telje võib täheldada veel pendlitaolisi ja painutusliigutusi. Süfiliitilisest koldest võetud eritise uurimisel kahkja spirohheedi sisalduse suhtes kasutatakse pimeväljaga mikroskoopi, milles spirohheedid on nähtavad loomulikus olekus. Selle uurimismeetodi puhul on näha kahkja spirohheedi tüüpilised liigutused, mis lubab eristada teda teistest, kujult temale sarnastest spirohheetidest. Selle uurimismeetodiga on kahkjat spirohheeti palju kergem avastada kui preparaates, mida on töödeldud hiina tušiga Burri' meetodi



Joon. 40. Kahkjas spirohheet (Grigorjevi järgi).

järgi või 3%-lise kollargooliga Zassuhhini meetodi järgi või eriliselt värvitud fikseeritud preparaates.

Väljaspool inimorganismi spirohheedid kuivavad ja hävivad kiiresti; niiskes keskkonnas säilitavad nad eluvõime mitmeks tunniks, kuid, olles isegi kaitstud õhu ja kuivamise eest, hukuvad nad 45 tunni jooksul. Pesemisest vee ja seebiga on küllalt, et spirohheedid hukkuksid naha pinnal.

**Süüfilise leviku teed ja nakatumise viisid.** Süüfilist, nagu teisi suguhaigusi, antakse kõige sagedamini edasi sugulisel teel; see on suguline süüfilis. Süüfilist, mis ei teki sugulise

lähikäimise teel, nimetatakse mittesuguliseks süüfiliseks. On olemas veel kolmas süüfilise edasiandmise tee: platsenta kaudu haigelt emalt lapsele emakasisese elu vältel; see on kaasasündinud ehk kongenitaalne süüfilis (*syphilis congenita*).

Süüfilist, mis tekib sugulise või mittesugulise nakatumise teel, eristatakse kaasasündinud süüfilisest ja kutsutakse ka o m a n d a t u d s ü ü f i l i s e k s (*syphilis acquisita*).

Süüfilisse nakatumine võib toimuda järgmistel tingimustel: 1) nahale või limaskestale peavad sattuma elusad liikuvad spirohreedid ja 2) sel kohal, kuhu spirohreedid sattusid, peab olema värat nende sissepääsuks, s. o. naha sarvkihi või limaskesta epiteelkatte defekt.

Esimene tingimus leiab aset ainult sel juhul, kui terve inimene satub kokkupuutesse haigega, kellel on süüfilise nakatava perioodi aktiivsed nähud, või esemetega, millel on värsked haige eritised. Seejuures eraldub kahkjast spirohheet peamiselt haige naha ja limaskestade süfiliitilistest kolletest, kui on katkenud nende kollete epiteelkatte terviklus. Haige füsioloogilised eritised (sülg, higi, uriin, seemnevedelik, rinnapiim jt.) ei sisalda iseenesest spirohheete; nad võivad osutada nakkusallikaks ainult sel juhul, kui nende eritumise teedel leidub süfiliitilisi kahjustusi, mis sisaldavad spirohheete; viimased uhutakse välja sekreedi läbiminekul neist teedest. Süüfilishaigete veri võib saada nakkusallikaks (näiteks vereülekande puhul), eriti värskel süüfilise juhtudel.

Mis puutub teise tingimusse, s. o. kahkja spirohheedi sissetungi väratisse, siis piisab nii tähtsusetust naha sarv- või limaskesta vigastusest, mida ei ole võimalik palja silmaga näha. Nende tingimuste puhul võib toimuda nakatumine vahetult haigelt tervele, nagu see aset leiab sugulisel lähikäimisel, suudlemisel, meditsiinilise personali kutsealasel nakatumisel ja teistel nakkuse vahetu edasiandmise juhtudel: see on süfiliitilise infektsiooni nn. o t s e n e e d a s i a n d m i n e. Palju harvemini esineb kaudne nakatumine esemete kaudu, mis on saastunud haigete nakkuslike eritistega. Selline süfiliitilise infektsiooni k a u d n e e d a s i a n d m i n e toimub kõige sagedamini esemete kaudu, mis on kokku puutunud suu limaskestaga: lusikas, kruusid, hambaharjad, paberossid ja nende pitsid, vastavate kutsealade juures ka naelad, niidid, nõõpnõelad, torud, puhkpillide huulikud jt. riistad, millel leidub süüfilishaige värsket, alles kuivamata sülg.

Kaudne süüfilise edasiandmine, samuti nagu ka mõned vahetud nakatamisteed (näiteks prügi silmast väljavõtmine keelega) olid sagedaimaks mittesugulise süüfilise levimise viisiks, mille põhjusteks olid sanitaarne harimatus, võhiklus, soolapuhumine.

Meditsiiniline personal peab meeles pidama, et, töötades ebasteeriliste instrumentidega ja mitteküllaldaselt kinni pidades haigete põetamise hügieenilistest nõuetest, võib nakkust edasi anda haigelt tervele ja ohustada iseennast nakatumisega.

**Süüfilise kulu üldine iseloomustus.** Nagu ülal tähendatud, on ravimata süüfilis krooniline haigus. Rõhuval enamikul juhtudel kulgeb ravimata süüfilis teatavate perioodidena.

Kogu süüfilise kulgu võib skemaatiliselt jaotada järgmistesse perioodidesse:

1. Inkubatsiooniperiood vältab nakatumise momendist kuni süüfilise esimese tunnuse — kõva šankri — ilmumiseni. Selle perioodi keskmine pikkus on 21—25 päeva, lühim kestus on 9—10 ja pikim 90 päeva. Nii lühike kui väga pikk inkubatsiooniperiood esinevad üsna harva, kuid kõikumisi 5—10 päeva ühes või teises suunas esineb tihti.

2. Esmane periood (*sypilis I*) algab kõva šankri ilmunisega ja kestab süüfilise esimeste üldnähtude tekkimiseni, mis väljenduvad peamiselt naha ja limaskestade kahjustustes. See süüfilise periood vältab keskmiselt 5—7 nädalat.

Süüfilise esmane periood jaguneb omakorda kahte järku:

a) esmane seronegatiivne süüfilis (*sypilis primaria seronegativa*), millal Wassermanni reaktsioon jääb negatiivseks ja kliiniliselt täheldatakse ainult kõva šankrit või ka lähimate (regionaarsete) lümfisõlmede süfiliitilist kahjustust, niinimetatud süfiliitilist bubooni; esmase süüfilise seronegatiivne periood kestab 2—3 nädalat, arvates kõva šankri tekkimisest;

b) esmane seropositiivne süüfilis (*sypilis primaria seropositiva*), kui Wassermanni reaktsioon muutub positiivseks, mis toimub 2—3 nädalat pärast kõva šankri ilmumist või 5—6 nädalat, arvates nakatumise momendist. See periood vältab keskmiselt 3—4 nädalat, mille kestel ilmuvad järk-järgult hulgaliselt kõigi lümfinäärmete kahjustused, areneb niinimetatud polüadeniit, kus kõik palpeeritavad lümfisõlmed on suurenenud ja iseloomulikult muutunud.

Süüfilise esmast perioodi nimetatakse ka teiseks inkubatsiooniperioodiks, sest selle perioodi lõpul, mõni päev

enne üldnähtude arenemist, aga mõnikord ka varem, võivad ilmuda ebamäärased, iseenesest süüfilisele mitte iseloomulikud kogu organismi haigestumise tunnused: peavalu, palavikuseisund, valud lihastes, liigestes, luudes, vahel kehvveresuse, toitumuse languse nähud, laialdane juuste väljalangemine jne. Kõik need nähud meenutavad seda üldise haigestumise eeltunnuste perioodi, mis leiab aset paljude ägedate nakkushaiguste inkubatsiooniperioodis.

3. Teisene ehk kondülomatoosne periood (*syphilis secundaria II*) tekib keskmiselt 5—7 nädalat pärast kõva šankri ilmumist või 7—10 nädala möödudes, arvates nakatumise momendist; see periood avaldub peamiselt naha ja limaskestade kahjustustes. Ainult sellistel erakordsetel juhtudel, kui nakatumine toimub spirohheetide vahetul sattumisel vereringesse, näiteks ottsel vereülekanal haigelt doonorilt retsiipiendile, ei teki kõva šankrit ja tavalistel tähtaegadel areneb teisene periood.

Süüfilise teisese perioodi nähud iseloomustuvad healoomulise kuluga: püsinud lühemat või pikemat aega, nad kaovad iseenesest, jätmata mingisuguseid jälgi. Süüfilise teisene periood vältab keskmiselt 3 aastat; 5—6% -l haigetest võib see periood kesta aastakümneid.

Eristatakse järgmisi teisese süüfilise perioode: a) värske teisene süüfilis (*syphilis II recens*) — periood, millal šankri või selle jälgede olemas olles ilmuvad esmakordselt nahal ja limaskestadel süfiliitilised lööbed ja esineb hulgaliselt kahjustatud näärmeid;

b) retsidiveeruv teisene süüfilis (*syphilis II recidiva*) — löövete ja süüfilise teiste nähtude taaspuhkemise periood;

c) varjatud ehk latentne teisene süüfilis (*syphilis II latens*) — süüfilise aktiivsete nähtudeta periood, s. o. vaheajad värske süüfilise ja esimese retsidiivi ning üksikute retsidiivide vahel, mille arv ja iseloom on mitmesugune.

4. Kolmandane ehk gummoosne periood (*syphilis tertiaria (III)*, *syphilis III activa*, *syphilis gummosa*) ei saabu tavaliselt enne kolmanda haigusaasta lõppu ja teda iseloomustab eriliste sõlmede — gummade — arenemine nahas, limaskestadel, luudes, lihastes, siseorganites, närvisüsteemis jm. Lagunedes lagundavad gummad tugevasti neid kudesid, milles nad arenesid, ja põhjustavad sellega kahjustatud organi talitluses ulatuslikke häireid. Gummoosse perioodi nähud ilmnevad harilikult pärast lühema või

pikemaajalist peiteperioodi. Nad võivad ilmsiks tulla 5—10—20—30 või enam aastat pärast nakatumist. Kolmandane periood kestab harilikult määramata kaua aega, sageli haige elu lõpuni. Tunduvalt harvemini kui teiseses perioodis ja palju pikemate vaheaegadega võivad kolmandased nähud retsidiveeruda; seepärast eristatakse aktiivset (*sypilis III activa*) ja varjatud (*sypilis III latens*) kolmandast süüfilist.

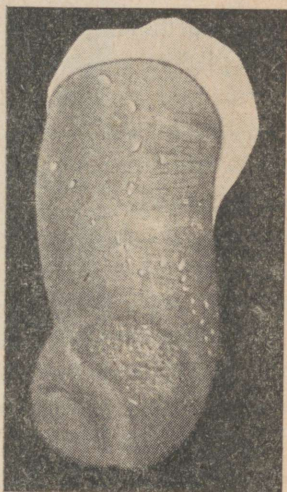
Kolmandane periood ei tarvitse igakord saabuda. Haige võib kogu elu vältel kolmandasele süüfilisele omaseid nähte mitte märgata. Mõnikord haigus, jättes vahele kolmandase perioodi, võib anda süüfilise järgmise, neljandase perioodi nähte.

5. Neljandane, para- ehk metasüfiliitiliste nähtude periood.

See periood saabub ainult 4—5% -l haigetest. Selle perioodi nähtude hulka kuuluvad seljaajukuive (*tabes dorsalis*) ja progressiivne paralüüs (*paralysis progressiva*). Seoses varase ravi organiseerimisega ja tasuta ravi kättesaadavusega kõikidele on haigestumise protsent nende süüfilise nähtudega NSV Liidus kahtlemata ülalmainitud protsentsidest madalam.

**Süüfilise esmane periood.** Inkubatsiooniperioodi möödumisel ilmub kahkjate spirohheetide sissetungi kohal haiguse esimene kliiniline tunnus: esimane süfiliitiline kahjustus ehk kõva šanker.

**Kõva šanker** (*ulcus durum*) kujutab endast enamasti vähe-  
dast keskmiselt läätsetera- kuni 10-kopikalise mündi suurust erosiooni, millel on ümmargune või ovaalne kuju ja järsud piirjooned, s. t. ümbruses puuduvad igasugused põletikulised nähud. Erosiooni põhi on harilikult sile, läikiv, nagu lakiga kaetud, värskel liha värvust. Erosiooni tsentrumis on tihtipeale määrdunud-hall, tuhm tihedasti põhja külge liibunud katt, mis on ümbritsetud puhtast kitsast helepunasest äärisest. Erosiooni ääred on ümbritseva nahaga ühel kõrgusel ja laskuvad kaldu põhja, andes erosioonile alustassi kuju. Erosioon on valutu, kuid tal ei ole tendentsi kiireks kinni-



Joon. 41. Kõva šanker sugutil.

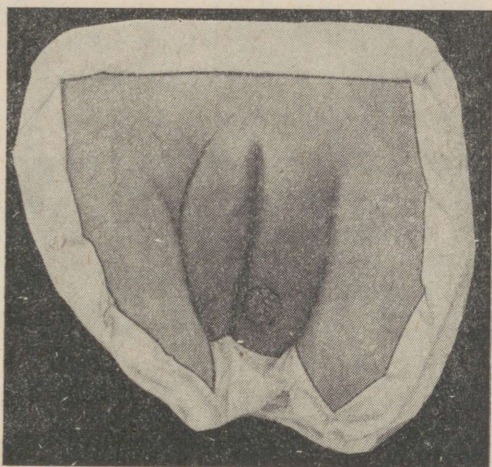
kasvamiseks, nagu see on omane harilikkudele naha marrastustele. Kui erosiooni haarata põidla ja nimetissõrme vahele ja tõsta sügavamal asetsevatest kudedest veidi kõrgemale, siis on tunda kord väga pindmist, kord sügavale naha paksusse tungivat tihke-elastset, peaaegu kõhre konsistentsiga sõlme. See suuremal või vähemal määral väljakujunenud induratsioon ongi esmase süfiliitilise kahjustuse peamiseks, iseloomulikuks tunnuseks, millest on tekkinudki selle nimetus „kõva šanker”.

Selline on kõva šankri tüüpiline pilt. Olenevalt lokalisatsioonist, puhtusepidamisest või kasimatuses, teisesest nakatumisest püogeensete mikroobidega või mehaanilisest ärritusest, võib kõva šankri tüüpiline pilt muutuda. Näiteks kõva šankri lokaliseerumisel naha kurdudes kaob erosiooni ümarik või ovaalne kuju ja ta omandab pikliku või pilu kuju. Kõva šanker on harilikult täiesti valutu; võrdlemisi teravat valulikkust põhjustab ta aga asetudes päraku limaskestast kurdudes, suunurgas, mandlitel või küüne ümbruses, mida täheldatakse peamiselt meditsiinilistel töötajatel kutsealasel nakatumisel (niinimetatud šankerpanariitsiumid). Šankri mōõtmed on samuti väga varieeruvad: eristatakse üsna väikesi hirsiterasuurusi k ä ä b u s š a n k r e i d ja väga suuri h i i g e l š a n k r e i d, mis on suure hōbemündi suurused ja veel suuremad. Teisese infektsiooni lisandumisel arenevad ultseroossed kõvad šankrid. Mehaanilised ärritused, põletamised, kasimatus võivad kõva šankri ümber esile kutsuda põletikunähte ja kudede turset, mis maskeerivad tema tüüpilisi tunnuseid. Erinevalt pehmest šankrist esineb kõva šanker enamikul juhtudel üksikult; tihti peale esineb aga ka hulgaliselt kõvu šankreid.

Kõva šankri komplikatsioonidest täheldatakse meestel niinimetatud f i m o o s i, mille puhul pole võimalik eesnahka tagasi tõmmata ja sugutilukki paljastada, või tekib p a r a f i m o o s, kui vastandina fimoosile sugutilukk on pitsunud tahatõmbunud ja liikumatuks muutunud eesnaha tõttu, millel asetseb tugevasti kõvastunud šanker. Sageli, eriti huultel, kaasneb kõva šankriga niinimetatud tihke ehk i n d u r a t i i v n e kudede turse, mille tõttu alumine huul või hābememokad, kui kõva šanker nendel lokaliseerub, suurenevad tugevasti ja omandavad sinakaspunase värvuse. Jāāb mulje, nagu oleks turse, kuid sõrmega vajutamisel ei jää lohku, nagu see toimub hariliku turse puhul, vaid on tunda elastilist tihket induratsiooni.

Ravi puudumisel püsib kõva šanker harilikult kuni süüfilise tei-

sese perioodi saabumiseni, s. o. üldiste löövete ilmumiseni nahal ja limaskestadel. Sageli toimub 4. nädala lõpul või 5. nädalal kõva šankri taandarenemine: erosioon epiteliseerub ja induratsioon imendub vähehaaval. Võrdlemisi vähesel arvul juhtudel jõuab kõva šanker üldise lööbimise ajaks täielikult resorbeeruda ja teda ei õnnestu avastada. Eriti kiiresti, harilikult veel enne esimese lööbe ilmumist, resorbeeruvad naistel tupesissekäigus asetsevad kõvad šankrid.



Joon. 42. Suurte häbememokkade kõva šanker ödeemiga.

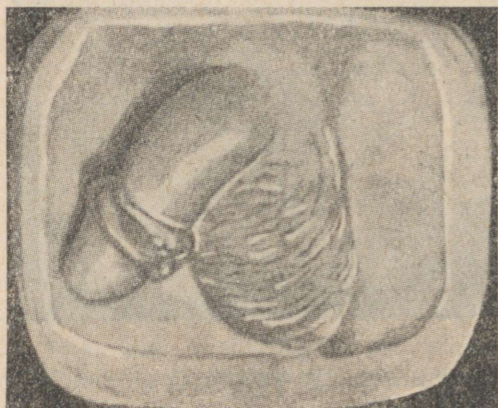
Kõva šankri lokaliseerumisel limaskestadel ei jää tema kohale mingit jälge. Naha šankri kohale ei jää pärast tema imendumist enamikul juhtudel samuti mingisugust jälge; mõnedel juhtudel jääb järele iseloomulik jälg korrapärase ümariku värvuse kaotanud valge laiguna, mis on ümbritsetud pigmenteerunud äärisega, viimane võib püsida palju kuid ja isegi aastaid. Haavandilised šankrid jätavad paranedes järele pindmisi arme.

Suguelundeil ja nende lähemas ümbruses asetsevaid kõvu šankreid kutsutakse genitaalseteks. Mittesugulise nakatumise puhul asetsevad šankrid peamiselt suu limaskestal, sagedamini mandlitel ja huultel, laugudel, rinnanibul, harvemini muudel kohtadel. Selliseid šankreid kutsutakse ekstragenitaalseteks.

7—10 päeva pärast kõva šankri ilmumist tekib iseloomulik regionaarsete lümfinäärmete kahjustus. Areneb süüfilise esmase

perioodi teine kliiniline tunnus — esmane süfiliitiline skleradeniit ehk süfiliitiline buboon.

Süfiliitiline buboon on kõva šankri tingimatu ja alatine kaasnähtus. Kõva šankri asukohale lähemad lümfiäärmed suurenevad, muutuvad kõvaks ja surumisel valutuks. Et kahjustatud on ainult näärmed, kuna neid ümbritsev kude jääb põletikulisest protsessist puutumata, siis on iga nääre eraldi palpeeritav, veidi liikuv, ei liitu ei allolevate kudedege, teiste näärmetega ega katva nahaga, mis jääb muutumatuks. Suurenenud näärmed, saavutades oa kuni metspähkli või veel suuremaid mõõtmeid, ei lähe harilikult kunagi mädanema. Šankri lokaliseerudes välistel sugu-



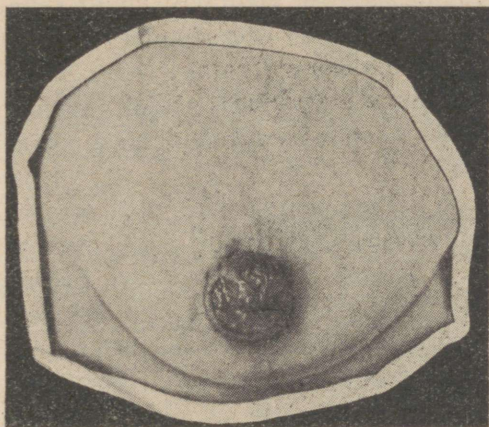
Joon. 43. Parafimoosiga komplitseerunud kõva šanker.

elunditel paistetavad kubemenäärmed, paigutudes üksteise kõrval ahela lülidena või helmestena, kusjuures üksikud näärmed on seda suuremad, mida lähemal nad asetsevad suguliikme juurele või naistel tupe sissekäigule. Ekstragenitaalsete šankrite puhul, näiteks mandlitel, huulel, rinnanibul, laugudel või mõnel muul kehaosal, suurenevad ja kõvenevad vastavad lõuaalused, kaela-, kaenlaaugu- ja kõrvanäärmed.

Šankrite puhul naiste sisemistel suguelunditel, näiteks emakakaenal, emakakanalis või pärasoole alumises osas, paistetavad vaagnanäärmed. Seepärast naistel kaheldamatult värske süüfilise esinemise puhul ei saa sageli välispidise vaatluse teel avastada ei esmast skleroosi, ei selle jääke ega süfiliitilist bubooni. Tihti peale

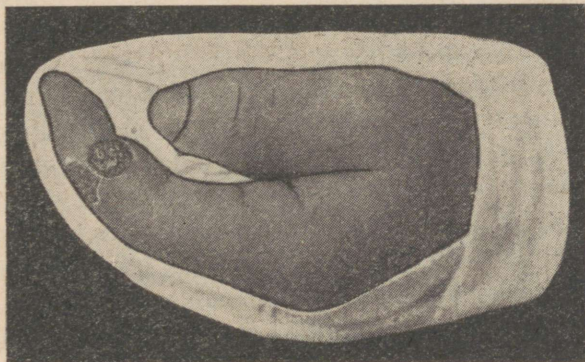
võib sellistel juhtudel kõva šanker ilmsiks tulla ainult emakakaela vaatlemisel tupepeegli abil.

Süfiliitiline polüadeniit. Kõvale šankrile lähemate lümfinäärmete suurenemise ja kõvenemise järel areneb vähehaaval



Joon. 44. Kõva šanker rinnal.

samasuguselt teiste näärmete valutu kõvenemine ja suurenemine. 5.—6. nädalal pärast kõva šankri ilmumist on suurenenud ja kõvastunud ka küünarnuki-, kaenlaaugu-, lõuaalused, kõrva-, kukla-, ees-



Joon. 45. Kõva šanker sõrmel.

mised ja tagumised kaela- ja muud näärmed. Nende näärmete suurenemine ei arene nii suurel määral nagu esmase süfiliitilise

bubooni puhul. Lümfisüsteemi kõigi näärmete hulgalist suurenemist, mis areneb süüfilise esmase perioodi lõpuks, kutsutakse süfiliitiliseks polüadeniidiks (*polyadenitis syphilitica*). Näärmete suurenemine koos nende kõvenemisega on süüfilise äratundmiseks väga oluline sümptom; kuid seda asjaolu ei tohi ülehinnata ega panna süüfilise diagnoosi ainult selle tunnuse põhjal, sest sageli esineb näärmete suurenemine olenemata süüfilisest.

Esmase süüfilise diagnoos määratakse kõva šankri ja kaasneva iseloomuliku lümfisõlmede muutuse põhjal, kusjuures diagnoosi peab kinnitama kahkja spirohheedi leid kõva šankri eritises või näärme punktaadis.

Esmase süüfilise varane diagnostika, eriti seronegatiivses perioodis, omab suurt tähtsust, sest ainult sellel perioodil võib kasutada abortiivset, s. o. haigust katkestavat ravi. Seepärast tuleb iga-sugust suguelundel leiduvat erosiooni, eriti kui sellel on aeglase kinnikasvamise tendents, tingimata uurida kahkja spirohheedi suhtes ja silmas pidada süüfilisse nakatumise võimalust.

Mõni päev pärast polüadeniidi täielikku väljaarenemist ilmub nahale ja limaskestadele enam või vähem rikkalik lööve, millega tavaliselt algabki süüfilise teisene periood.

Sageli enne üldist lööbimist teise inkubatsiooniperioodi lõpul arenevad organismi üldise intoksikatsiooni nähud: peavalu, peapööritus, valud lihastes, liigestes, luudes, kehvveres, laialdane juuste väljalangemine, isutus, seedehäired, unetus ja muud sümptoomid, millega pealegi kaasneb niinimetatud lööbeline palavik, mis on oma intensiivsusest väga mitmesugune; öhtune temperatuur tõuseb kuni 38—39—40°.

Sellised mõni päev enne üldist lööbimist alanud eeltunnused kaovad lööbe ilmunisel kiiresti. Nad võivad saada diagnostiliste vigade põhjuseks, sest neid võib kergesti pidada mingi ägeda nakushaiguse tunnusteks, kõige sagedamini tüüfuseks või paratüüfuseks, aga vahel, kui ilmuval lööbel on pustuloosne iseloom, ka rõugeteks. Sääraste jämedate vigade vältimiseks tuleb meeles pidada, et süüfilis võib teises inkubatsiooniperioodis esile kutsuda selliseid ebaselge palavikuga nähte, ja seepärast peab haiget alati üksikasjaliselt uurima. Selliselt haiget uurides võib suguelundel või mõnel muul kehaosal avastada kõva šankrit või iseloomulikku süfiliitilise bubooni, samuti teisi süüfilise tunnuseid.

**Süüfilise teisene periood** algab harilikult rikkaliku lööbega nahal ja limaskestadel, mis võib viia mõttele, et alles nüüd on toi-

munud süfiliitilise infektsiooni levimine üle kogu organismi. Säärane otsus oleks aga väär, sest tänapäeval on tõestatud, et spiroheetide levimine üle kogu organismi (generalisatsioon) toimub tunduvalt varem, veel esimeses inkubatsiooniperioodis, hulk aega enne kõva šankri ilmutumist.

Teisese perioodi süfiliitilised lööbed (süfiliidid) on üsna mitmesugused, kuid üldiselt avalduvad nad kolmel kujul: 1) roseoolidena ehk laikudena, 2) paapulitena, 3) pustulitena; igaühel neist on omakorda veel palju eriliike, mis tingib süfiliitiliste löövetega suure mitmekesisuse. Sellest hoolimata on süfiliitilise teisese perioodi süfiliididel palju ühiseid jooni, mis enamikul juhtudel lasevad neid eristada muudest mittesüfiliitilise päritoluga löövetest.

Teisese perioodi süfiliidide üldine iseloomustus. 1. Teiseste süfiliididega ei kaasne harilikult üldisi häireid organismis ega temperatuuri kõrgenemist. Erandeid täheldatakse ainult mõnedel haigetel, sagedamini naistel, värske teisese süfiliitilise puhul lööbe ilmutumise esimestel päevadel.

2. Teiseste süfiliididega ei kaasne mingisuguseid paikseid subjektiivseid vaevusi: sügelemist, põletikutunnet, valu jne.

3. Selle perioodi süfiliididele on omased mitteägedapõletikuline protsess ning healoomuline kulgu ja, püsinud lühemat või pikemat aega, kaovad nad jäljetult, jätmata mingit jälge. Erandi moodustavad ainult harva esinevad sügavad pustuloossed süfiliidid, mis jätmavad arme.

4. Värskeid süfiliitilisi lööbeid iseloomustab nende rohkus, sümmeetrilisus, polümorfism ja elementide korrapärase asetuse. Wassermanni reaktsioon on nende puhul alati positiivne, kuigi erandid on võimalikud.

5. Retsidiivlööbed on vähema ulatusega kui värskeid, asümmeetrilised, monomorfsed ja omavad tendentsi grupeerumiseks,



Joon. 46. Värske papuloosne süfiliitiline lööve näol.

paigutudes rõngaste või kaartena. Wassermanni reaktsioon on ka nende puhul harilikult positiivne. See retsidiivlöövete erinevus värsketest paistab seda selgemini ja teravamini silma, mida hiljem, arvates nakatumise momendist, tekib retsidiiv. Retsidiivlöövete eelistatud lokalisatsiooniks on kohad, kus nahk allub ärritustele: suguelundid, päraku ümbrus, suu limaskest jt.

6. Tüüpilisemaks ja kõige sagedamaks teise süüfilise elemendiks on paapul, iseloomuliku tihke teravalt piiriteldud infiltraadiga ja tumepunase värvusega kergelt sinaka või pruunika varjundiga, mida nimetatakse ka vaskpunaseks ehk singivärvuseks.

7. Üheks kõige iseloomulikumaks tunnuseks on elementide fookuseline asetus. Erandi moodustavad laatuivad roseoolid ja laiad kondüloomid.

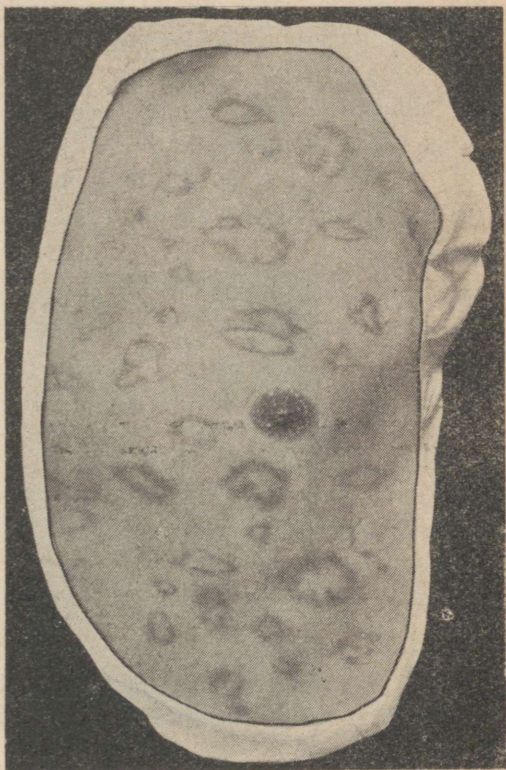
8. Teiseste süfiliidide üksikud elemendid iseloomustuvad korrapärase ümariku kujuga, järskude piirjoontega, perifeerse kasvu puudumisega ja taandarenemise algusega tsentraalses osas.

9. Teisesed süfiliidid ei lööbi kõik korraga, vaid hooti, millest ongi tingitud nende pseudopolümorfism.

Süfiliitiline roseool (*roseola syphilitica*) ehk laiguline süfiliitiline lööve esineb teise süüfilise nii värskes kui ka retsidiivperioodis. Värske süfiliitiline roseool kujutab endast löövet, mis koosneb rohkearvulistest kahvatu-roosadest väikese sõrme küüne suurustest ebakorrapärase piirjoontega laikudest (peenetähniline lööve). Vahel tõusevad laigud nahapinnast veidi kõrgemale, meenutades kupla (väljaulatuv roseool). Värske roseool esineb enamikul juhtudel fookuselise lööbena ja ainult vahel, rohkete laikude puhul, nad laatuivad, moodustades laatuinud roseooli. Värske süfiliitiline roseool lööbib tavaliselt keha külgedel, siis küünarvarre painutuskülgedel ja levib järk-järgult 2—3 nädala vältel üle kogu keha; lööve tabab harva näo ja säärite nahka. Retsidiivroseooli iseloomustavad üksikud suured tähnid: kuni 20-kopikalise mündi suurused ja veel suuremad (suuretähniline roseool). Sageli esinevad rõngakujulised tähnid (rõngakujuline roseool). Mida hiljem, arvates nakatumise momendist, ilmub retsidiivroseool, seda tihedamini asetsevad tähnid üksikute kaare- ja rõngakujuliste rühmadena. Retsidiivroseooli puhul on tähnide arv tunduvalt väiksem kui värske roseooli puhul. Süfiliitiline roseool erineb teissuguse päritoluga roseoolidest selle poolest, et temaga ei kaasne mingisuguseid subjektiivseid vaevusi ja et ta kunagi ei ketenda. Püsinud

ühemat või pikemat aega (mõnest päevast 6—8 nädalani), kaob lööve jätmata järele mingeid jälgi.

Papuloossed süfiliidid ehk papuloossed süfiliitilised lööbed on kõige sagedamaks teisese perioodi lööbe vormiks. Nad esinevad nii esmaste kui ka retsidiivlöövetena. Värske papuloosne süfiliid erineb retsidiivsest selle poolest, et esimese puhul on lööve palju rikkalikum, levinum, sümmeetriline ja korrapäratu, kuna retsidiivne papuloosne süfiliid on vähema ulatusega, asümmeetriline ja peamiselt koldelise iseloomuga. Seejuures asetsevad papuloossed elemendid kahjustuskoldes korrapäraste rühmadena rõngaste või kaarte näol. See vahe värske ja retsidiivlööbe vahel tuleb seda selgemini ja teravamini esile, mida hiljem pärast nakatumist ilmub retsidiivlööve. Papuloosete süfiliidide eri kujusid on

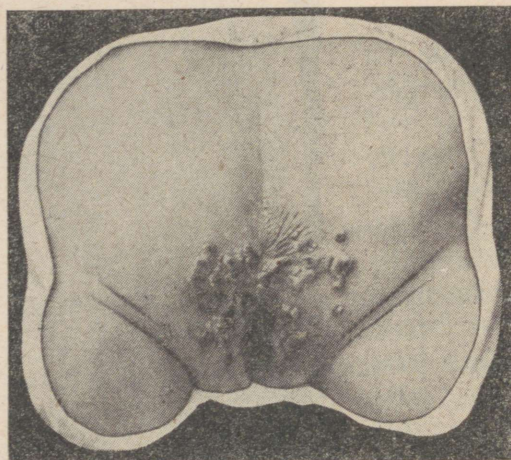


Joon. 47. Retsidiivne süfiliitiline lööve.

õige palju, kuid nad kõik kujutavad endist papuloosse süfiliidi kahe põhiliigi — lentikulaarse ja miliaarse — üksikuid vorme. Lentikulaarse süfiliidi paapulil on korrapärane ümarik kuju, järsud piirjooned, kerge ettevõlvumus ja toore soolasingi värvus, s. t. vaskpunane, ruugepunane pruuni varjundiga; suuruselt vastab ta keskmiselt läätseterale. Süfiliitilise paapuli kõige iseloomulikumaks tunnuseks on selle infiltraat: sõrme üle libistades ja ühtlasi rõhudes, võib tunda kaunis tihket ümbruse koest teravalt eraldatud moodustist. Lentikulaarse süfiliidi paapulil ei ole tendentsi

perifeerselt kasvada; seepärast on kõik lentikulaarsed süfiliidi moodustavad paapulid enam-vähem ühesuurused ega laatu üksteisega. Süfiliitilise paapuli taandarenemine toimub infiltraadi imendumise teel, mis algab keskelt. Sellise taandarenemise tõttu moodustub lentikulaarsel paapulil sageli omapärane valkjas rõngakujuline ketendus, mida kutsutakse kraekeseks. Lentikulaarne süfiliid võib ilmuda kogu süüfilise teisese perioodi kestel ja on selle kõige sagedamaks nähuks nahal ja limaskestadel.

Miliaarne süfiliid esineb tunduvalt harvemini kui lentikulaarne. Tema põhielemendiks on mitte lentikulaarne, vaid miliaarne paapul — väike, hirsiterasuurune koonusekujuline sõlmeke, mis on seoses karvanääpsu suistikuga. Miliaarne papuloosne süfiliid, nagu



Joon. 48. Laiad kondüloomid.

lentikulaarnegi, võib olla värske, kuid sagedamini teisese retsiidiivse süüfilise avalduseks. Miliaarsete paapulite olemasolu kõneleb süüfilise raskemast kulust, millega kaasneb sageli tugevakujulisem polüadeniit ja mis spetsiifilise ravi toimetel allub taandarenemisele aeglasemalt kui teised süfiliidid.

Eristatakse paljusid papuloosete süfiliidide eri liike: psoriaasikujuline, lihhenoidne, jalataldade ja peopesade papuloosne süfiliid, rõngakujuline, vaarmarjataline süfiliid jt. Kõige sagedamini esinevad leemendav papuloosne süfiliid ja laiad kondüloomid. Nende eri liikide tundmine on eriti tähtis, sest nad on retsiidiivlõõvete kõige sagedamaks vormiks ja ühtlasi kõige ohtlikumad nakkuse

mõttes. Tavalised lentikulaarsed paapulid suguosadel, päraku ümbruses, kubemevoltides, munandikotil, reitel, kaenlaaukudes, rinnanäärmete all ja kõikjal, kus nad alluvad ärritustele, soojuse ja niiskuse toimele, vohavad ja matsereeruvad. Selliste paapulite pind võib olla kuiv, terajas (vegeteeruv paapul); sagedamini kaotab ta sarvkihi ja tekib lihapunane erosioon, mis eritab rohkesti seroosset, suurel arvul spirohheete sisaldavat vedelikku (leemendav ehk erosiivne paapul). Sellised erosiivsed ehk leemendavad ja vegeteeruvad paapulid moodustavad laatudel niinimetatud laiu kondüloome (*condylomata lata*). Lai kondüloom kujutab endast 10-kopikalise mündi suurust või veel suuremat moodustist, mis asetseb naha küljes kogu oma alusega ja ulatub naha pinnast tublisti kõrgemale; laiad kondüloomid arenevad kõige sagedamini väliste suguelundite piirkonnas ja päraku avause ümber. Laiu kondüloome ei tohi ära vahetada nn. teravate kondüloomidega (*condylomata acuminata*), millel pole süüfilisega midagi ühist. Teravad kondüloomid asetsevad samuti suguelundeil ja päraku ümbruses. Nende arenemist soodustab naha ärritus krooniliselt erituvatest sekreetidest. Peamine erinevus seisneb selles, et teravad kondüloomid kinnituvad nahale kitsa jalaga, nende pind meenutab lillkapsast või kukeharja, sest nad koosnevad üksikuist näsajaist vohandeist, mida saab üksteisest kergesti eemale lükata. Teravad kondüloomid on tavaliste tüügaste kliiniline erivorm.

Mädanikulised süfiliitilised lööbed ehk pustuloossed süfiliidid. Süüfilise teiseses perioodis esinevad nahal ka mädanikulised lööbed — pustuloossed süfiliidid, mis moodustuvad süfiliitilistest paapulitest, mille infiltraat imbub läbi rikkaliku seroosmädase eksudaadiga. Eristatakse peenpustuloosseid ja jäme-pustuloosseid süfiliide. Esimeste hulka kuulub pindmine impetiginosne süfiliid, mis harilikult esineb polümorfses lööbes värskes teiseses süüfilise puhul, edasi akne- ja rōugetaoline süfiliid. Jäme-pustuloosete ja sügavate süfiliidide hulka kuuluvad süfiliitiline ektüüm ja ruupia, mis esinevad harilikult retsidiivlõövetena. Kui esmane süfiliitiline lööve on ektüümi- või ruupiataoline, siis nimetatakse niisugust süüfilist pahaloomuliseks. Pustuloossed süfiliidid arenevad enamasti nõrkadel ning kurnatud haigetel ja alkohoolikutel. Pustuloosete süfiliididega haigetel on tihtipeale palavik, nad kaebavad valude üle peas, luudes ja lihastes; lööbed ise, erinevalt tähnelistest ja papuloosetest süfiliididest, on oma arenemise algul ägedapõletikulise iseloomuga. Wassermanni reaktsioon

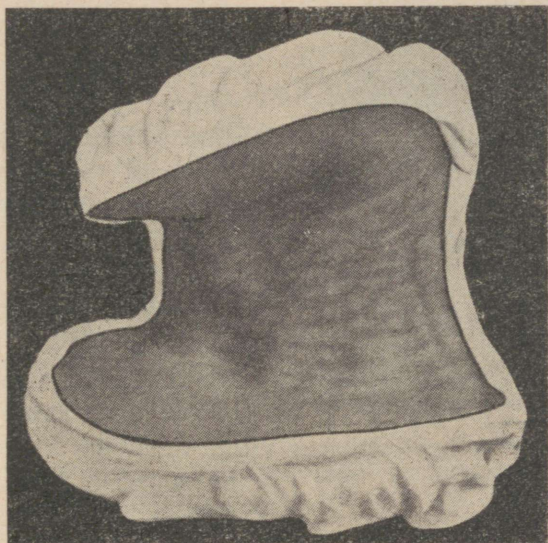
on sealjuures sageli negatiivne ja polüadeniit on nõrgalt välja kujunenud.

Süfiliitilised lööbed limaskestadel kulgevad teiseses perioodis niisama mitmekesiselt nagu nahalgi. Lööbed kulgevad limaskestadel tähnilise ja papuloosse vormina. Limaskesta ehituse iseärasused, alatine soojus ja niiskus tingivad limaskesta kahjustuste kliinilise pildi iseärasuse. Näiteks tähnilised lööbed suu limaskestal, mis kõige sagedamini ilmuvad kurgus, annavad difuusse punetuse, niinimetatud süfiliitilise erütematoosse angiini, mida iseloomustab sinkja varjundiga küllastunud punetus limaskesta turse puududes; punetus lõpeb järsult normaalse roosaka limaskesta piiril. Erütematoosne süfiliitiline angiin ei tekita harilikult valu ega põhjusta temperatuuri tõusu, mille poolest ta erineb tavalisest katarraalsest angiinist, mis kulgeb ägedalt, heleda punetusega ning limaskesta tursega ja ebaselgete piiridega ja millega kaasnevad neelamise valulikkus ja temperatuuri tõus.

Papuloossed lööbed kulgevad limaskestadel epiteeli piiratud tuhmumisena ja vähese tihenemisega — niinimetatud limaskesta-ehk opalestseeruvad naastud — või nad kulgevad erosiivsete, haavanduvate või veeteeruvate paapulitena. Kõige sagedamini esinevad nad suu limaskestal (nende lokaliseerumisel mandlitel ja kurgukaartel kutsutakse neid papuloosseks süfiliitiliseks angiiniks) ja suguelundite limaskestadel. Tunduvalt harvemini ilmuvad nad teistel limaskestadel, näiteks nina või silma limaskestadel. Lööbed suu ja suguelundite limaskestadel on üheks kõige sagedamaks teisele retsidiivse süüfilise nähuks ja on ühtlasi peamiseks nakkusallikaks nii sugulisel kui mittesugulisel teel, sest nende eritised sisaldavad tohutul hulgal spirohheete. Peale mitmekesisete löövetega nahal ja limaskestadel avaldub süüfilise teisene periood veel paljude teiste välispidiste tunnustena, mille hulgast tuleb mainida süfiliitilist leukodermat ja süfiliitilist juuste väljalangemist.

Süfiliitiline leukoderma ehk pigment-süfiliidid kujutab endast mittepõletikulise iseloomuga naha muutust, mis avaldub valgete läätsetera- kuni 10 kopikalise mündi suuruste tähnide ilmutumises; tähnid on ümarikud, ovaalsed või ebakorrapärase kujuga ja on üksteisest eraldatud tumedate rikkalikult pigmenteerunud vahealadega. Tekib võrgutaoline joonis, mille silmused näivad valgetena ja nende välised alad pruunidena. Leukoderma areneb kõige sagedamini kaelal (veenuse kaelakee), kuid

esineb ka kaenlaaugu eesmisel seinal ja mujal. Leukodermat täheldatakse peamiselt noortel naistel, sagedamini brünettidel, kuid seda tuleb ette ka meestel ja blondidel. Leukoderma arenemine langeb harilikult 4.—6. kuule pärast nakatumist. Kord ilmunud, püsib leukoderma tunduvalt kauemini muudest teisese süüfilise



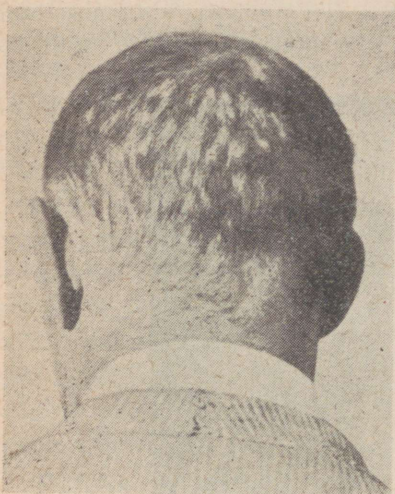
Joon. 49. Süfiliitiline leukoderma.

välistest tunnustest ja allub viimastest aeglasemalt spetsiifilisele ravile, olles seetõttu sageli hiljuti omandatud süüfilise ainsaks tunnuseks.

Süfiliitiline juuste väljalangemine (*alopecia syphilitica*) esineb difuusse protsessina, nagu seda täheldatakse paljude nakkushaiguste puhul, ja on organismi üldise intoksikatsiooni tulemuseks. Difuusne juuste väljalangemine süüfilise puhul ei kujuta endast midagi iseloomulikku ja seda täheldatakse vahel teise inkubatsiooniperioodi lõpul ja värskel süüfilise teiseses perioodis.

Süüfilisele on iseloomulik peenekoldeline pesaline kiilaspesusus, mis tekib harilikult 4.—6. kuul pärast nakatumist, tihtipeale samaaegselt süfiliitilise leukoderiaga. Sel puhul tekib juustega kaetud peanahal, mõnikord ka kulmudel, ripsmetel, habemes suurel hulgal peenikesi läätsetera- kuni 10-kopikalise

müüdi suurusi koldekesi, milles karvad on hõrenenud või puuduvad üldse. Sellised koldekesed on laiali üle pea ja neil pole mingisuguseid põletiku tunnuseid. See



Joon. 50. Süüfililine juuste väljalangemine.

süüfilisele tüüpiline juuste väljalangemine fookustena asetsevate enam-vähem ühesuuruste ümarike paljakute näol on lühikeste juuste puhul eriti selgesti nähtav. Erinevalt leukodermast allub süüfililine koldeline kiilaspisuus kergesti ravile ja möödub kiiremini; paljastele kohtadele kasvavad juuksed täielikult asemele. Peale väliste muutuste, nagu spetsiifilised lööbed nahal ja limaskestadel, lümfinäärmete kahjustus, süüfililine leukoderma ja süüfililine koldeline kiilaspisuus, võivad süüfilise teiseses perioodis areneda luude ja lihaste, sise-

elundite, närvisüsteemi, meeleeelundite ja muud kahjustused. Kuid need kahjustused, samuti nagu nahalööbed, on enamasti healoomulised ega põhjusta kahjustatud elundite ja kudede sügavaid ning püsivaid häireid.

Süüfilise teise perioodi kestust arvestatakse keskmiselt 3 aastale. Sellesse perioodi kuuluvad esimene üldine lööbimine (*syphilis II recens*) ja sellele järgnevad varjatud seisundi perioodid (*syphilis II latens*) ning retsidiivide perioodid (*syphilis II recidiva*), mille arv ja kestus, olenevalt haige üldisest tervislikust seisundist, on kaunis erinevad. Nende esimeste 2—3 aasta jooksul võivad ravimata haigetel haiguspuhangud korduda ja kulgeda äsja kirjeldatud löövetel tüübi järgi. Iga sellise puhangu ajal, kui lööbed ilmuvad haigel suus või suguelundel ja kulgevad leemendavate süüfiididena, tekib ümbruskonnale erakordne nakatumisoht. Selle tähtaja möödumisel läheb süüfilis harilikult üle kolmanda sisse perioodi, kuigi on teada juhud, kus leemendavate erosiivsete paapulitena ja suure hulga spirohheetide sisaldusega kulgevad teised süüfiidid ilmusid 5—10—15—20 ja veel enama aasta pärast peale nakatumist. Säärased juhud on suureks harulduseks,

samuti nagu juhud, kus kolmandased nähud arenevad haigel juba haiguse esimesel või teisel aastal (galopeeriv süüfilis).

**Süüfilise kolmandane periood.** Süüfilise kolmandane periood tekib teisese perioodi lõppedes, harilikult mitte varem kui 3—4 aastat pärast nakatumist.

Kolmandase süüfilise nähtude tekkimine ei ole vältimatu; need nähud tekivad kas halvastiravitud või üldse ravimata haigeil, seejuures mitte kõikidel, vaid keskmiselt 40%-l. Kolmandase süüfilise nähud väljenduvad mitte ainult nahal ja limaskestadel, vaid ka nahaaluses koes, luudes, lihastes, siseorganes, närvisüsteemis ja teistes organites; seal tekivad üksikud haiguskinded, nn. gummoossed infiltraadid ehk süfiliitilised gummad (*gummata syphilitica*). Kolmandase süüfilise nähud erinevad teisese süüfilise nähtudest, mis on pindmised ja healoomulise kuluga. Kolmandase süüfilise puhul esinevad muutused kannavad palju püsivamat ja sügavamat iseloomu. Süfiliitilised gummad ei oma kalduvust nii kiirele taandarenemisele kui teisese perioodi nähud. Paranedes iseenesest või ravi tagajärjel jätavad nad püsivaid jälgi järelejäävate armidena.

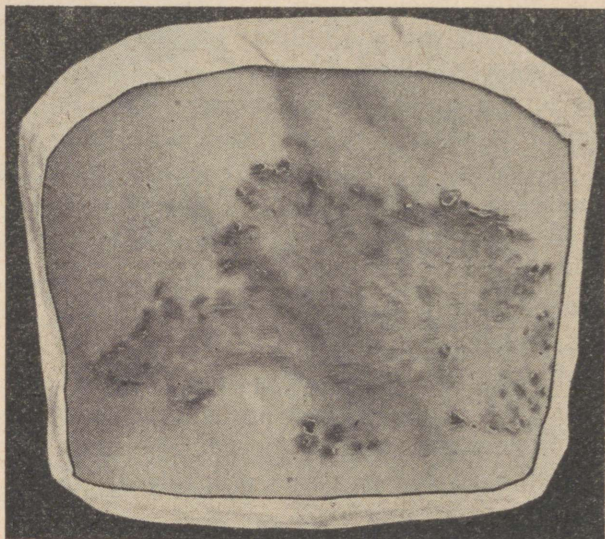
Kolmandane süüfilis väljendub nahal peamiselt kahel kujul: kõbruline ja gummoosne süfiliid.

Kõbruline e. tuberoosne süfiliid (*syphilis tuberosa*) on koldeline nahakahjustus, mis koosneb üksikuist elementidest, kõbrukestest; need asetsevad fookuselisel, s. t. üksteisest isoleeritult, kord korrapäratute gruppidena, kord moodustades ringe ja kaari.

Süfiliitiline kõbruke kujutab endast väikest kerakujulist kompaktselt moodustist, mis tõuseb nahapinnast kõrgemale, olles keskmiselt herneterasuurune, pruunikaspunaka või punakassinaka värvusega. Kõbruke võib muutumatult püsida lühemat või pikemat aega, kusjuures see ei tekita haigele mingeid subjektiivseid häireid, ei sügelemist ega valu. Kõbrukese taandarenemine võib toimuda kuivalt, s. t. ilma haavandumiseta. Sel puhul kõbruke väheneb järjekindlalt ja kattub õhukeste plaatjate kettudega. Kõbrukese tihe infiltraat pehmeneb aeglaselt ja resorbeerub. Selle asemele jääb algul vähem või rohkem pigmenteerunud, seejärel aga normaalse värvuse omandav sile, karvadeta atroofiline laik. Viimane kujutab endast kõbrukese keskosa lagunemise tagajärge, mis on asendunud armkoega.

Teistel juhtudel toimub kõbrukese taandarenemine haavandu-

misega. Säärastel juhtudel moodustub kõbrukese kohal üsna sügav korrapärase ümarate piirjoontega, tihedate äärtega ja ebatasase põhjaga haavandike, mille põhi on kaetud kollaka või rohekas-kollaka detriidiga. Viimane kuivab koorikuks, mille all toimub armkoe moodustumine. Pärast kooriku eemaldumist jääb kõbrukese asemele sissetõmbunud armike. See armike ei kujuta isenesest midagi iseloomuliku. Kui aga kõik kõbrukesed paranevad, siis säilinud fookuseliselt asetsevate armikeste grupp omab korrapäraseid piirjooni ja on esialgu ümbritsetud tumeda pigmenteerunud äärisega ning on mõnikord grupeerunud rõnga- või



Joon. 51. Kõbruline süfiliid.

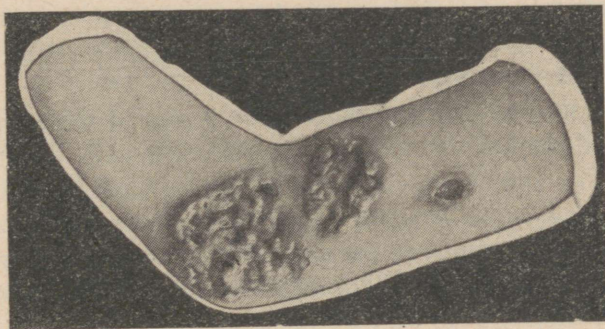
kaarekujuliselt; see moodustab niivõrd iseloomuliku pildi, et selle põhjal on võimalik järeldada isegi palju aastaid pärast paranemist, et siin esinesid kõbrulise süüfilise nähud.

Mõnikord lööbivad juba paranevate kõbrukeste ümber ikka uued ja uued kõbrukesed. Tekib serpiginoosse e. roomava kõbrulise süfiliidi (*syphilis tubero-serpiginosa*) pilt. Lõppeks võib protsess haarata väga laialdasi naha pindu, isegi kogu selga ja rinda. Haiguskolde tsentraalosa moodustab säärastel juhtudel iseloomuliku armi. Viimane koosneb üksikuist enam või vähem sisselitsutud armikestest, mis on haiguskolde tsentraalosas värvuseta, perifeeria lähedal aga kord pigmenteerunud, kord veel kergelt hüpe-

reemilised. Kogu arm näib seetõttu kirjuna, mosaiiksena, ebaühtlasena, karedana ja tuhmina. Armi kohal ei teki kunagi uusi kõbrukesti. Selles seisneb säärase armi ja luupuse tagajärjel tekkinud armide erinevus.

Kolde ümbruses kogu selle ulatuses või ainult üksikuis kohtades on näha erinevais arenemisstaadiumides imendumata kõbrukesti. Peale nende sagedamini esinevate kõbrulise süfiliidi vormide võib hoopis harvemini leida kõbrulise süfiliidi teisi erivorme: kääbuseline, veeteeriv kõbruline süfiliid ja plaadikujuline kõbruline süfiliid, mis esineb difuusse infiltraadi kujul.

Kõbrulised süfiliidid, olles püsinud lühemat või pikemat aega (harilikult mõned kuud), võivad paraneda iseenesest. Säärasel



Joon. 52. Gumma.

juhul läheb haigus jällegi üle varjatud staadiumi ja seda nimetatakse kolmandaseks varjatud süüfiliseks (*syphilis III latens*). Mõne aja pärast võib kõbruline süfiliid paranenud haiguskohtade naabruses või mõnes kaugemas nahaosas uuesti tekkida ja jällegi paraneda. Ravi puudumisel võib see pikema aja jooksul mitu korda korduda.

Gummoosne süfiliid kujutab endast ühe, harvemini mitme sügava nahaaluse sõlme arengut, suurusega herneterast kuni kreeka pähklini; tuleb ette isegi suuremaid. Neid sõlmekesi nimetatakse gummadeks. Gumma on algul vähe valulik, palpeerimisel kompaktne. Nahk tema kohal on esialgu veel täiesti normaalne ja liikuv. Hiljem liitub gumma pikkamööda nahaga, kusjuures nahk muutub sinakaspunaseks. Gumma keskosa pehmeneb, laguneb, õhenenud nahk rebeneb; selle kaudu eritub vähesel määral paksu venivat kollast vedelikku, mis meenutab arabia kum-

mit (*gummi arabicum*), sellest ka nimetus „gumma”. Edasise lagunemise tulemusena moodustub iseloomulik gummoosne haavand.

Gummoosne haavand on kaunis sügav ja omab järsult langevaid väga tihedaid ääri ning ebatasast põhja, mis on kaetud tiheda kleepuva määndunud-roheka massiga (nn. gummoosne paise). Gumma võib asetseda igal kehaosal, kuid kõige sagedamini esineb see üksiku sõlmena otsmikul, sääreluu esiküljel ja rinnakul. Harvemini täheldatakse mitut grupina asetsevat gummat, mis annavad lagunemisel laialdasi festoneeritud piirjoontega haavandeid.

Gummoossed haavandid paranevad ilma ravita väga aeglaselt ja võivad püsida kuude ja aastate kestel. Paranemisel jätvad nad ümarate või festoneeritud piirjoontega arme. Vanad armid on gummoossete haavandite kohal sageli täiesti värvuseta ja ümbritsetud pigmentäärisega.

Suuõõne, neelu ja nina limaskestade gummad tekitavad sageli sügavaid kudedekahjustusi, mille tulemusena võib tekkida neelu stenoos, pehme suulae kokkukasvamine neelu tagumise seina limaskestaga ja pehme suulae mulgustus. Kui pehme suulae perforatsioon toimub kõva suulae piiril, siis tekib eriti raske defekt: haigel areneb nohisev kõnelemine, kõne muutub arusaamatuks, toit satub suuõõnest ninasse.

Peatudes kolmandaste süfiliidide nakatuvuse küsimusel, tuleb märkida, et neis süfiliidides on vastuvaidlematult tõestatud spirohheetide olemasolu, kuigi mikroskoobilisel uurimisel ja loomade nakatamisel süüfilisse on kindlaks tehtud, et süfiliitilise infiltraadi perifeersetes osades, kus lagunemist ei toimu, leidub spirohheete vaid väga vähesel määral. Arvestades ühtlasi seda, et kolmandased süfiliidid esinevad harilikult vähesel arvul ja võivad taandareneda ilma haavandumiseta, et nad erinevalt teisestest löövetest asetsevad väga harva suguorganil või suu ümbruses, peetakse kolmandase perioodi süfiliide praktiliselt mittenakkavaiks.

Luu- ja lihasesüsteemi kolmandane süüfilis. Nahas tekkivad gummad kanduvad sageli üle sügavamal asetsevaile kudedele, kahjustades lihaseid ja luid. Gummad võivad aga tekkida lihaseis ja luis ka esmaselt. Lihaseist haigestuvad sagedamini peanoogutaja- ja õlavarre kahepäine lihas. Keelelihaste haigestumisel tekib nn. gummoosne keelepõletik.

Luudest tabab gummoosne protsess kõige sagedamini pikki toruluid: sääreluid ja ülajäsemete luid, neile järgnevalt rangluud ja koljuluid, eriti otsmiku-, nina- ja suulaeluud.

Gummoosne protsess algab luuümbriselt ja levib seejärel luukoole või areneb kohe luukoos. Esimesel juhul tekib luu kohale väike turse, mis on väga valuline, eriti komplemisel. Harilikult kandub protsess varsti üle luule. Kui protsess tekib kohe luukoos, on algul ainsateks haigestumissümptomideks tugevad valud luudes, mis teravnevad eriti öösiti. Ainult siis, kui protsess kandub luuümbrisele, ilmub difuusne turse, mis tundub palpeerimisel kõvana ja komplemisel või koputamisel valulikuna. Kui gummoosne protsess algab luuümbrisest (gummoosne periostiit) või luukoost (gummoosne ostiit), siis haarab see harilikult mõlemad luuosi ja lõppeks areneb välja nn. gummoosne osteoperiostiit (*osteoperiostitis gummosa*). Ravimata gummoosne osteoperiostiit resorbeerub mõnikord aeglaselt, luu turse kaob, kuid kahjustunud kohal moodustub püsiv luudefekt väikese lohukese näol, mis on ümbritsetud tiheda luuvallikesega. Säärast osteoperiostiidi kulgu nimetatakse kuivaks kaarieseks.

Palju sagedamini tekib ravimata juhtudel mädane lagunemine. Luugumma pehmeneb seejuures aeglaselt, nahk tema kohal muutub punaseks, liitub luuga ja õheneb. Pehmenenult avaneb gumma väikese augu kaudu õhenenud nahas, mis pärast seda ruttu muutub sügavaks gummoosseks haavandiks. Haavandi põhjas võib sageli avastada luusekvestrit. Alles pärast luusekvestri eraldumist säärane gummoosne haavand puhastub, granuleerub ja armistub.

Süfiliitilised luude muutused arenevad enamail juhtudel diafüüsis (s. o. pikkade toruluude keskosas) ja erinevad seega tuberkuloosetest haigestumistest, millele on iseloomulik haigusprotsessi lokaliseerumine epifüüsis (s. o. toruluude lõppudes). Diferentseerides süfiliitilisi luukahjustusi tuberkuloosetest, tuleb samuti arvestada, et esimestele on iseloomustavad nn. öised luuv valud (*dolores osteocopi s. nocturni*) ja et lagunemine toimub süüfilise puhul aeglasemalt kui tuberkuloosi puhul. Peamiseks erinevuseks on aga asjaolu, et süüfilise puhul toimub luu hõrenemine (osteoporoos) vähemal määral kui luukoe liigne moodustumine ja tihenemine (osteoskleroos). Tuberkuloosi puhul on põhiliseks protsessiks luukoe hõrenemine. Viimased muutused on väga

hästi nähtavad haigestunud luude röntgenülesvõtetel, mida kasutatakse kahtlastel juhtudel diagnoosi kinnitamiseks.

On arusaadav, et gummoosse osteoperiostiidi arenemine näo luudes, näiteks ninaõõne- või suulaeluudes, viib nina kuju tunduva deformeerumiseni. Olenevalt sellest, missugused luukesed on hävinud, võtab nina kas sadula või oinanina kuju. Suulaeluude gummoosne osteoperiostiit viib kõva suulae mulgustuseni.

Kolmandase süüfilise nähte ja eriti selle destrueerivaid vorme täheldatakse enamasti ainult ravimata haigeil. Ravi, mida on alustatud isegi ilmsete gumma lagunemise tunnuste ajal, väldib enamikul juhtudel suuri destruktioone.

Kolmandase süüfilise nähud siseorganes ja veresoontesüsteemis. Süüfilise kolmandasel perioodil võivad peale naha, limaskudede, luustiku ja lihastiku süfiliitiliste muutuste tekkida muutused ka siseorganes. Ei ole ühtki organit, mille kohta võiks kindlasti öelda, et seda kunagi ei haarak gummoosne protsess. Kõige sagedamini haigestub südamevereringesüsteem, maks ja kopsud. Suurimat ohtu haige elule kujutavad eluliselt tähtsate veresoonte süfiliitilised kahjustused, näiteks südameveenide haigestumine, mis kutsub esile südamevoolmete sümptoome. See võib sageli kulgeda ilma igasuguste kliiniliste tunnusteta ja saada haige äkksurma põhjuseks. Veresoontest võivad tihti haigestuda ajuarterid, kõige sagedamini suur-tuiksoon ehk aort. Viimane haigestub harilikult oma tõusvas osas, kaarel või poolkuuklappide kohal. Aordi seinte haigestumine ehk süfiliitiline aortiit (*aortitis syphilitica*) areneb enamikul juhtudel paljude aastate pärast peale nakatumist. Mõnikord sopistub süfiliitiliste muutustega aordi seina kohal kotitaoline laiend ja moodustub nn. aordi aneurüsm, mida täheldatakse ka teistel arteridel, näiteks rangluualusel arteril, kägiveenil ja teistel veresoontel. Aneurüsmid on väga ohtlikud, sest nende seinad, alludes degeneratsioonile, võivad lõppeks õheneda, rebeneda ja põhjustada äkksurma. Siseorganite (maksa, neerude, kopsude, südame, mao, söögitoru jt.) gummoossed haigestumised kulgevad enamikul juhtudel temperatuuri tõusuta ja kindlate iseloomulike sümptomideta, mistõttu nad on enamasti raskesti diagnoositavad. Nende haiguste süfiliitiline iseloom määratakse kindlaks haige üksikasjalise uurimisega. Haiguse diagnoosimiseks on vaja avastada veel teisi omandatud süüfilise tunnuseid (näiteks positiivne Wassermanni reaktsioon). Eriti raskendatud juhtudel diagnoositakse süfiliitilist

haigestumist röntgenoskoopia ja tagajärjeka antisüfiliitilise ravi põhjal.

Närvisüsteemi süfiliitilised haigestumised võivad tekkida igal süüfilis perioodil. Haigestumise esimestel kuudel ilmnevad närvisümptoomid on tingitud ennekõike veresoonte ja pea- ning seljaajukelme süfiliitilisest kahjustusest.

Närvisüsteemi haigestudes süüfilise teisesel perioodil, on haige kaebused ebamäärast laadi. Nad väljenduvad raskustundes peas, peapööritustes, iiveldushoogudes ja neuralgilistes valudes teatud närvipiirkondades, millega kaasuvad liikumis- ja tundlikkushäired. Puuduliku ravi puhul tekivad sageli kuulmis-, näo- ja nägemisnärvide kahjustused. Süüfilise teisesel perioodil on tähelestatud samuti kogu kehapoole paralüüsi, hüsteerilisi ja epileptiformseid hooge. Kõik need teise süüfilise puhul esinevad närvisüsteemi nähud mööduvad iseenesest ja alluvad väga hästi ravile. Süüfilise kolmandasel perioodil kannavad närvisüsteemi kahjustused palju raskemat ja püsivamat iseloomu. Pea- ja seljaaju gummoosne protsess võib lokaliseeruda ajukelmeis või esineda üksikute gummoossete sõlmedena kas ajuaines või ainult ajuarterides.

Ajukelme haigestumisi, s. o. meningiite iseloomustavad süüfilise kolmandasel perioodil mõningad väga iseloomulikud tunnused, olenevalt sellest, kas kahjustuvad ajupõhimiku-, aju poolkerade või seljaajukelmed. Ajupõhimikukelme kahjustumisel tekivad väga tugevad peavalud, mis esinevad eriti öösiti, iiveldus, oksendus, peapööritus, teadvuse kaotus, psüühiliste häirete sümptoomid, krambid, silmaliigutajanärvi ja näonärvide paralüüs jt. sümptoomid. Aju poolkerade kelme kahjustumisel (*meningitis cerebri siphilitica*) domineerivad psüühiliste häirete sümptoomid, üldised krambid, paralüüsid, tundlikkushäired, sageli mingil piiratud alal.

Protsessi lokaliseerumisel seljaajus on kliiniline pilt väga mitmesugune. Teiste sümptomide hulgas täheldatakse sageli jalgade pareesi, kusepõie ja pärasoole paralüüsi, sugulise erutuvuse nõrgenemist kuni täieliku impotentsuseni. Ajugummad arenevad sagedamini peaaigus, harvemini seljaajus. Olenevalt sellest, mis suguses ajuosas nad moodustuvad, tekivad erisugused haigusnähud, mis meenutavad ajukasvaja kliinilist pilti.

Eriti tõsised on närvisüsteemi haigestumised, mis on tingitud süfiliitilistest muutustest peajuarterides. Need arenevad aeg-

laselt, igasuguste eeltunnusteta ja võivad põhjustada ootamatult ilmuvaid raskeid psüühilisi, sensibileid, motoorseid häireid ja hemipleegiaid, millega kaasuvad mõnikord kõnevõimekaotus, epileptiformsed krambid ja isegi äkksurm.

**Seljaajukuive (*tabes dorsalis*) ja progressiivne paralüüs (*paralysis progressiva, dementia paralytica*).** Erirühma kuuluvad kaks tsentraalnärvisüsteemi süfiliitilist haigestumist: seljaajukuive ja progressiivne paralüüs. Need erinevad oluliselt teistest süüfilise nähtudest ja osaliselt ka teistest närvisüsteemi süfiliitilistest kahjustustest. Erinevus seisneb esiteks selles, et kahjustatud koe muutused nende haiguste puhul on teissuguse iseloomuga kui teiste süfiliitiliste kahjustuste puhul; teiseks, ajuvedelik omandab nende haiguste puhul mõningaid erilisi tunnuseid; lõppeks, nimetatud haigused alluvad palju halvemini või üldse mitte harilikule antisüfiliitilisele ravile, mis annab häid tulemusi kõigi teiste süüfilisvormide puhul. Seetõttu liigitatakse viimasel ajal seljaajukuive ja progressiivne paralüüs erilisse süüfilise neljandaste nähtude gruppi, s. o. nende nähtude ilmnemist loetakse uueks, neljandaseks perioodiks süüfilise kulus.

Neid vorme nimetatakse sageli veel praegugi para- ja meta-süüfilisteks, mis tähendab „süüfilisejärgne”. See nimetus on säilinud vanemaist aegadest, kui ei olnud veel lõplikult tõestatud nende haiguste süfiliitiline päritolu.

Arvestades seda, et nende haiguste puhul kahkjäs spirohheet tekitab iseloomulikke muutusi närvikoes endas, nimetab enamik arste neid õigusega neurosüüfilise parenhümatosseteks vormideks.

Progressiivne paralüüs ja seljaajukuive ilmnevad enamasti 10—20 aastat pärast nakatumist, kuid erandjuhtudel võivad need areneda ka väga varakult: 2—3 aastat pärast haigestumist.

Seljaajukuive peamisteks tunnusteks on: torkavad valud, eriti öösiti, võõratustunne, mitmesugused nn. kriisid, põlve- ja ahillesereflexide puudumine, nn. Argyll-Robertsoni sümptoom (pupillide reflektorne jäikus), Rombergi fenomen (vaarumine suletud silmi ja kooshoitud kandadega seismisel) ja ataksia, s. o. liikumishäire.

Neile peamistele tunnustele lisanduvad pupillide erinev laius ja kitsenemine, nägemisnärvide atroofia, kurtus jne. Haigus võib kesta aastaid ja aastakümneid.

Haige üldine enesetunne kannatab mõnikord väga vähe, sageli

aga halveneb see kiiresti ja lõppeks muutuvad haiged täielikeks invaliidideks.

Õigeaegselt alustatud ravi takistab enamail juhtudel haiguse edasiarenemist.

Progressiivse paralüüsi alg tunnusteks on sageli veidrused haige käitumises ja iseloomus. Seejärel areneb mälunõrgenemine ja võimetus ümbruses orienteeruda. Sel haigusperioodil jätkavad haiged harilikult töötamist ja ümbruskond ei kahtlusta neis alga- vaid psüühilisi häireid, pidades sääraseid haigeid neurasteenikuiks või ületöötanuks. Varsti areneb välja üks selge psüühiline häire neljast järgmisest psühhiaatrite poolt eristatavast vormist: 1) ekspansiivne (suurusluul), 2) depressiivne (üldine depressioon koos hüpohondriliste ja melanhoolsete ideedega), 3) dementne (lihtne nõdrameelsus) ja 4) rahutu, erutatud seisund (maniakaalsed olukorrad, sonimine). Koos sellega on väga iseloomulikud kõnehäired (kogelemine, ebaselge artikuleerimine) ja kirjutamishäired (käe- kirja korrapärasus, tähtede vahelejätmine, lohakus). Samuti võivad esineda närvisüsteemi orgaanilise kahjustuse tunnused: pupillide kuju ja liikuvuse muutus, nägemisnärvi atroofia, silmamusk- lite paralüüs, reflekside muutused ja lõppeks paralüütilised hood (apoplektilised insuldid koos enam või vähem väljakujunenud teadvushäiretega), mis harilikult kiiresti mööduvad, kuid kordu- vad. Hoogude vaheajad võivad olla väga mitmesuguse kestusega, kuid lõppeks tekib nn. paralüütiline marasm, mille puhul haige enam ei parane sügava nõdrameelsuse seisundist ja täielikust abitusest. Surm saabub sel puhul võrdlemisi kiiresti.

Haigus kestab 2—5 aastat. Kaasaegsed ravimeetodid (malaaria- pookimine jt.) võimaldavad sageli pidurdada haiguse arene- mist; tekivad pikemad või lühemad perioodid, millal haige on töö- võimeline.

Seljaajukuivet ja progressiivset paralüüsi täheldatakse ena- masti ainult ravimata või halvastiravitud haigeil. NSV Liidus esi- neb neid haigusi praegusel ajal väga harva. See seletub järsu süüfilisse haigestumise vähenemisega, üldise kultuursuse ja sani- taarhariduse tõusuga, varase arsti poole pöördumisega ja hästi- korraldatud nõukogude tervishoiu organisatsiooniga, mis tagab igale haigestunule tasuta kvalifitseeritud meditsiinilist abi, võtab arvele kõik suguhaiged ja kohustab neid endid õigeaegselt ning reeglipäraselt ravima.

## Kaasasündinud süüfilis (*sypbilis congenita*).

Enamik õpetlasi peab käesoleval ajal tõestatuks, et süüfilis ei ole päritav, s. t. et süüfilise edasiandmine ema munaraku või isa seemneraku (spermatozoidi) kaudu ei ole võimalik. Süüfilis antakse lapsele edasi ainult emaihus platsenta kaudu. Kaasaegse teaduse üldtunnustatud seisukoht on järgmine: „Pole olemas lapse süüfilist ema süüfiliseta.” Kui süüfilisse haigestunud naist ei ravita enne rasedust ja raseduse ajal, siis lõpeb rasedus kas varase abordiga (peamiselt neil juhtudel, kui nakatumine toimus natuke aega enne eostumist või varsti pärast seda) või — mis enam iseloomulik — hilise abordiga (enneaegse surnud või eluvõimetu loote sünnitamisega). Süüfilishaiged naised võivad sünnitada ka täiesti ajalisi, kuid ilmsete või varjatud süüfilise tunnustega lapsi, mõnikord, eriti paljude aastate pärast peale nakatumist, ka täiesti süüfilisvabu lapsi.

Loo te süüfilis. Loo te nakatumine toimub emaihus mitte varem kui neljanda raseduskuu lõpul või viienda kuu algul. Alles pärast neljandat raseduskuud tekivad süfiliitilistel loodetel iseloomulikud siseorganite muutused, kusjuures neis leidub rohkesti kahkjaid spirohheete. Et infektsioon kandub emalt lapsele vere kaudu, loote organism aga ei avalda küllaldast vastupanu, tekib tõeline spirohheetne sepsis, s. o. spirohheetide levimine kõigisse organitesse ja kudedesse.

Loo te süüfilist iseloomustab eriti maksa, põrna, kopsude, neerude, neerupealiste, kõhunäärme jt. siseorganite haigestumine. Eriti suurenenud ja tihe on maks, mille lahkamisel leitakse maksakive (maksakude on pruunikaskollane, tuhmi läikega, ilma selge sagarikulise jooniseta).

Kopsudes avastatakse valge pneumoonia, s. o. alveoolide täitumine degenerereerunud rasvväärastunud epiteelrakkudega ja puudulikult arenenud kopsukoe osadega. Säärane kops on tihenenud ja selle löikepind omab roosaka varjundiga valget või valkjaskollast värvust.

Eriti tüüpilised on muutused, mis tekivad toruluude luu ja kõhre piiril, nn. osteochondriidid (*osteochondritis sypbilistica*), mida iseloomustavad lubjastumishäired. Nagu on näha löikepinnal ja röntgenülesvõtetel, moodustab diafüüsi ja epifüüsi, s. o. luu ja kõhre vaheline piir normaalselt valge järsult piirdunud 0,5 mm laiuse joone. Osteochondriidi puhul see joon laieneb 2 mm-ni

ja enam, kusjuures epifüüsi poole pööratud äär muutub ebatasaseks ja hambuliseks. Edaspidi, luustumisprotsesside lakkamise tagajärjel, võib diafüüsi ja epifüüsi vahele tekkida lõhe, kusjuures epifüüs täielikult eraldub. Kui see toimub imikul (osteohondriite täheldatakse 3—6 kuu vanuseni), siis tekib mulje, nagu oleks tegemist paralüüsiga. Imik püüab valu tõttu hoida käekest või jalakest liikumatuna; kui last tõstetakse, siis labakäsi või küünarvars, olenevalt sellest, kus toimus epifüüsi eraldumine, langeb alla, kuigi lihased ja närvid on terved. Säärane näilik jäsemete paralüüs on saanud Parrot' pseudoparalüüsi nimetuse autori nime järgi, kes on esimesena kirjeldanud seda sümptoomi.

Vaatamata siseorganite suurenemisele kaalub süfiliitiline loode palju vähem kui samavanune terve loode. Vastupidi, süfiliitiline platsenta on suur ja raske.

Kaasasündinud süüfilist jaotatakse kulgemise erinevuste järgi kolme perioodi: imiku süüfilis, varase lapsea (*syphilis congenita praecox*) ja hiline kaasasündinud süüfilis (*syphilis congenita tarda*).

Imiku süüfilis. Emahus süüfilisest nakatunud ja elusaina sündinud lastel täheldatakse harva ilmseid kaasasündinud süüfilise tunnuseid. Kliinilised nähud kujunevad välja enamasti mõne päeva, nädala või isegi kuude jooksul, sagedamini hiljemalt kolmandal kuul pärast sündimist. Mida varem tekivad süüfilise nähud, seda ohtlikumad on need lapse elule. Lapsed, kellel juba sündimisel täheldatakse kaasasündinud süüfilise tunnuseid, on raskes seisundis. Nende juures domineerivad siseorganite kahjustused: maks ja põrn on tugevasti suurenenud, nad kannatavad kõhulahtisuse all, on väga kõhetud, nahaalune rasvkude on neil peaaegu täiesti välja arenemata, nahk on kare, kortsuline, hallikat värvust. Sageli esineb neil juhtudel peopesadel ja jalataldadel iseloomulik süfiliitiline villihaigus. Välimuselt meenutavad need lapsed väikest rauka. Hoolimata küllaldasest hoolitsusest ja ravist, sureb enamik sääraseid vastsündinuid varsti. Lastel, kellel kaasasündinud süüfilise sümptomid arenevad välja alles esimese 2—3 elukuu jooksul, on haiguse kliiniline pilt väga mitmekesine. Eriti iseloomulikud imiku kaasasündinud süüfilisele on naha süfiliidid, süfiliitiline nohu, süfiliitilised muutused siseorganites ja luustikus.

1. Naha süfiliidid sarnanevad teisese omandatud süüfilise lõövetega ja esinevad peamiselt papuloossete süfiliididena. Need süfi-

liidid lokaliseeruvad peamiselt jäsmeil ja näol. Peale selle täheledatakse kaasasündinud süüfilisega vastsündinuil väga iseloomulikke nahamuutusi, mis ei esine omandatud süüfilishaigeil; need on süfiliitiline villtõbi ja naha difuusne infiltratsioon.

Süfiliitilise villtõve (*pemphigus syphiliticus neonatorum*) esinemist peetakse väga haruldaseks ja raskeks kaasasündinud süüfilise nähuks. Neid villikesi võib leida juba sündimisel või need arenevad imiku esimestel elupäevadel. Seejuures moodustuvad peopesadel ja jalataldadel, harva ka säärtel ja küünarvartel, läätsetera- kuni kirsisuurused villid. Need on täidetud läbipaistva kollaka, mõnikord hemorraagilise vedelikuga. Villid asetsevad kergelt tihenened alusel ja on ümbritsetud infiltreerunud pruunikaspunaka vallikesega. Villide sisust võib kergesti leida kahkjaid spirohheete. Süfiliitilist villtõbe võib eristada epideemilisest e. streptogeensest vastsündinute villtõvest (vt. „Mädanikulised naha haigused”) iseloomuliku lööbe järgi peopesadel ja jalataldadel, kusjuures villikesed omavad infiltreerunud äärast. Süfiliitilisi villikesi võib leida juba sündimisel või need tekivad imiku esimestel elukuudel. Nendega kaasuvad harilikult teised kaasasündinud süüfilise nähud (maksa ja eriti põrna suurenemine, süfiliitiline nohu jt.).

Naha difuusne infiltratsioon, nagu süfiliitiline villtõbigi, esineb ainult kaasasündinud, kongenitaalse süüfilise puhul. Erinevalt villtõvest ei ilmu naha infiltratsioon esimestel elupäevadel, vaid sagedamini esimese kuni teise elukuu lõpul. Seda täheledatakse väga sageli rohkem kui pooltel kõigist varase kaasasündinud süüfilise juhtudest. Naha difuusne infiltratsioon esineb tuharail, peopesadel, jalataldadel ja näol, peamiselt suu ümbruses. Eriti iseloomulik on naha difuusne tihenemine peopesadel ja jalataldadel, mis tavaliselt ilmneb siin varem kui teistes kohtades, sageli juba 3-nda — 4-nda nädala algul. Nahk on seejuures paksenenud ja selle elastsus on kadunud. Kortsud on tasandunud. Nahk punetab kergelt ja näib lakeerituna. Eriti sile ja läikiv on nahk jalakandadel. Naha difuusne tihenemine suu ümber põhjustab sageli sügavaid lõhesid, mis paranedes jätavad kogu eluks iseloomulikke valgeid arme, mis kulgevad kiirtekujuliselt huulepunast ümbritsevasse nahasse. Need armid jäävad väga kauaks selgesti täheledatavaks ja on hiljem väärtuslikuks tunnuseks kaasasündinud süüfilise diagnoosimisel. Naha difuusne infiltratsioon võib mõnikord haarata laiemaid alasid, näiteks tuharate nahka, puu-

sade ja säärite tagumist pinda. Haige lapse nahal võib sageli leida, kõrvuti difuusete süfiliitiliste infiltraatidega, üksikuid paapuleid. Nahalöövetega kaasuvad sageli ka iseloomulikud küünemutused paronüühia näol (*paronychia syphilitica*), s. o. küünevallikeste põletik, mille puhul küünevallikeste ümber tekivad turse ja punetus. Nende alt eritub mõnikord vähesel hulgal mäda ja küüs ise muutub hapraks. Küünt mööda kulgevad risti ja põiki jooned. Mõnikord omandavad küüned pikerguse tõrulise vormi.

2. Süfiliitiline nohu (*rhinitis syphilitica neonatorum*) on kaasasündinud süüfilise üheks varaseimaks tunnuseks, mida avastatakse sageli juba sündimisel. Lapsel raskeneb ninahingamine, sisse- ja väljahingamine toimub kahinaga, laps nohiseb — kõik see äratab süüfilise kahtlust. Ninahingamise raskenemine on sageli takistuseks rinnaga toitmisel. Säärastel juhtudel tuleb tingimata lapse ninaõõnt hoolikalt puhastada. Kui rinnaga toitmine osutub võimatuks, tuleb üle minna emalt lüpstud piimaga toitmisele pudeli abil.

Süfiliitiline nohu, mis kujutab endast difuusset spetsiifilist nina limaskesta ja karbikute põletikku, on üheks tähtsaimaks kaasasündinud süüfilise sümptoomiks. Vastava ravi puudumisel muutub nohu krooniliseks ja võib kesta väga kaua. Protsess võib kanduda nina kõhrelistele ja luulistele osadele ja põhjustada terveks eluajaks säilivat nina deformatsiooni, nn. sadulnina, mille puhul ninajuur langeb sisse ja lamendub, kuna tunduvalt laienenud sõõrmetega ninatipp on pöördunud ülespoole.

3. Varasteks kaasasündinud süüfilise tunnusteks on ka muutused siseorganes. Siin toimuvad samuti difuused infiltratiivsed protsessid nagu nahagi difuusete infiltratsioonide puhul. Kõige sagedamini haigestuvad maks ja põrn: need on suurenenud, kompaktsed, siledad, ümmardunud äärtega. Palju harvemini kui maksa ja põrna muutusi, täheldatakse neerude haigestumist.

Üks sagedamaist varase kaasasündinud süüfilise sümptoomidest poeglastel on munandi haigestumine, mille tihenemise ja suurenemisega kaasub mõnikord vesitõbi.

4. Luustiku haigestumine on kõige sagedamaks kaasasündinud süüfilise tunnuseks. Peale eespoolmärgitud osteohondriidi, mida täheldatakse ka varases imikueas (peamiselt 3-nda kuni 4-nda elukuuni) ja mis oma arenemise kõrgstaadiumis tekitab Parrot' pseudoparalüüsi pildi, täheldatakse kaasasündinud

süüfilise puhul imikueas ka toruluude ja koljuluude ümbrise spetsiifilisi põletikke. Mõnikord paksenevad sõrmede esimesed, harvmini keskmised lülid värtnakujuliselt (*dactylitis s. phalangitis syphilitica*), meenutades iseloomulikku sõrmeliigeste tuberkulooset haigestumist. Erinevus seisneb selles, et nimetatud muutused ei põhjusta süüfilise puhul valu, mäda ega fistulite teket, nagu see toimub tuberkuloosel haigestumisel. Kiiru- ja otsmikuluude periostiidid tekitavad kolju kaju omapäraseid muutusi; nii näiteks kujuneb tuharatetaoline kolju, mis näib keskjoonelt sisselangenuna otsmikukõprude ja kiiruluude tugeva väljaulatumise tõttu. Teistel juhtudel annavad otsmiku esilekerkimine ja otsmikukõprude paksenemine kolju näoosa väikeste mõõtmete puhul näole pirnitaolise kaju.

Teistest süüfilise puhul imikueas esinevaist luumuutustest tuleb märkida sageli täheldatavat suure lõgeme varast ning enneaegset sulgumist, mis on samuti seotud ebanormaalse luustumisprotsessiga. Kaasasündinud süüfilise puhul moodustavad luustiku kahjustused 85% kõigist juhtudest. Erilist tähtsust omavad osteohondriidid, mille puhul röntgenülesvõte annab luudes toimuvaist patoloogilistest protsessidest iseloomuliku pildi. Tänu sellele selgub diagnoos mõnikord juba lapse esimestel elunädalatel, kui puuduvad veel nahamuutused.

Peale loeteldud sagedamate ja iseloomulikumate kaasasündinud süüfilise nähtude täheldatakse harvemini teisi tunnuseid närvisüsteemis, silma põhjas, lümfinaärmeis ja lapse üldises arenemises. Kaasasündinud süüfilist põdevail imikul, kes ei saa spetsiifilist ravi, ilmneb harilikult kehalises ja vaimses arenemises mahajäämine: nad hakkavad hiljem käima ja rääkima kui samaealised terved lapsed, samuti hilineb neil hammaste tulek. Nad on nõrgad, vähevastupidavad ja surevad sageli teiste haiguste tagajärjel. Kaasasündinud süüfilisega imikut tuleb toita ainult oma ema rinnaga. Neil juhtudel, kui see on võimatu, tuleb üle minna kunstlikule toitmisele, kuid mitte mingil juhul ei tohi lubada säärase lapse vahetut toitmist terve naise rinnaga.

Varase lapseea süüfilis (*syphilis congenita praecox*). Varase lapseea süüfilis tekib 1- kuni 4-aastastel (incl.) lastel. Selle perioodi põhiliseks erinevuseks on infektsiooni kalduvus varjatud olekuks. Enamikul juhtudel ei esine selles vanuses lastel aktiivseid haigusnähte; kui aga haigestumise tunnuseid täheldatakse, siis harilikult ühel organil. Seega erineb varase lapseea

süüfilis imikute süüfilisest, kuna viimase puhul tekib üheaegselt mitmete organite ja organisüsteemide haigestumine.

Varase lapseea süüfilis ilmneb nahal ennekõike samasuguste löövetena, mida täheldatakse omandatud süüfilise teisesel retsidiivperioodil. Sageli moodustuvad päraku, munandikoti, suurte häbememokkade ja kubemevoltide piirkonnas (s. o. kohtadel, kus esineb hõõrdumist ja ärritust) laiad kondüloomid (*condylomata lata*). Harvemini tekivad limaskestadel erosiivsed paapulid. Selles vanuses tekivad lastel sagedamini kui imikuil kurgu limaskesta süfiliitilised muutused, mis põhjustavad hääle kähisemist ja muid nähte, seoses kõri stenoosiga.

Pikkadel toruluudel täheldatakse sel perioodil harilikult valutult arenevat periostiiti. Samuti esineb sageli silmade soon- ja võrkkesta haigestumine — nn. horioretiniit, mille puhul silmapõhja vaatlus annab iseloomuliku pildi: silma põhi oleks nagu pipra ja soolaga üle külvatud. Need muutused avaldavad vähe mõju silma funktsioonidesse, kuid on sageli väga tähtsaks tunnuseks kaasasündinud süüfilise diagnoosimisel.

Siseorganeist täheldatakse mõnikord maksa ja põrna, harvemini neerude haigestumist. Varases lapseeas omavad kaasasündinud süüfilise puhul tähtsust ka närvisüsteemi haigestumised: vaimne arenematus, vesipea, nägemisnärv atroofia, ajusüüfilis koos ootamatult tekkivate paralüüsidega ja epileptiliste hoogudega, ajukelmete süfiliitiline põletik jt.

Sellele lisandub asjaolu, et ravimata kaasasündinud süüfilisega lastel võivad areneda varases lapseeas erandina ka gummoossed protsessid, näiteks nahagummad, sääre-, küünarvarre- ja kolju- luude gummoossed osteoperostiidid, samuti siseorganite gummad.

Hiline kaasasündinud süüfilis (*syphilis congenita tarda*). Selle all mõistetakse kaasasündinud süüfilist, mille puhul haigusnähud ilmnevad alates 5-ndast eluaastast, kõige sagedamini 7-nda ja 16-nda eluaasta vahel. Hiline kaasasündinud süüfilis kujutab endast kongenitaalse süüfilise hilist retsidiivi, mis tekib siis, kui kaasasündinud süüfilis on esinenud peidetud kujul, jäädes seetõttu diagnoosimata ja ravimata, või kui seda on varases lapseeas puudulikult ravitud.

Hilise kaasasündinud süüfilise nähud kulgevad samuti nagu omandatud süüfilise gummoosse perioodi nähud. Siiski esineb ka tunnuseid, mida täheldatakse ainult hilise kaasasündinud süüfilise puhul. Siia kuuluvad Hutchinsoni trias ja mõõgataolised sääred.

Hutchinsoni triase all mõistetakse järgmist haigestumise tunnust: 1) silma sarvkesta difuusne kahjustus, mis tekib harilikult 4-nda ja 14-nda aasta vahel, nn. süfiliitiline parenhümatosne keratiit (*keratitis parenchymatosa diffusa*); 2) äkki tekkiv kurtus, mis on sisekõrva kahjustuse tagajärg, ja 3) iseloomulik jäävhammaste muutus, mis väljendub poolkuutaoliste sälkude moodustumises ülemiste keskmiste lõikehammaste hambumispiinal.

Mõõgataolist säärt iseloomustab sääre kõverdumine ette koos samaaegse lamenumisega külgedel, mis on sääre-, mõnikord ka pindluu difuusse osteoperiostiidi tagajärg. Mõõgataolisi sääri täheldatakse harilikult mõlemal jalal ja mõnikord kaasuvad sellega öised valud.

Väga tüüpilisteks hilise kaasasündinud süüfilise tunnusteks on suu ümber ja eriti suunurkades lokaliseeruvad õrnad kiiretaolised armid, samuti horioretiniidi tagajärjel tekkinud silmapõhja muutused. Need tunnused osutavad imiku- ja varases lapseas põetud spetsiifilistele protsessidele.

Rohkearvulised luude kahjustused (eriti nende epifüsaarsetes osades) ja spetsiifilised sümmeetrilised liigete, eriti põlveliigese muutused, iseloomustavad kaasasündinud, mitte aga omandatud süüfilist.

Peale ilmsete kaasasündinud süüfilise tunnuste eristatakse veel tõenäolisi tunnuseid, nagu mahajäämine lapse vaimses ja füüsilises arenemises, mitmesugused koljudeformatsioonid, ebanormaalne kasv ja hammaste vorm, käte väikeste sõrmede lühenemine, kongenitaalne mõõkjätke puudumine, kõrge ja kitsas suulagi, ebanormaalne kõrvalesta vorm jne. Ükski neist tõenäolistest tunnustest nii üksikult kui ka tervikuna (s. o. kui on olemas mitu säärast tunnust) pole süüfilisele iseloomulikud. Järelikult nimetatud tunnuste põhjal ei tohi mingil juhul lõplikult diagnoosida kaasasündinud süüfilist, sest need tunnused võivad areneda ka teiste haiguste tagajärjel. Terve rea säärastate tõenäoliste tunnuste esinemisel tuleb haiguse kindlaksmääramiseks haiget põhjalikult uurida.

**K a a s a s ü n d i n u d s ü ü f i l i s e p r o f ü l a k t i k a.** Kaasasündinud süüfilise profülaktika seisneb rea abindite tarvituselevõtmises. Süüfilishaigeid tuleb energiliselt ja süstemaatiliselt ravida; haigeil on keelatud abiellumine kuni ravi täieliku lõpetamiseni.

Iga naine, kes on kunagi põdenud süüfilist, on kohustatud esimese raseduse ajal läbi tegema kolm ravikuuri, olenemata sellest, kui hästi või halvasti ta ravis end enne rasedust ja kui kaua

aega on möödunud nakatumisest. Säärast ravi tuleb alustada otsekohe pärast raseduse kindlakstegemist. Järgnevate raseduste ajal otsustab arst ravi vajaduse üle. Üheks põhiliseks kaasasündinud süüfilise profülaktikavahendiks on kõigi rasedate õigeaegne arvelevõtmine naiste nõuandlas, nende hoolikas läbivaatus koos kohustusliku vereuuringuga Wassermanni reaktsiooni suhtes.

Pärast süüfilise diagnoosimist rasedal tuleb viivitamata alustada spetsiifilist ravi, olenemata raseduse ajast ja haigusvormist.

Süüfiliskahtlastel rasedatel naistel (kel on olnud näiteks suguühme mehega, kes on hiljuti haigestunud süüfilisse ja omab suguorganil kõva šankrit) tuleb juba enne kliiniliste nähtude ilmumist teostada nn. preventiivravi, s. o. ravi, mis takistab haiguse arenemist.

Varast ja intensiivset ravi teostatakse mitte ainult haigusnähtudega, vaid ka väliste haigustunnusteta lastel, kui nende emad on põdenud süüfilist ja ravinud end halvasti või üldse mitte. Süüfilist põdenud rasedate lapsed, kes on sündinud ilma haigustunnusteta ja kelle emad on saanud korralikku ravi enne ning pärast rasedust või kellel teostati preventiivravi, kuuluvad pideva arstliku järelevalve alla. Kaasasündinud süüfilise profülaktikas omab suurt tähtsust sanitaarharidustöö teostamine naiste hulgas.

### Süüfilise diagnoosimine ja seroloogilised reaktsioonid.

Oigeaegne ja reeglipärane süüfilise diagnoosimine omab suurt tähtsust mitte ainult haige enda, vaid ka ümbruskonna suhtes. Tõepoolest, mida varem on haigus diagnoositud, seda soodsam on haiguse kulg ja prognoos. Ühtlasi, mida varem on alustatud ravi, seda kiiremini takistatakse haiguse edasiandmist ümbruskonnale.

Siiski tuleb meeles pidada, et vale diagnoos ja sellega seoses alustatud ravi on parandamatuks veaks, mida on raske edaspidi selgitada ja ümber lükata. Samal ajal on vale diagnoos haigetele seotud rea kohustustega ravi ning käitumise suhtes ja võib põhjustada raskeid moraalseid elamusi. Seepärast peab süüfilise diagnoos olema alati põhjendatud ja kindel.

Seetõttu kasutatakse diagnoosi kinnitamiseks peale kliiniliste ja anamnestiliste andmete veel teisi meetodeid. Nende hulgas omavad erilist tähtsust kõva šankri sekreedi või lähedalasetsivate näärmete uurimine kahkja spirohheedi suhtes, seroloogilised reaktsioonid vereseerumiga, röntgenoloogilised luustiku uurimised (eriti

kaasasündinud süüfilise diagnoosimiseks) ja seljaaju vedeliku analüüs süüfiliskahtlaste tsentraal-närvisüsteemi haigestumiste puhul.

Põhiliseks seroloogiliseks reaktsiooniks süüfilise puhul on Wassermanni reaktsioon, mille kõrval kasutatakse paari nn. pretsipitatsiooni- e. sadestusreaktsiooni (Kahni, Meinicke, Sachs-Vitebski jt.).

Wassermanni reaktsioon on samuti nagu pretsipitatsiooni-reaktsioonid hinnatavaks süüfilise diagnostika abimeetodiks ja eriti tähtsaks ravi edukuse näitajaks. Tähendatud reaktsioonide seropositiivne resultaat märgitakse, olenevalt nende reaktsioonide intensiivsusest, ristidega: ++++ ja +++ märgivad tugevasti positiivset reaktsiooni, ++ positiivset ja + nõrgalt positiivset resultaati. Nende reaktsioonide positiivsed resultaadid näitavad, et veres toimuvad erilised muutused, mis tekivad kõige sagedamini süüfililise infektsiooni mõjul, kuid mis palju harvemini ja vähemal määral esinevad ka mõnede teiste haiguste, näiteks malaaria, lepra, kõhutüüfuse, sarlakite jt. puhul. Seroloogilised reaktsioonid võivad osutada positiivseks seedetrakti- ja mitmesuguste ainevahetushäirete puhul, samuti pärast narkoosi ja mõningate ravimite (näiteks digitaalise) kasutamist ja isegi sel juhul, kui haige on uurimiseks teostatava verevõtmise eelpäeval joonud palju alkohoolseid jooke. Erandjuhtudel võib reaktsioon osutada positiivseks ka täiesti tervel naisel raseduse puhul. Püsivalt ja tugevasti positiivne on reaktsioon aga sagedamini süüfilise puhul, olles seetõttu väärtuslikuks tunnuseks süüfilise diagnoosimisel.

Negatiivne reaktsioon ei tõenda veel süüfilise puudumist, sest see on kõikuv nagu iga teinegi sümptom. Haiguse algul, umbes 5—6 nädala jooksul pärast nakatumist, on Wassermanni reaktsioon negatiivne ja muutub positiivseks alles 2—3 nädala vältel pärast kõva šankri ilmnemist. Värsketes ja teisese perioodi retsidiivsete löövetes esinemisel on reaktsioon tavaliselt positiivne. Aktiivsete nähtudega süüfilise kolmandasel perioodil on reaktsioon positiivne umbes 90% ulatuses. Haiguse varjatud perioodil näitab reaktsioon suuri kõikumisi. Positiivsed seroloogilised reaktsioonid muutuvad spetsiifilise ravi mõjul koos teiste haigusnähtude kadumisega sageli negatiivseks. Siiski on vere positiivne reaktsioon kõige kindlamaks tunnuseks, et haigus pole veel möödunud. Negatiivse Wassermanni reaktsiooni muutumine positiivseks on süüfilishaigel sageli ka algava kliinilise retsidiivi eel-

tunnuseks. Haiged, keda ravitakse spetsiifiliselt, alluvad perioodiliselt mitte ainult kliinilistele, vaid ka seroloogilistele uurimistele. Otsus küllaldase ravi ja lõpliku paranemise kohta antakse kõigi nende uurimiste alusel. Süüfilise seroloogilised reaktsioonid omavad peale diagnostilise ja raviefektiivsust näitava tähtsuse suurt osatähtsust ka süüfilise ühiskondlikus profülaktikas. Need reaktsioonid võimaldavad avastada süüfilise varjatud vormidega haiged, kes mõnikord isegi ei ole teadlikud oma haigusest (nn. teadmata süüfilis — *syphilis ignorata*). Samuti on seroloogilised reaktsioonid abiks süüfilishaige perekonnaliikmete ja rasedate läbivaatusel. Vereuringuid teostatakse samuti elanikkonna massiliste järelevaatuste korral meditsiiniliste eriekspeditsioonide töö juures ja eelneval järelevaatusel, mida tehakse isikute suhtes, kes asuvad niisugustele töödele, kus on eriti suur süüfilise levitamise oht, näit. lasteasutistesse või toiduainete tööstuse ettevõttesse.

Wassermanni reaktsiooni positiivne resultaat, mis on saadud vereuringul isikuil, kes ei tea süüfilisse nakatumisest minevikus ja kes ei oma mingeid teisi haiguse tunnuseid, võib põhjustada nende isikute haigekstunnistamist ja ravi alustamist ainult sel juhul, kui see resultaat on tugevasti positiivne ja jääb sääraseks korduvaal vereuringuil, mis on teostatud mitmetes laboratooriumides. See nõue on vajalik eksimiste vältimiseks, sest Wassermanni reaktsioon on väga tundlik.

Verevõtmise tehnika. Wassermanni ja pretsipitatsioonireaktsioonideks võetakse kubitaalveenist 10 ml verd. Selleks asetatakse küünarnukist natuke kõrgemale, õlavarre alumisele kolmandikule, kummivoolik, nii et veenide nähtava paisumise juures pulss ei kaoks täiesti. Nahk desinfitseeritakse piirituse, bensiini või eetriga, haigel lastakse käsi rusikasse tõmmata ja torgatakse hästi süstla otsa kinnitatud nõel tugevaimini paisunud veeni, kusjuures veen fikseeritakse, vasaku käe põidlagaga nahka veeni kulgemise suunas, umbes 10 cm nõelatorkekohast allapoole, pingule tõmmates. Süstlat tuleb hoida koos temale kinnitatud nõelaga nii, et nõela lõikepind oleks pööratud väljapoole, ja juhtida seda pea-aegu paralleelselt nahapinnaga. Kui veeni eesmine sein on läbitud, lükatakse nõel natuke edasi veeni õõnde ja süstla kolvi abil pumbatakse välja vajalik hulk verd. Pärast seda eemaldatakse kummivoolik, tõmmatakse kiire liigutusega nõel veenist välja ja torkekohale asetatakse steriilne vatt-tampoon. Seejärel kästakse haigel endal tampoonile suruda ja kätt 1—2 minutit ülal hoida.

Süstlast saadud veri lastakse, enne nõela eemaldades, steriilsesse kuiva katsuklaasi, millele kleebitakse paberiribake haige perekonnanimega ning eesnime initsiaaliga ja verevõtmise kuupäevaga. Verevõtmiseks kasutatav süstel ja nõel peavad olema steriilsed; pärast keetmist on soovitatav neid läbi loputada steriilse füsioloogilise lahusega. Katsuklaas verega saadetakse võimalikult kiiresti laboratooriumi. Kui see on võimatu, jäetakse see 1—2 tunniks toatemperatuuriga ruumi, seejärel hoitakse kuni laboratooriumi saatmiseni jahedas kohas.

Viimasel ajal on seerumi saatmiseks kasutusele võetud nn. kuivtilgameetod, mida kasutatakse tihti seal, kus on raskusi vere transportimisega kaugel asetsevasse laboratooriumi.

Väikestelt lastelt võetakse verd kolju- ja kägiveenidest. Kui see ei õnnestu, saadakse verd skalpelliga tehtud sügavast sisselõigust jalakanna nahal.

Seroloogilisteks uuringuteks kasutatavat verd tuleb võtta enne söömist. Haiged ei tohi enne seda 3 ööpäeva jooksul tarvitada alkoholi, narkootilisi preparaate ega digitaalset.

Sooltehäirete, gripoosse seisundi või ükskõik missuguse akuutse infektsiooni puhul ei soovitata diagnostiliseks otstarbeks verd võtta. Säärastel juhtudel tuleb verevõtmist teostada mitte varem kui 1—2 nädalat pärast haiguse põdemist.

### Süüfilise ravi.

Käesoleval ajal ei kahelda enam selles, et süüfilis on ravitav. Täieliku tervistumise võimalus on seda suurem, mida varem on alustatud ravi ja mida intensiivsemalt ning regulaarsemalt seda teostatakse. Soodsaim moment selleks on esmase süüfilise seronegatiivne periood, millal haigel on alles mõni päev tagasi tekkinud kõva šanker, kusjuures lähedalasetsevate näärmete suuremine veel puudub ja Wassermanni reaktsioon annab negatiivseid tulemusi. Sel perioodil õnnestub enamik juhtudel läbi viia nn. abortiivravi, mis kiiresti katkestab haiguse arenemise. Mida hiljem alustatakse süüfilisvastast ravi, seda kauem see kestab ja seda väiksemad on täieliku tervistumise võimalused.

Sellest hoolimata tuleb kindlasti ravida iga süüfilishaiget. Isegi hiljaalustatud spetsiifiline ravi surmab kiiresti kahkjad spirohreedid välistes süüfilise nähtudes, muutes sellega haige ümbruskonnale ohutuks. Ühtlasi võimaldab ta peatset süüfilistiliste

nähtude paranemist, takistab kliiniliste retsidiivide ilmnemist ja enamasti väldib süüfilise kõige hirmsamate tagajärgede — seljaajukuive, progressiivse paralüüsi, südame- ja veresoonte haiguste — teket.

Süüfilise raviks kasutatakse nn. spetsiifilisi vahendeid, mille hulka kuuluvad salvarsaan, vismut, elavhõbe ja jood.

**Salvarsaan.** On olemas palju mitmesuguseid salvarsaanpreparaate, mis kujutavad endist orgaanilisi arseeniühendeid. Nõukogude Liidus kasutatakse käesoleval ajal peamiselt kodumaal toodetavaid preparaate: novarsenooli, müarsenooli, osarsooli, sovarseeni ja harvemini välismaisi preparaate: neosalvarsaani, neoarsfenamiini, mafarseeni ja evarsaani.

1909. a. soovitas Ehrlich esimesena süüfilise raviks kasutada salvarsaanpreparaati — vana salvarsaan (606) —, mis oli saadud tema 606-nda katse tulemusena leiutada selline arseenpreparaat, millega oleks võimalik täielikult organismi steriliseerida, ilma viimast kahjustamata.

Kuna veenisiseseks süstimiseks kasutatava lahuse valmistamine oli keeruline, asendati see esialgne salvarsaanpreparaat, hoolimata selle tugevast ravitoimest, juba varsti peaaegu kõikjal uue, temale keemiliselt koostiselt lähedase neosalvarsaanpreparaadiga (914).

**914 tüüpi preparaadi lahuse valmistamise ja süstimise tehnika.** Meie kodumaine preparaat *n o v a r s e n o o l*, mis on täiesti identne preparaadiga 914, kujutab endast oranžikaskollast juba väikeses hulgas vees kergesti lahustuvat pulbrit. Kuna õhuga kokku puutudes novarsenool, nagu kõik 914 tüüpi preparaadid, kergesti oksüdeerub väga mürgiseks ühendiks, siis lastakse ravim välja õhukindlaid ampullides doseeringuis 0,15; 0,3; 0,45 ja 0,6. Ampulli sisu lahustatakse, olenemata doosist, 5 ml-s vees. Enne lahuse valmistamist on vaja ampulli hoolikalt kontrollida. Juhul, kui ampullis avastatakse pragusid, pulbri värvuse muutust, selle seinte kleepumist või tükikeste moodustumist, ei tohi säärasid ampulli tarvitada. See ampull tuleb kõrvaldada, sest säärasid tunnused näitavad, et pulbris on toimunud muutused, mis selle kasutamisel võivad esile kutsuda mürgistusnähte. Novarsenooli lahustamiseks tarvitatakse värskelt destilleeritud ja steriliseeritud toatemperatuurilist või kergelt soojendatud vett, kuid mitte üle 21°. Olles valmistanud steriilses klaas- või fajanssvannikeses

5 ml säärast vett ja veendunud ampulli kõlblikkuses, saetakse spetsiaalse viiliga maha ampulli kael, mida enne hoolikalt hõõrutakse piirituse või eetriga. Avatud ampulli sisu puistatakse aeglaselt veepinnale ja segatakse seda steriilse klaaspulgakesega või vanni kerge raputamisega kuni täieliku lahustumiseni. Energiline segamine ja raputamine pole lubatud. Saadud kaunis kange tee värvusega lahus peab olema täiesti läbipaistev ega tohi sisaldada mingisugust sadet. Novarsenoolilahuste rohkem kui 5-minutilise õhuga kokkupuutumine põhjustab lahuste küllaldast oksüdeerumist. Sääraste lahuste süstimine kutsub haigetel esile kõrvalnähte. Seepärast tuleb novarsenoolilahuseid valmistada iga haige jaoks eraldi vahetult enne tarvitamist ja neid otsekohe süstida. Valmistatud novarsenoolilahus tõmmatakse steriilsesse süstlasse viimasele kinnitatud peene steriliseeritud nõela kaudu. See on vajalik lahuse valmistamise ajal lahusesse sattuvate peente klaasikildude süstlasse tungimise vältimiseks. Novarsenooli, samuti nagu sellega analoogiliste välismaiste neosalvarsaani, neoarsfenamiini, evarsaani jt. preparaatide lahuseid, tarvitatakse veenisisiselt. Süstimisi teostatakse patsiendi istuvas, väga nõrkade või närviliste haigete puhul ka lamavas asendis ühte kubitaalveeni. Süstitava käe ettevalmistus ja veeni läbitorge teostatakse samuti nagu verevõtmisel (vt. „Verevõtmise tehnika“). Kui süstla nõel koos lahusega satub veeni, mida tuntakse verenire ilmumisest süstlas, eemaldatakse kummivoolik, haige avab rusika ja lahus juhatakse võimalikult aeglasemalt (1,5—2 minuti jooksul) veeni. Süstimise ajal tuleb kogu aeg jälgida nõela õiget asendit veenis, milleks perioodiliselt pumbatakse süstlasse vähesel määral verd. Ka kõige väiksema hulga lahuse sattumisel nahka või nahaalusesse koosse moodustuvad valulised infiltraadid, mille resorbeerimiseks kasutatakse paikset soojust (tulised vannid, soojendajad, kompressid jt.).

914 tüüpi preparaate ordineeritakse, arvestades 0,12 päeva kohta. Alatakse väiksemaid ühekordseist annustest 0,15—0,3. Järk-järgult tõstetakse annust maksimumini — 0,6, mida süstitakse üks kord 5 päeva jooksul. Üldse manustatakse haigele ühe kuuri vältel 4,0—5,5 g (olenevalt haiguse kujust). Neil juhtudel, kui veenisisene süstimine on tehniliselt läbiviidamatu, näit. väga tüsedatel haigetel ja lastel, samuti mõningate muude näidustuste korral, kasutatakse müarsenoolpreparaati.

Müarsenool kujutab endast 914 tüüpi preparaati, mis on mää-

ratud muskklisiseseks süstimiseks. Seda lastakse välja samuti nagu novarsenooli õhutühjades ampullides ja samasugustes annustes. Müarsenool on kohev õlgkollane pulber, mis lahustub kiiresti vees. Müarsenoolilahuste valmistamisel tuleb jälgida samu reegleid nagu novarsenooli puhul, ainult selle vahega, et lahuse valmistamiseks võetakse mitte 5 ml, vaid 1,5–2 ml vett.

Müarsenoolilahust süstitakse muskklisisesi välimisse ülemisse tuharakvadranti, kusjuures peab täpselt täitma kõiki muskklisese süstimiste reegleid. Müarsenooli annus on samasugune kui novarsenoolil.

**Osarsool.** Osarsool on orgaaniline arseenpreparaat suu kaudu manustamiseks. See kujutab endast lumivalget pulbrit, mis on vees lahustumatu, kuid lahustub kergesti soodalahuses. Osarsooli lastakse välja 0,25-grammistes pulbrites või tablettides. Osarsooli kasutatakse järgmistel juhtudel: süüfilishaigete raviks, kellel on võimatu kasutada teisi salvarsaanpreparaate; süüfilishaigete vast-sündinute ja väikelaste ravimisel, kellele on raske teha veeniseseid süsteid; siseorganite- ja närvisüsteemisüüfilise ravimisel neil juhtudel, kui tuleb tarvitada orgaanilisi arseeniühendeid, ja rea teiste haigete juures, kes omavad erilisi näidustusi. Osarsooli ordi-neeritakse 5 päevaks, pärast seda peab järgnema kolmepäevane vaheaeg. Esimesel viispäevakul ordineeritakse: esimesel päeval hommikul tund aega enne sööki — 1 tablett või pulber (0,25), teisel päeval hommikul ja õhtul tund aega enne söömist á 1 tablett, kolmandal päeval hommikul tund aega enne söömist 2 tabletti (0,5) ja õhtul 1 tablett, neljandal ja viiendal päeval hommi-kul ja õhtul tund aega enne söömist á 2 tabletti. Siis järgneb 3-päevane vaheaeg. Edaspidi ordineeritakse preparaati viie päeva jooksul á 2 tabletti hommikul ja õhtul; pärast iga viiepäevast osarsooli sissevõtmist järgneb kolmepäevane vaheaeg. Üldse ordi-neeritakse terveks kuuriks täiskasvanule 40 g; lastele määratakse osarsooli samuti nagu täiskasvanuilegi: 2 korda päevas vanusele vastavais annuseis. Tuleb kindlasti meeles pidada, et haigele ei tohi kätte anda osarsooli rohkem, kui on vajalik viieks päevaks, ja et osarsooli tarvitamine samaaegselt teiste arseenpreparaati-dega on lubamatu.

**Arseenoksüüdid.** Viimastel aastatel tarvitatakse süüfilise raviks arseeni orgaaniliste ühendite preparaate, mis on tuntud arseen-oksüüdi de nime all. Nõukogude Liidus tarvitatakse kodu-maal toodetud arseenoksüüdi — so varseeni, välismaistest

preparaatidest peamiselt mafarseeni jt. Kõik arseenoksüüdide preparaadid kujutavad endist valget hügrokoopset pulbrit, mis lahustub kergesti vees. Arseenoksüüdide värsked lahused on läbipaistvad, värvita või omavad kergelt kollakat, kreemi varjundit. Arseenoksüüdide põhiliseks erinevuseks, võrreldes 914 tüüpi preparaatidega, on see, et nende lahused ei rikne nii kiiresti ja võivad jääda õhu kätte 2 tunniks. Seepärast võib arseenoksüüdide lahuseid valmistada korraga mitme haige jaoks.

Sovarseeni lastakse välja ampullides, kvantumis, mis on arvestatud süstimiseks kahele või viiele inimesele: 0,09 (2 annust á 0,045); 0,14 (2 annust á 0,07); 0,225 (5 annust á 0,045) ja 0,35 (5 annust á 0,07). Mafarseeni lastakse välja ampullides, mis sisaldavad ühekordseid individuaalseid annuseid á 0,04 ja 0,06 ja kümnekordseid annuseid: 0,4 (10 annust á 0,04) ja 0,6 (10 annust á 0,06).

Arseenoksüüdide lahust valmistatakse sääraselt, et 1 ml-s lahuses sisalduks 0,01 preparaati. Nii näit. 0,35 sovarseeni tuleb lahustada 35 ml-s vees, 0,6 mafarseeni tuleb lahustada 60 ml-s vees. Individuaalse annuse süstimiseks võetakse süstlasse üldlahusest nii palju milliliitreid, kui palju sentigramme preparaati tuleb haigele süstida.

Valmistades arseenoksüüdide lahust, tuleb olla eriti tähelepanelik ampulli valikul, et mitte segi ajada doseeringut, ja mitte süstida haigele eksikombel kümnekordset annust. Erinevalt novarsenoolist ja teistest 914 tüüpi preparaatidest tuleb vette raputatud arseenoksüüdpulbrit steriilse klaaspulgakesega energiliselt segada. Arseenoksüüdide lahuseid tuleb tarvitada alles 15—20 minuti möödudes pärast valmistamist. Selle aja jooksul jõuavad lahustumisel tekkivad mullikesed täielikult lahusest lenduda. Määrumise ärahoidmiseks tuleb nõu koos lahusega katta steriilse marliga. Kõiki arseenoksüüde kasutatakse veenisiseselt. Arseenoksüüdide lahuste süstimine, erinevalt novarsenooli ja sellega analoogiliste preparaatide süstimisest, peab toimuma väga kiiresti: 10—20 sekundi vältel. Salvarsaanpreparaatide süsteid veenisisesi soovitatakse teostada mitte varem kui 2—3 tundi pärast söömist. Pärast süstimist ei tohi haige süüa 1,5—2 tunni vältel.

**Salvarsaanpreparaatide tarvitamise näidustused ja vastunäidustused.** Salvarsaanpreparaadid on võimsaiks süüfilisvastaseiks ravivahendeiks. Salvarsaani ilmumisega hakati tarvitama süüfilise abortiivravi. Spetsiifilise ravi kõige aktiivsemaks meetodiks on sal-

varsaani ja vismuti või elavhõbeda kombineeritud ravi. Salvarsaan võib osutada terapeutilist mõju neil juhtudel, kui vismut, elavhõbe või jood seda üksinda ei näita. Salvarsaanpreparaadid osutavad head toimet kõigisse süüfilise nähtudesse ja seepärast tarvitatakse neid süüfilise esmasel ja teisesel perioodil, siseorganite ja tsentraal-närvisüsteemi kahjustuste puhul.

Tuleb siiski meeles pidada, et salvarsaanpreparaadid ei ole täiesti indiferentsed vahendid. Nende tarvitamine võib tekitada nn. kõrvalnähte, eriti kui ei jälgita nende tarvitamise vastunäidustusi. Eristatakse absoluutseid vastunäidustusi, s. o. sääraseid haige seisundeid, mille puhul on täiesti keelatud salvarsaanpreparaatide kasutamine, ja relatiivseid vastunäidustusi, mille puhul preparaate võib tarvitada ainult suure ettevaatusega. Viimasel juhul tuleb alata väga väikestest annustest ja tõsta neid järk-järgult ning igale haigele individuaalselt, rangelt arvestades tema üldseisundit. Seepärast tuleb enne salvarsaanpreparaatide ordineerimist haige iga kord hoolikalt arsti poolt läbi vaadata. Salvarsaanpreparaatide manustamisel tekkinud kõrvalnähte võib ära hoida ja tunduvalt vähendada kõigi vastunäidustuste täpse tundmisega, haige hoolika järelevalvusega enne süstimist, lahuse valmistamise ja süstamise tehnika nõuetest kinnipidamisega, samuti hoolika järelevalvega haige üle ravi ajal, eriti süstimisjärgseil päevil. Nende nõuete täitmisest hoolimata tekib siiski vähesel hulgal kõrvalnähte, mis seletub haigete individuaalse tundlikkusega.

**Kõrvalnähud, nende profülaktika ja ravi.** Kõrvalnähud, mis tekivad salvarsaanpreparaatidega ravimisel, võib jagada nende ilmumise aja järgi kolme gruppi:

- 1) nähud, mis tekivad kohe süstamise ajal või lähematel tundidel pärast süstimist;
- 2) nähud, mis tekivad süstimisjärgseil päevil, ja
- 3) hilisemad nähud, mis arenevad pika aja möödumisel.

Kõrvalnähtude esimesse gruppi kuuluvad: 1) omapärane küüslaugu-, eetri- või palderjanilõhna tundmine, mis tekib süstamise ajal ja mida saadab mõnikord iiveldus või oksendamine; 2) äkiline punetuse tekkimine näol, raskendatud hingamine, ängistav tunne rinnus, äge pulsi kiirenemine, mis tekib harilikult süstamise ajal või mõne minuti jooksul pärast süstimist. Säärane hoog, mida nimetatakse nitroiidseks kriisiks, kestab harilikult mõned minutid, mille järel näo punetus väheneb, pulss aeglustub, hingamine muutub normaalseks, ja hoog lõpeb 10—15 minuti

pärast. Mõnikord kaasub säärase hooga kiiresti mööduv nõgestõvelööve. Nitroidse kriisi tekkimisel tuleb haige panna lamama ja süstida talle viivitamatult nahaalusi 0,5—1 ml adrenaliinilahust (1:1000) ja 1 ml 10%-list kofeiinilahust. Ode, kes valmistab salvarsaanpreparaatide lahuseid, peab hoolitsema, et tal alati oleksid käepärast ampullid adrenaliini ja kofeiiniga. Sellesse kõrvalnähtude gruppi kuuluvad ka palavikulised reaktsioonid. Esmase ja värske teise süüfilise juhtudel tekib pärast esimest salvarsaanisüstet sageli nn. spirohheetne palavik ehk Lukaševitš—Jarisch—Herxheimeri reaktsioon. Viimast iseloomustab haige üldine palavikuline seisund ja temperatuuritõus kuni 39—40°, mis tekib harilikult 3—8 tundi pärast süstimist. Kui haigel esineb süfiliitiline lööve, siis täheldatakse selle ümber punetuse ja turse tekkimist. Seda reaktsiooni seletatakse kahkjate spirohheetide tugeva lagunemisega ja nende toksiinide vabanemisega. Harilikult mööduvad need nähud ööpäeva jooksul ega ole vastunäidustuseks ravi jätkamisele. Reaktsiooni tekkimist on kerge vältida, kui enne esimest salvarsaanisüstet tehakse 2—3 vismuti- või elavhõbedasüstet. Palju harvemini võib väikesi temperatuuritõuse täheldada iga süste järel; need mööduvad harilikult ööpäeva jooksul. Mõnikord esinevad patsiendil pärast igakordset süstimist õhtune temperatuuritõus ja peavalu. Lõppeks eristatakse veel 9-nda päeva palavikku ja erüteemi. See kõrvalnäht tekib harilikult pärast seda, kui patsient on saanud 3—4 süstet, s. o. 7—12-ndal päeval pärast esimest süstimist, ja väljendub üldises palavikulises seisundis, millega sageli kaasuvad angiin ja sarlakeid, punetisi või leetreid meenutav nahalööve. Kõik kõrvalnähud, peale Lukaševitš—Jarisch—Herxheimeri reaktsiooni, näitavad haigete halba salvarsaanpreparaatide taluvust ja nõuavad viimaste edaspidisel tarvitamisel ettevaatust.

Kõrvalnähtude teise ja kolmandasse gruppi (s. o. nähtude gruppi, mis tekivad lähimail päevil või mõne nädala jooksul pärast süstimist) kuuluvad mitmesuguse raskusega salvarsaandermatiidid, kollatõved ja kõige tõsisem komplikatsioon — nn. seroosne apopleksia ehk hemorraagiline salvarsaanentsefaliit, mis enamail juhtudel lõpeb surmaga. Õnneks esineb see kõige raskem komplikatsioon väga harva, tekkides harilikult 2—3 päeva pärast 2—4-ndat süstimist. Selle komplikatsiooni kliiniline pilt koosneb reast raskest ajusümptomidest: peavalust, kiiresti kasvavast teadvuse

tumenemisest, epileptiformseist krampidest, tugevast ärrituvusest jne. Varsti langeb haige teadvetusse ja sureb harilikult 2—4 päeva jooksul pärast haigestumise algust. Selle raske komplikatsiooni raviks soovitatakse välja lasta suurel hulgal verd (300—400 ml), süstida adrenaliinilahust (1 : 1000) 0,5 ml suurustes hulkades mõned korrad päevas, 10—30%-list naatriumhüposulfiidi- või 40%-list glükoosilahust koos askorbiinhappega; soovitatavad on ka uinutid ja narkootikumid. Südametegevuse ergutamiseks süstitakse kofeiini. Põhjused, mis soodustavad hemorraagilise entsefaliidi tekkimist, pole veel kindlaks tehtud. Sagedamini tekib see suurte ühekordsete dooside tarvitamisel noorte, pealtnäha tugevate ja tervete haigete juures.

Mõned tähelepanekud näitavad, et haige psüühika häired ravi ajal võivad olla selle raske komplikatsiooni põhjuseks. Süüfilis-haigeid teenindav meditsiiniline personal peab alati meeles pidama, et kuigi haiged suhtuvad näilikult ükskõikselts oma haigusesse, võib see haigus neile põhjustada raskeid psüühilisi läbielamusi, mis on sageli seotud vale kujutlusega süüfilise mitteravitavusest. Meditsiiniline personal peab pidevalt aitama säilitada haigete head tuju, selgitades neile, et haigus on ravitav ja et ravi tagajärjed olenevad haigete endi täpsusest ning arsti nõuannete täitmisest.

Dermatiidid ja kollatõved, mis tekivad haigetel pärast salvarsaanpreparaatide süstimist, jagatakse varasteks ja hilisteks. Dermatiidid tekivad harilikult varsti pärast süstimist ja on vahel kerge, vahel väga raske kuluga. Hilised dermatiidid ja kollatõved tekivad harilikult mõne nädala kuni kahe või rohkema kuu jooksul pärast süstimist ja neile on iseloomustav raske ja kestav kulg. Peale tähendatud komplikatsioonide võivad tekkida mõni aeg pärast salvarsaanpreparaatide süstimist ka teised komplikatsioonid, nagu verejooksud (nahal, emakas ja limaskestadel), rohked liigestehaigused, psühhoosid, verehaigused, mitmete perifeersetes närvides põletikud, nn. salvarsaansed polüneuriidid jt. Sääraste komplikatsioonide ilmnemine kohustab kas lõplikult või teatud ajaks katkestama arseenpreparaatide edasise tarvitamise.

Nagu tähendatud, omavad igakülgned ja hoolikas haigete järele vaatust, salvarsaanpreparaatide tarvitamise reeglite täpne täitmine ja haigete individuaalse salvarsaanpreparaatide halva taluvuse arvestamine peamist tähtsust raskete komplikatsioonide profülaktikas.

**Vismutpreparaadid.** Vismutpreparaate hakati tarvitama süüfilise raviks alates 1921. a. Võrdlemisi lühikese ajaga omandasid need preparaadid süüfilisvastaste vahendite hulgas kindla koha. Enim kasutatakse vismuti lahustumatuid preparaate, mida süstitakse ölisuspensioonina muskklisisi. Neid talutakse kergemini kui isegi lahustuvaid elavhõbedasooli.

Vismutpreparaate kasutatakse edukalt kõigi süüfilisperiodide raviks. Vismutravi, mis on kergemini talutav ja mis tekitab mürgistusnähte harvemini kui elavhõbe, kasutatakse sageli nõrkade ja kurnatud haigete juures. Vismutravi paremusi täheldatakse peamiselt süüfilise gummoosse perioodi haavandiliste vormide, närvisüsteemisüüfilise ja mõningate siseorganite süüfilise vormide puhul. Vismutisüsteid võib kombineerida salvarsaanpreparaatidega. Selline kombineeritud vismut-salvarsaanravi on efektiivsem kui salvarsaanravi üksi või isegi elavhõbe-salvarsaanravi. Seepärast määratakse vismut-salvarsaanravi alati esmase ja teisese süüfilise esimeseks ravikuuriks, mis peab olema eriti intensiivne.

Süüfilise raviks on olemas mitmesuguseid vismutpreparaate. Nõukogude Liidus kasutatakse peaaegu eranditult kodumaise päritoluga vismutpreparaate, mis kannavad nimetust bijokinool ja bismoverool.

**Bijokinool** (*Bijochinol*) kujutab endast 8%-list kiniinsoola ühendit vismut-joodhappega steriilses puhastatud virsiku- või mandliõlis. Sellel suspensioonil on helepunane värvus. 1 ml suspensiooni sisaldab 0,024 g metallilist vismutit. Enne tarvitamist tuleb bijokinoolipudelit soojendada, asetades seda kuuma vette, ja seejärel tugevasti loksutada, et saada ühtlane suspensioon. Preparaati süstitakse lihasesisesi tuhara ülemisse välimisse kvadranti 2—3 ml kas ülepäeviti või üks kord 3 päeva jooksul, arvestades 1 ml suspensiooni päeva kohta. Värske süüfilise puhul soovitakse 3 päeva kohta 4 ml bijokinooli. Üldse määratakse kuuri kohta täiskasvanuile 50 ml suspensiooni.

Lastele, kes igas vanuses hästi taluvad bijokinoolisüsteid, manustatakse preparaati muskklisisi 2 korda nädalas, doseerides seda vastavalt vanusele.

**Bismoverool** (*Bismoverol*) kujutab endast 7,5%-list piimavärvusega kompleksvismuthappe ja viinakivihappe suspensiooni steriilses, puhastatud taimeõlis: 1 ml suspensiooni sisaldab 0,05 g metallilist vismutit. Nagu bijokinooli-, nii ka bismoveroolipudelit tuleb enne tarvitamist soojendada ja tugevasti loksutada. Prepa-

raati manustatakse musklistisesi 1 ml ülepäeviti või 1,5 ml kaks korda nädalas. Kokku määratakse üheks kuuriks 20 ml suspensiooni.

**Elavhõbepreparaadid.** Elavhõbe on süüfilise ravis vanimaks spetsiifiliseks vahendiks. Enamiku klinitsistide arvates omavad elavhõbepreparaadid süüfilise ravis oma terapeutilise toime tõttu salvarsaani ja vismuti järel kolmandat kohta. Elavhõbepreparaate kasutatakse vismutpreparaatidega võrdselt korduvate ravigute teostamiseks.

Elavhõbedat võib manustada seepidiselt: suu kaudu, sissehingamise või nahasse hõõrumise teel, samuti musklistisest ja veenisest süstetena.

Väga levinud ja kõige aktiivsemaks meetodiks, mis võimaldab täpsemat doseeringut, on musklistisese süstimise meetod. Viimane on praktiliselt peaaegu kõik teised elavhõbeda manustamise meetodid tagaplaanile tõrjunud.

Lahustuvad ja mittelahustuvad elavhõbepreparaadid. Musklistisesteks süstimisteks kasutatakse lahustuvaid ja mittelahustuvaid elavhõbedaühendeid. Lahustuvad elavhõbepreparaadid resorbeeruvad kiiremini ja paremini, kuid nad erituvad ka rutemini organismist; nende toime on kiirem, kuid ka lühema kestusega.

Mittelahustuvad elavhõbepreparaadid moodustavad süstimis kohal depoo, kust elavhõbe resorbeerub organismi aeglasemalt kui lahustuvate preparaate süstimisel, kuid nende toime kestab kauemat aega.

Lahustuvaist elavhõbepreparaatidest kasutatakse sagedamini 1—2%-list sublimaadilahust, elavhõbetsüaniidi ja elavhõbebijodiidi. 1%-list lahust süstitakse 1 ml kaupa iga päev ja üldse ordineeritakse kuurile 30—40 süstet. 2%-list lahust süstitakse 1 ml kaupa ülepäeviti ja üldse ordineeritakse kuurile 15—20 süstet.

Lahustumatuist elavhõbepreparaatidest tarvitatakse kõige sagedamini 10%-list salitsüülelavhõbeda-suspensiooni taimetõelis. Preparaati, nagu kõiki teisi musklistisesteks süstimisteks kasutatavaid õliseid suspensioone, tuleb enne tarvitamist natuke soojendada ja hästi loksutada. Süsteid teostatakse 0,5 ml kaupa 2 korda nädalas või 1 ml kaupa üks kord 5—7 päeva jooksul. Kogu kuuriks ordineeritakse 12—15 ml suspensiooni.

**Musklistiseste süstimise tehnika.** Vismut- ja elavhõbepreparaatide musklistisest süstimist teostatakse tuharate ülemistesse välis-

tesse kvadrantidesse mõlemal poolel. Süstekoha kindlakstegemiseks tõmmatakse horisontaaljoon läbi tuharatevahelise vao ja teine vertikaaljoon perpendikulaarselt horisontaaljoonele tuharate kõige väljaulatuvama osa kohalt. Sääraselt ristuvate joonte tõttu tekkinud ülemine väline nurk vastabki sellele tuhara ülemise välise kvadrandi asukohale, kuhu on kõige parem süstimist teostada. Ei tohi süstida tuhara alumisse poolde, eriti selle keskmisse kolmandikku, kus asetseb istmikunärvipiirkond. Muskulisestest süstimeste puhul tuleb käskida haigel oma muskulatuuri lõdvendada, mida saavutatakse seisvas asendis varvastele toetudes ja keharaskust teisele jalale viies. Närvilistele ja nõrkadele haigetele soovitatakse süstimist teostada lamavas asendis.

Süstekoht peab olema hoolikalt puhastatud; selleks hõõrutakse märgitud kohta enne süstimist piirituse või bensiiniga. Süstimiseks kasutatakse 2—5-grammist süstlat, kõige parem Lueri süsteemi klaassüstlat, mida on kerge puhastada ja läbi keeta. Süstimisnõelad peavad olema teravad ja õliste suspensioonide süstimiseks natuke suurema avaga kui lahustunud soolade süstimiseks tarvitatavad nõelad. Nõelte pikkus peab olema küllaldane (5—7 cm), et oleks kerge tungida lihastevahelisse kihti, eriti paksu rasvkoekihiga haigete süstimisel. Preparaadi süstimisega nahaalusesse koosse kaasuvad valulikkus ja infiltraatide tekkimine. Süstel ja nõelad peavad olema steriilsed. Süstimist tuleb alati teostada nn. kahe-momendilise meetodiga: algul torgatakse eraldi nõel täisnurga all musklisse ja kontrollitakse, kas nõela ots ei sattunud veresoonda (nõela kanüülis ilmub veretilgake). Kui umbes minuti jooksul verd nähtavale ei ilmu, siis kinnitatakse nõela külge süstel, millesse on võetud tarvilik hulk preparaati, ja teostatakse süstimine. Kui ilmub verd, siis tuleb nõel välja tõmmata ja teise kohta torgata. Süstimine ise peab teostuma aeglaselt ega tohi teravat valu tekitada. Neil juhtudel, kui süstitava preparaadi esimesed tilgad tekitavad teravat valu, tuleb otsida süstimiseks uus koht. Süstimist lõpetades surutakse torkekohale vatitükike ja eemaldatakse nõel kiire liigutusega, mille järel on otstarbekas torkekoht kinni kleepida kollodiumiga niisutatud vatitükikesega. Kui on vaja saavutada väga kiire ravitoime, manustatakse elavhõbedat veenisisesi, milleks kasutatakse peamiselt 1%-list tsüaanelavhõbedalahust (*Hg cyanatum*). Seda süstitakse iga päev 1 ml ja ravikuuri jooksul tehakse üldse 30 sütet. Süstimistehnika on siin samasugune nagu salvarsaani veenisisesel süstistel, kuid seda tuleb täiesti osata, et

olla kindel nõela õiges asendis veeni õõnes. Vastasel korral tekib kergesti veeniseina põletik.

Teistest elavhõbeda manustamise meetoditest eelistatakse sage-damini sissehõõrumismeetodit (friktiooni), milleks ordineeritakse harilikult lihtsat halli elavhõbedasalvi, mis sisaldab 33% metalli-list elavhõbedat.

**Elavhõbeda sissehõõrumise tehnika.** Sissehõõrumismeetod seis-neb selles, et täiskasvanud haigele ordineeritud igapäevane ühe-kordne salvidoos — 4,0 kuni 5,0 — hõõrutakse (parem enne maga-maheitmist) nahasse kuni selle kuivaksmuutumiseni. Hõõrumine toimub kindla skeemi järgi, suuremale või väiksemale pinnale. Harilikult soovitatakse järgmist skeemi: esimesel päeval jagatakse ühe pakendi sisu (4,0—5,0) pooleks ja mõlemad pooled hõõrutakse sääрте sisemistele ja tagumistele pindadele, teisel päeval toimub hõõrumine samal viisil reitele, 3-ndal ülemistele jäsemetele, 4-ndal päeval rindkere külgedele, 5-ndal päeval hõõrutakse kogu pakendi sisu kõhunahasse, 6-ndaks päevaks ordineeritakse pesemine. Sellel päeval haige sissehõõrumist ei teostata, kuid järgmisel päeval alustab ta uut sissehõõrumistsüklit samas järjekorras. Üldse kor-dab haige säärasel viisil 6—8 sissehõõrumistsüklit. Salvi sisse-hõõrumist teostab haige ise; hõõrumine igasse näidatud regiooni peab kestma 20—30 minutit, olles seejuures aeglane, kuid ener-giline. Salvi ei tohi hõõruda kohtadesse, mis on rikkalikult karva-dega kaetud, sest seejuures tekib kergesti nahaärritus. Silmas pidades asjaolu, et salvi sissehõõrumine nõuab võrdlemisi suurt jõukulutust, teostatakse seda nõrkadel haigetel teenindava perso-nali poolt, kes selleks kasutab spetsiaalseid nuiakesi. Sissehõõru-miste ordineerimise puhul tuleb haigele üksikasjaliselt selgitada, kuidas neid teostada. Tuleb õigel ajal, kõige parem päeval enne vanni, kontrollida, kui täpselt sissehõõrumisi teostatakse. Sisse-hõõrumise täpsusest ja õigest teostamisest olenevad suurel mää-ral ravi tagajärjed.

Elavhõbedasalvi sissehõõrumine on intensiivseks ravimeetodiks, mida kasutatakse juhul, kui elavhõbe- või vismutpreparaatide süs-timine osutub võimatuks, samuti kõigi resistentselt kulgevate süü-filisjuhtude, eriti närvisüsteemisüüfilise puhul.

**Komplikatsioonid elavhõbe- ja vismutpreparaatidega ravimisel.** Komplikatsioone, mida täheldatakse vismut- ja elavhõberavi puhul, jagatakse kohalikeks ja üldisiks.

Kohalik komplikatsioon pärast muskuliseseid süstimisi väljendub kõige sagedamini valulikkuses ja <sup>intra</sup>filtraatide tekkimises süste kohal. Viimased moodustuvad sagedamini pärast elavhõbe- kui vismutpreparaatide manustamist. Harva esinevate kohalike komplikatsioonide hulka kuuluvad abstsesside moodustumine ja raskeim komplikatsioon — sügavkoe nekroos. Sügavkoe nekroos süstekohal oleneb ravimi sattumisest arteeri, mille tulemusena tekib kas veresoone mehaaniline ummistumine või täielik tromboos, s. o. täielik õone sulgumine vereklombiga. Vereklomp moodustub ravimi veresoone seina söövitava toime tagajärjel. Selle komplikatsiooni kliinilised sümptoomid seisnevad väga teravas valu süstimiskohal. Valu tekib juba süstimise ajal või vahetult selle lõpetamisel. Terava valuga kaasub kiiresti tunduv turse tuharate piirkonnas, kus ilmub punakas-violetne võrgutaoline täpiline lööve, millele järgneb küllaltki suurte koeosade mitmesuguse sügavusega kärbumine. Vigastusega kaasub enamasti järsk haige üldise seisundi halvenemine, mõnikord külmavärinate ja palavikuga, mis kestab harilikult pikemat aega ja tekitab tunduvat jõukahanemist. Lahustumatute elavhõbe- või vismutpreparaatide veeni sattumisel võib muskulisestel süstimistel tekkida kopsuemboolia, mille põhjuseks on elavhõbeda või vismuti osakeste, samuti väikeste rasvatilgakeste kandumine väikesesse vereringesse. Sääraseil, õnneks harva esinevail juhtudel tekib kohe või lühike aeg pärast süstimist tugev kõhahoog ja ilmneb valu küljes. Erandjuhtudel tekivad ka peapööritus, üldine nõrkus ja meelemärkusetus. Tavaliselt kõik need nähud mööduvad kiiresti: kõha vaibub, vaba hingamine ennistub, kuid mõnikord võib kopsuemboolia komplitseeruda kopsupõletikuga.

Nendest komplikatsioonidest hoidumiseks tuleb muskulisest süstimist alati teostada ainult kahemomendilise meetodiga. Kohalike komplikatsioonide raviks võib kasutada soojusteraapia mitmesuguseid vorme: kuumi istevanne, kuumi mähiseid, sooje kompresse, parafiinsidemeid, diatermiat jt.

Vastavalt elavhõbe- ja vismutpreparaatide muskulisisesel manustamisel tekkivaile paikseile komplikatsioonidele kannavad ka nimetatud preparaate tarvitamisel esinevad üldised komplikatsioonid peaaegu sarnast iseloomu; erinevus seisneb ainult selles, et vismutpreparaatidest tingitud tüsistused mööduvad kergemini ja neid täheldatakse hoopis harvemini kui elavhõbeda manustamisel.

Sagedaimaiks komplikatsioonideks elavhõbeda ja vismutiga

ravimisel on stomatiit, neerupõletik, mao- ja sooltehäired, derma-  
tiit.

Stomatiit ehk suuõõne limaskesta põletik ilmneb sageda-  
mini elavhõberavi puhul. See algab harilikult gingiviidiga, s. o.  
punetuse, paistetuse ja valulikkuse tekkimisega igemeil, millega  
kaasub tugevnenud süljevool ja metallimaik suus. Hooletusse jae-  
tud juhtudel ilmuvad suuõõne limaskestal turse, punetus ja haa-  
vandumine. Esimeste algava stomatiidi tunnuste puhul tuleb elav-  
hõberavi katkestada.

Vismutravi puhul ilmub igemete ärtele, eriti karioosete ham-  
maste lähedale, sageli violetne vismutiviirg. Kui see viirg esineb  
mõõdukul kujul, siis pole see iseenesest edaspidisele ravile vastu-  
näidustuseks. Mõnikord kaasuvad sellega lihtsa ja väga harva ka  
haavandilise stomatiidi nähud. Nende komplikatsioonide vältimi-  
seks on soovitatav enne ravi algust läbi viia suu saneerimine. On  
vajalik, et haiged ravi ajal puhastaksid hambaid pehmele harjale  
võetud hambapulbri või -pastaga 2 korda päevas ja alates ravi  
algusest loputaksid suud 3—4 korda päevas. Loputada tuleb, eriti  
pärast söömist, 2%-lise bertolee soola, boorhappe, vesiniküli-  
happendi või nõrga kaaliumpermanganaadilahusega.

Väljakujunenud gingiviidi või stomatiidi ravimiseks kasutatakse  
peale sagedaste nimetatud lahustega kuristamise ka suuõõne limas-  
kesta määrimist adstringeerivate tinktuuridega. Määrimiseks kasu-  
tatakse 5—10%-list kroomhappelahust ja novarsenooli- või mafar-  
seenilahust samades kontsentratsioonides, nagu neid kasutatakse  
süstimiseks. Haavandiliste stomatiitide puhul kasutatakse edukalt  
osarsooli pealeraputamist 2—3 korda päevas, kusjuures päevaseks  
annuseks on 0,25—0,5. Peale selle omavad head profülaktilist ja  
ravitoimet vitamiinid, eriti B<sub>2</sub>- ja C-vitamiin.

Teravalt avalduva vismutiviiru, gingiviidi või algava stoma-  
tiidi puhul tuleb elavhõbedaga ja vismutiga ravimine katkestada.

Nagu vismut, nii võib ka elavhõbe põhjustada neerupõletikku.  
Elavhõberavi puhul väljendub neerude ärritus kõigepealt valgu  
ilmumises uriini, vismuti puhul nn. vismutirakkude tekkimises.  
Raskemal neerukahjustusjuhtudel võib leida uriinis silindreid ja  
verd. Raskemate komplikatsioonide vältimiseks neerudes tuleb  
kindlasti enne ravi algust teostada uriiniana-  
lüüs ja regulaarselt seda korrata ka ravi väl-  
tel. Esimeste neeruärrituse tunnuste puhul, mis tekivad ravi  
mõjul, tuleb ravi ajutiselt katkestada.

Mao- ja sooltehäired võivad väljenduda kõhulahtisuses või koolikutel; neid täheldatakse ainult elavhõbedaga ravimisel ja sedagi ainult harvadel juhtudel. Pärast ravi katkestamist ja lahtistavate soolade ordineerimist mööduvad need nähud kiiresti.

Dermatiite täheldatakse elavhõbedaga ravimisel harva ja nad kulgevad harilikult erütematoosete laikudena, millel on kalduvus laotuda ja kiiresti levida üle kogu keha. Vismutpreparaatide tarvitamisel esineb dermatiite väga harva. Nagu salvarsaansete dermatiitide ravimisel, nii osutavad ka siin head toimet igapäevased veenisisised 10—30%-lised hüposulfiidisüstid, 40%-lise glükoosi süstimine koos askorbiinhappega ja teised preparaadid. Samaaegselt tuleb tarvitusele võtta abinõud, mis kiirendavad elavhõbeda eritumist organismist. Selleks ordineeritakse lahtisteid, rohke vedeliku kasutamist, diuretiini, üldisi sooje vanne kaaliumpermanganaadiga jt.

Kauema või lühema kestusega ravi tulemusena, eriti ainult elavhõbeda kasutamise tagajärjel, arenevad erandjuhtudel mõnedel haigetel kehveresus, tunduv kehakaalu langus, peavalud, üldine haiglane olek ja järsk jõukahanemine. Säärastel juhtudel tuleb intensiivne spetsiifiline ravi katkestada ja ordineerida üldtugevdavat ravi, näiteks rauda, strühniini jt.

**Joodpreparaadid.** Joodpreparaate ordineeritakse harilikult süüfilise kolmandaste nahanähtude ilmumisel ja eriti siseorganite süüfilise puhul. Need preparaadid osutavad head mõju ka mõnede süüfilise värske perioodi nähtudele. Neid ordineeritakse kuuride vaheaegadel ja põhilise elavhõbe-vismut-salvarsaanravi lõppedes.

Kõige levinumaiks ja kõigist joodpreparaatidest suurimat terapeutilist toimet omavaiks preparaatideks on joodleelised — joodkaalium ja joodnaatrium —, mida harilikult manustatakse suu kaudu (*per os*). Kõige levinumaks on järgmine joodkaaliumi (naatriumi) retsept: *Solutio Kalii (Natrii) jodati 10,0 : 150,0*. Üks supilusikatäis seda lahust sisaldab 1,0 anorgaanilist joodleelist. Ordineeritakse harilikult 2—4 korda päevas üks supilusikatäis pärast söömist. Kogu joodravikuur kestab umbes 6 nädalat.

Kasutatakse ka veenisisest 10%-lise joodnaatriumilahuse manustamist 5—10 ml kaupa iga päev. On olemas joodpreparaate, mida kasutatakse ka muskklisisesteks süstimisteks. Need süstimismoodused ei oma erilist paremust, mistõttu suur enamik arste eelistab joodpreparaatide ordineerimist *per os*.

Pärast joodi tarvitamist arenevad sageli nn. jodismi nähud:

nohu, silma limaskestade põletik, pisaratevool, laugude turse, joodakne tekkimine näol, rinnal ja seljal. Kergete jodismi nähtude vältimiseks soovitatakse sisse võtta joodleiselahust koos suure hulga piimaga ( $\frac{1}{2}$ —1 klaas) või soodaveega. Sel otstarbel tuleb raskete jodismi nähtude ärahoidmiseks ordineerida esimestel päevadel pool harilikust doosist. Joodi ordineerimisel astmeliselt tõusvates doosides harjub patsient harilikult varsti sellega ja jodismi nähtude esinemist seejärel enam ei täheldata.

**Süüfilise ravi penitsilliiniga.** Viimaste aastate jooksul hakati süüfilise raviks kasutama penitsilliini. Penitsilliin on hallitusseene *Penicillium* elutegevuse produkt, mis mõjub hävitavalt paljudesse mikroobiliikidesse.

Keerulise töötlemise kaudu saadav kuiv puhastatud penitsilliinipreparaat kujutab endast hügrokoopset kollakaspruunikat pulbrit, mis lahustub hästi vees ja füsioloogilises lahuses. Penitsilliinilahuse valmistamise kohta vt. lk. 199.

Süüfilise raviks süstitakse penitsilliinilahust musklisisi ä 30 000—50 000 ühikut iga 3 tunni tagant. Üldse tarvitatakse ravikuuriks, mille kestus on 10—15 päeva, umbes 3,5—5 milj. ühikut (60 000 ühikut iga kg kehakaalu kohta).

NSV Liidus teostatakse süüfilise penitsilliinravi kliinikuis.

Juba olemasolevate kogemuste põhjal võib nentida, et penitsilliin on võimsaimaks süüfiliseravi vahendiks. Oma toime kiiruselt spirohheetide kadumisesse süüfilise välisnähtudest ja süfiliidide taandarenemisesse ei jää penitsilliin maha salvarsaanpreparaatidest.

Hea talutavus ja peaaegu täielik kõrvalnähtude puudumine lubavad väita, et penitsilliin omandab süüfilisvastaste ravimite hulgas juhtiva koha.

**Süüfilise kaasaegse ravi meetodika.** Süüfilise ravi teostatakse spetsiifiliste vahenditega nn. krooniliselt vahelduva meetodi järgi. Viimase all mõistetakse teatud kindlate vaheaegade järel regulaarselt läbiviidavaid raviguid olenemata kliiniliste nähtude ilmnemisest või puudumisest.

Ravigu all mõistetakse kindlat spetsiifiliste vahendite hulka, mida süstitakse haige organismi teatud ajavahemiku jooksul. Vastavalt sellele eristatakse salvarsaan-, vismut-, elavhõbe- või joodraviguid. Harilikult sooritatakse nn. segakuure, s. o. kindla aja jooksul ei tarvitata üht, vaid kõige sagedamini kaht spetsiifilist vahendit: salvarsaani ja vismutit või salvarsaani ja elavhõbedat.

Sääraseid segakuure nimetatakse vastavalt salvarsaan-vismut- või salvarsaan-elavhõbesegaravinguiks. Ühe segaravingu kestus on keskmiselt 6—8 nädalat.

Esmasel ja teisesel süüfilisperioodil ei tohi ravingute vaheajad kesta üle 3 nädala kuni 1 kuu ja kolmandasel perioodil — üle 1,5 kuni 2 kuu.

Ravingute arv ja intensiivsus varieeruvad olenevalt sellest, millises süüfilisstaadiumis on ravi alustatud, samuti haiguse kulgemise iseloomust ja haige organismi individuaalseist erinevust. Keskmiselt tuleb teostada vähemalt 6 ravingut. Ainult abortiivravi puhul, mida tarvitatakse vaid esmasel seronegatiivsel perioodil, võib piirduda kolme ravinguga.

Peale krooniliselt vahelduvate ravimeetodite on olemas permanentsed, katkestamatud ravimeetodid, mille puhul haigele süstitakse pikema aja jooksul kindlate skeemide järgi mitmesuguseid süüfilisvastaseid ravimeid.

Mõningail juhtudel, peamiselt haiguse hilisemais staadiumes, kasutatakse kõrvuti spetsiifilise raviga ka nn. mittespetsiifilist teraapiat. Mittespetsiifilise teraapiana tarvitatakse kuurortravi, ultraviolettkiirtega kiiritamist ravingute vaheaegadel, piima-, omavere-, väävli- ja vaktsiinisisüstimist, malaariapookimist jt.

**Süüfilise kulg ja prognoos.** Nn. spetsiifiline süüfilise ravi ei mõju vahetult infektsioonitekitajatesse kahkjatesse spirohheetidesse, vaid loob ainult ebasoodsa keskkonna spirohheetide arenemiseks organismis ja aitab organismi võitluses infektsiooniga. Organismi kaitsejõud omavad võitluses infektsiooniga tähtsat osa; seepärast olenevad süüfilise kulg ja prognoos suurel määral haige üldisest tervislikust seisundist ning tema eluviisidest.

On teada, et väikelaste ja eriti raukade süüfilis kulgeb raskesti. Täpselt samuti kulgeb süüfilis ka haigeil, kes on nõrgestatud mõne muu kroonilise infektsiooni, näit. tuberkuloosi, malaaria jt. poolt, ja haigeil, kes tarvitavad liiga rohkesti alkoholiseid jooke või suitsetavad väga palju. Igasugune väliskeskkonna kahjustav mõju, ebanormaalne ja ebaregulaarne toitumine, mitteküllaldane uni, füüsiline ja vaimne üleväsimus ja sugulised liialdused, nõrgendades organismi tema võitluses infektsiooniga, raskendavad süüfilise kulgemist ja halvendavad selle prognoosi.

Üldiselt on süüfilise prognoos haigeil, kes muidu on terved ja tugevad, seda parem, mida varem on alustatud ravi, mida regu-

laarsemalt seda teostatakse ja mida korrapärasemad on haige eluviisid.

Süüfilise tervistumise kriteerium. Käesoleval ajal ei kahtle keegi, et süüfilis on ravitav, kuid arvestades seda, et senini pole leitud uurimismeetodit, mis lubaks igal erijuhul kindlaks määrata, et haige organismi pole enam jäänud kahkjaid spirohheete ja et haigus on kindlasti lõplikult ravitud, tuleb haige tervistumise üle otsustada rea andmete alusel.

Tervistumise kriteeriumi määramisel arvestatakse järgmisi asjaolusid: 1) haigusperiood, millal on alustatud spetsiifilist ravi, 2) teostatud ravi kvaliteet, 3) haiguse kliiniline kulgu, 4) kahekuni viieaastane järelevalve pärast ravi lõpetamist ja 5) korduvate vereuringute resultaadid Wassermanni reaktsiooni suhtes, seljaajuvedeliku analüüs ja patsiendi röntgenoloogiline läbivalgustus.

### PEHME ŠANKER JA SELLE RAVI.

Pehme šanker (*ulcus molle*) on infektsioonihaiigus, millesse nakatumine toimub peaaegu eranditult sugulisel teel. Haiigus omab ägedat põletikulist kulgu ja väljendub haavandikeste arenemises infektsiooni sissetungimise kohal. Pehme šankri tekitajaks on erilised kepikesed, mis paigutuvad ketikeste-kujuliselt ja mida nimetatakse Ducrey'-Unna streptobatsillideks (uurijate nimede järgi, kes avastasid need 1889. a.). Veel varem, 1887. a., avastas need kepikesed Peterburi teadlane Petersen.

Pehme šankri streptobatsill kujutab endast lühikest kepikest, mis on külgedelt kokku surutud ja omab ümaraid ääri; kepikese pikkus on 1,5—2  $\mu$  ja paksus 0,4—0,5  $\mu$ . Kepikesed on sageli 2—3 või enama kaupa koos, moodustades lühikesi ketikesi. Sageli asetsevad 2 või enam ketikest lähestikku paralleelsetes ridades.

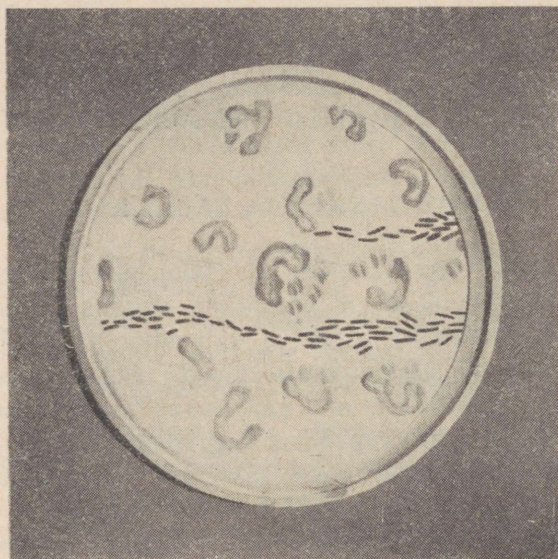
Nakatumine on ainult siis võimalik, kui haigusetkitajad satuvad vigastatud nahale või limaskestadele. Pehme šanker lokaliseerub üksikute eranditega ainult suguorganeil ning nende vahetus läheduses ja kujutab endast paikset haigestumist, mis ei generaliseeru.

Pehme šankri kepikeste sissetungi kohal tekib juba mõne tunni jooksul helepunane põletikuline laik. Viimasele ilmub 1—2 päeva pärast mädavill, mis kiiresti lõhkeb ja haavandub.

Et nakatumine toimub peaaegu eranditult suguühtel, siis arenevad suguorganeil harilikult 2—3 päeva pärast nakatumist tüü-

pilised pehme šankri haavandikesed. Pehme šankri puhul kestab inkubatsiooniperiood järelikult 2—3 päeva.

Väljaarenenud staadiumis kujutab pehme šanker endast pehmet haavandit. Viimane omab ebatasast põhja, mis on kaetud mädase kollaka detriiidiga. Haavandi ääred on alt õõnestatud, ülestõstetud, põletikulised, äranäritud ja ebatasased. Haavandi piirjooned on ebakorrapärased, eriti kui need arenevad eesnaha kortsudel või päraku ümbruses. Haavandi ümber täheldatakse punetust, mis läheb sujuvalt, ilma järsu piirita, üle normaalseks nahaks. Haa-



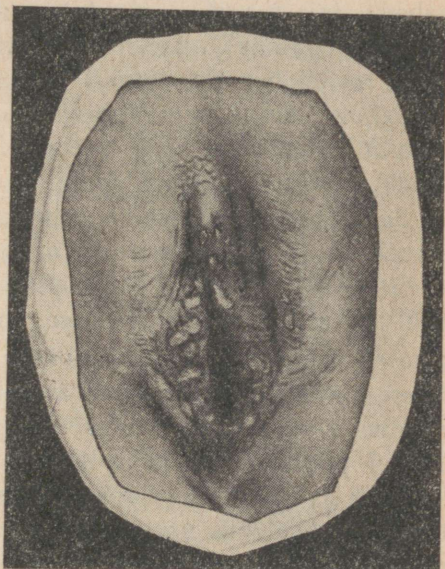
Joon. 53. Pehme šankri tekitaja.

vandi läbimõõt kõigub kanepi-ivast 1—1,5 cm-ni. Üksikud lähedasetsevad haavandid liituvad ja moodustavad veel suuremaid haavandeid. Haavandid on väga valulikumad, eriti palpeerimisel. Kõige sagedamini esineb pehme šanker mitte ühe, vaid mitme haavandina, mis on seejuures eri arenemisstaadiumes. See asjaolu seletub sellega, et pehme šanker ei tekita immuniteti ja sama haige võib nakatuda korduvalt. Seetõttu tekib pehmet šankrit omaval haigel nn. autoinokulatsioon, s. o. infektsiooni kandumine haavandi naabruses olevaile nahaosadele, mis matseeruvad (pehmenevad) haavandist erituv ja pehme šankri streptobatsille sisaldava mäda tõttu. Säärasel viisil tekib hulk mitme-

suguses arenemisstaadiumis olevaid haavandeid. Autoinokulatsioonitulemusena võivad isikliku hügieeni reeglite mittetäitmisel rohke mädase eritusega pehmet šankrit omavail haigeil tekkida haavandid mitte ainult suguorganeil, vaid kõige sagedamini reite sisepindadel, munandikotil, lahklihiirakonnas ja mujal. Naistel kaasuvad suguorganeil asetsevate pehme šankri haavanditega sageli ka pärakušankrid. Need on väga valulikumad ja tekitavad haigeile eriti roojamisel piinavaid valusid. Pehme šankri kulg, milles eristatakse 3 staadiumi: 1) arenemis-, 2) lagunemis- ja 3) spontaanset paranemise staadium, kestab komplitseerumata juhtudel 4–6 nädalat. Tavaliselt lakkab haavandi perifeerne kasv 3-nda nädala lõpul või 4-nda algul. Haavandi põhi puhastub aegamööda mädast ja kattub granulatsioonidega. Granulatsioonide asendub varsti armkoega, mille järel algab puhastunud äärtelt haavandi epitelseerumine. Pehme šankri haavand paraneb alati armiga.

Kurnatud, nõrkadel või mõne kroonilise haiguse (näit. tuberkuloosi) all kannatavatel haigeil, samuti alkohoolikul, areneb pehme šanker nn. fagedeenilise ehk gangrenoosse pehme šankri kujul. Säärasteil juhtudel võib haavandumine levida ja haarata väga sügavaid kudesid, tekitades kusitikanali seinte või veel suuremat suguorganite lagunemist. Pehme šankri erivormide hulka kuulub ka nn. serpiginoosne e. roomav pehme šanker, mis võib haarata väga laialdasi nahaalasid ja kesta mitmeid kuid.

Umbes 40% pehme šankri juhtudest komplitseerub, eriti ärrituste tagajärjel, lähedalasetsivate lümfisõlmede põletikuga. Sellele eelneb tavaliselt äge, valulik lümfisõlmede põletik valuliku pehme väädi näol, mis kulgeb suguti tagumist külge mööda sugutilukist kuni juureni. Mõnikord esinevad selle väädi piirkon-



Joon. 54. Pehme šanker.

nas ägedapõletikulised valulikud pärjakujulised paksendid, mis on vahel kirsimarjasuurused või suuremad. Need võivad mädaneda, avaneda läbi naha ja tekitada pehme šankri tüüpilise pildi. Seda nimetatakse „bubonolüüsiks”. Lümfisõlmede põletik ise kannab nimetust „pehmešankriiline buboon” ja seda iseloomustavad erinevalt kõva šankri puhul esinevast süfiliitilisest buboonist ägedad põletikunähud. Lümfisõlmed paistetuvad, liituvad üksteisega, moodustades pehme ja elastse konsistentsiga suure näärmete puntra. Näärmed liituvad samuti ka allasetsevate kudedega ja neid katva nahaga, mis tursub ja muutub punaseks. Kui ei võeta õigel ajal vastavaid abinõusid tarvitusele, avanevad näärmed ning eritavad mäda, ja tekib pehme šankri haavand.

Pehme šanker komplitseerub sageli põletikulise fimooosi või parafimooosiga, mis võib tekitada kudede osalist kärbumist ja tunduvat eesnaha moonutamist.

Samaaegse süüfilisse ja pehmesse šankrisse nakatumise puhul areneb nn. *segašanker (ulcus mixtum)*.

Segašanker tekitab diagnoosimisel suuri raskusi, sest selle kliiniline pilt võib olla mitmesugune, olenevalt tunnustest, mis on omased pehmele ja kõvale šankrile. Samaaegsel süüfilisse ja pehmesse šankrisse nakatumisel areneb algul tüüpiline pehme šanker ja alles 2—3 nädala järel võivad tekkida kõva šankri tunnused. Teistel juhtudel, kui kõva šankrit omav haige jätkab sugulist kontakti ja nakatub pehmesse šankrisse, võivad pehme šankri tunnused täielikult varjata kõva šankri kliinilist pilti. On teada segašankrite juhtusid, mis on kulgenud nii tüüpilise pehme šankri kujul, et need ei tekitanud mingit kahtlust samaaegse kõva šankri esinemise võimaluse suhtes seni, kuni haigel tekkisid täiesti ootamatult süüfilise teisese perioodi tunnused. On tuntud ka asjaolu, et pehme šankri ja süüfilise seganakkuse puhul võib süüfilise kulg muutuda: Wassermanni reaktsioon võib väga kaua jääda negatiivseks ja teisese süüfilise nähud ei ilmu nagu harilikult 9—10 nädalat pärast nakatumist, vaid alles 3—4 kuu pärast ja isegi hiljem. Seepärast tuleb pehme šankriga haiget hoida pideva arstliku järelevalve all ka pärast haavandi tervistumist. Haige peab ilmuma arsti juurde korduvate kliiniliste ja seroloogiliste uuringute teostamiseks umbes 4—6 kuu jooksul.

Komplitseerumata juhtudel pole raske eristada kõva šankrit pehmest. Selleks võib juhendada järgmisest kõva ja pehme šankri võrdlevate tunnuste tabelist:

## Kõva šanker.

1. Inkubatsiooniperiood 21—25 päeva.
2. Suuremalt osalt moodustub üksik erosioon; kui esineb mitu kõva šankrit, siis on kõik need peaaegu ühesugustes arenemisstaadiumides.
3. Erosioonide piirjooned korrapärased: ümarad või ovaalsed.
4. Erosiooni ääred tasased, asetsevad ümbritseva nahaga samal kõrgusel ja peaaegu samal tasemel erosiooni põhjaga.
5. Erosiooni põhi tasane, puhas, sile ja läikiv.
6. Erosiooni nõristus on läbipais-  
tev seroosne vedelik.
7. Erosiooni piirid on teravad, ümbruses põletikulisi nähte ei esine.
8. Erosiooni põhi moodustab teravalt piirdunud tiheda infilt-  
raadi, mis ei ulatu üle erosi-  
ooni äärte.
9. Erosioon on isegi komplemiser-  
valutu.
10. Tüüpiline valutu spetsiifiline  
skleroadeniit.
11. Haavandi nõristises leidub kakk-  
jaid spirohheete.

## Pehme šanker.

1. Inkubatsiooniperiood 2—3  
päeva.
2. Tavaliselt areneb palju haavan-  
deid, mis on mitmesugustes  
arenemisstaadiumides.
3. Haavandi piirjooned ebakorra-  
pärased.
4. Haavandi ääred ebahüütlased,  
äränäritud ja haavandi põhja  
kohal ripnevad (õõnsad ääred).
5. Haavandi põhi ebatasane,  
mädane.
6. Haavandi nõristus on mädane,  
kollase või kollakasrohelise vär-  
vusega.
7. Haavandi piirid on mittetera-  
vad, haavandi ümbruses esineb  
põletikulisi nähte (punetus,  
turse).
8. Haavandi põhi pole tihenenud.
9. Haavand on puudutamisel vä-  
ga valulik.
10. Regionaarsed lümfinäärmed on  
kas üldse muutuseta või esi-  
nevad valulikud ägedad põleti-  
kulised nähud, mis sageli lõpe-  
vad mädanemisega.
11. Haavandi nõristises leidub peh-  
me šankri streptobatsille.

Parimaks pehme šankri ravimise meetodiks on sulfamiidpreparaatide tarvitamine. Kõige sagedamini kasutatakse valget streptotsiidi, mida ordineeritakse suu kaudu 0,5 kaupa 6 korda päevas 7—10 päeva vältel. Samaaegselt teostatakse paikset ravi kuumade (52—54°) vannikeste näol, mis sisaldavad nõrgas kontsentratsioonis kaaliumpermanganaati. Sellele järgneb kõigi haavandite üle-  
raputamine valge streptotsiidiga.

Paikset ravi valge streptotsiidiga teostatakse kuni haavandite

puhastumiseni, mis toimub harilikult 3—5 päeva pärast. Pärast seda asendatakse valge streptotsiid epiteliseeriva salviga, mis sisaldab dermatooli, kseroformi jt. Samuti ordineeritakse sageli vahetatavaid mähiseid 0,25—0,5%-lise põrgukivilahusega.

Juhul, kui sulfamiidpreparaatide kasutamine on vastunäidustatud, kasutatakse vanu pehme šankri ravimise meetodeid, mille põhimõtteks on haavandi väljapõletamine, eriti selle ripnevate äärte alt. Selleks kasutatakse karbolhapet, 20—30%-list vasevitrioolilahust ja teisi vahendeid, millele järgneb haavandi puuderdamine jodoformiga, mida võib terava lõhna tõttu asendada sozodoolnaatriumiga. Pehme šankri komplitseeritud vormid, samuti pehme šankrilised buboonid nõuavad spetsiaalset ravi.

Pehmesse šankrisse nakatumine toimub, nagu öeldud, peaaegu eranditult sugulisel teel. Ekstragenitaalseid pehmeid šankreid täheldatakse erandjuhtudel mõnikord meditsiinilisel personalil, kusjuures need kannavad kutsealast iseloomu, lokaliseerudes kas labakäel või sõrmedel.

NSV Liidus ei esinenud enne Saksa fašistlike anastajate reeturlikku kallaletungi pehmesse šankrisse haigestumisi peaaegu üldse. Sõjaperioodil tekkisid seoses okupantide poolt kaasatoodud suguhaigustega pehme šankri juhud. Seepärast esineb veel praegugi üksikuid haigestumisi. Igal säärasel juhul tuleb kindlasti selgitada nakatumisallikas ja alustada viivitamatut haige ravimist. On põhjust eeldada, et lähemal aastail muutub meil pehme šanker jällegi ainult harva esinevaks haiguseks.

## MEESTE, NAISTE JA LASTE GONORRÖA NING SELLE RAVI.

Gonorröa (*gonorrhoea*) e. tripper on infektsioonihäigus, mida antakse edasi harilikult suguühtel, kuid gonorröasse võib nakatuda ka mittesugulisel teel. Gonorröa tekitajaks on 1879. a. avastatud mikroob, mis kannab gonokoki nimetust. Sattudes limaskestadele, mis on kaetud silindrilise epiteeliga, paljunevad gonokokid kiiresti ja tekitavad põletikulist protsessi, millega kaasub mädaeritus.

Diagnoosimiseks kantakse mädatilk plaatinaasa, vatt-tampoonikese või sondiga õhukese kihina esemeklaasile. Klaasid koos mädaga jäetakse lahtiselt seisma kuni äiete kuivamiseni ja saadetakse seejärel laboratooriumi. Mikroskoobis vaadelduina omavad gonokokid kohvioaterade või ubade kuju, asetsedes mädarakkudes või neist väljaspool. Vajalikel juhtudel teostatakse bakterioloogi-

list uurimist: steriilse plaatinaasaga kantakse sekreet toitevedelikuuga täidetud katsuklaasi. Uurimisele kuuluvad äiged, mis on valmistatud arenenud mikroobikultuuridest.

Täiskasvanud nakatuvad gonorröasse tavaliselt suguühtel. Nakatumine toimub gonokokkide sattumisel kusiti limaskestale, naistel aga võivad gonokokid sattuda peale kusiti limaskesta veel emakakaela ja samuti tupeesiku näärmeisse. Üksikjuhtudel, kui värske mädane sekreet, mis sisaldab gonokokke, satub silma limaskestale, tekib raske silmahaigus — blennorröa (*blennorrhoea*).

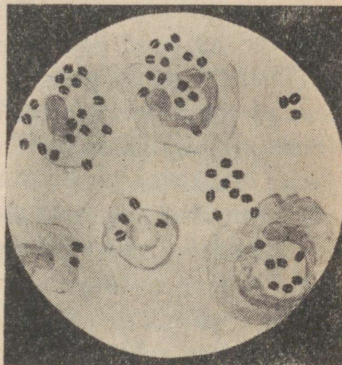
Vastsündinuil võivad gonokokid sattuda silma limaskestadele gonorröahaige ema sünnitusteede läbimisel. Täiskasvanu võib kanda mädast sekreeti silma limaskestadele määrdunud kätega. Väikesed tüdrukud nakatuvad haigetest emadest ühiste hügieeniliste vahendite, nagu käsnade, vannide, ööpottide, käterätikute jt. tarvitamisel, ka ühises voodis magamisel.

Seoses kultuuritaseme määratu suure tõusuga täheldatakse Nõukogude Liidus mittesugulisi gonorröasse haigestumisi väga harva. Harilikult on gonorröa suguhaigus, mille põhjuseks on juhuslikud abieluõhised või abieluvälised kontaktid.

Gonokokkide sattumisel limaskestadele tekib seal pärast 3—5-, harvemini 7-päevast inkubatsiooniperioodi põletikuline protsess, mida iseloomustab punetuse ja mädase nõristise ilmumine ühes valulikkuse või sügelemisega. Gonorröa ei ole ainult haigestunud organi, näit. kusetoru paikseks haiguseks, vaid gonokokid võivad tungida ka teistesse organitesse ja tekitada seal haigusliku protsessi, gonorröa komplikatsiooni. Nii võivad näiteks naise emakakaelas pesitsevad gonokokid tungida sisemistesse suguorganitesse, emakaõõnde, munajuhasse ja munasarjadesse.

Gonorröa võib tekitada gonokokkide ja nende lagunemisel tekkinud mürgiste produktide vereringesse sattumise tagajärjel mitmesuguste organite haigestumisi ja generaliseeruda kogu organismis.

Kõige iseloomulikumaiks käesoleval ajal harva esinevaiks



Joon. 55. Gonorröa tekitajad — gonokokid.

gonorröa kui kogu organismi üldhaigestumise komplikatsioonideks on põletikulised muutused liigestes, kõõlustappedes ja endokardis, kus tekivad vastavalt gonorröaline artriit, tendovaginiit või endokardiit. Kuid igal organismi üldisel gonokokilise infektsiooniga nakatumisel tekib ka kohalik kolle kuse- ning sugu-elundite piirkonnas.

**Meeste gonorröa.** Gonorröaline uretriit (tripper, *urethrits gonorrhoeica*) tekib, nagu juba näidatud, 3—5—7 päeva (harvemini veel hiljem) pärast mikroobide sattumist kusitikanali (ureetra) limaskestadele. Esimesed haiguse tunnused on: ureetra välisava punetus, kipitus ja kihelemine urineerimisel ja seejärel mädase sekreedi eritumine kusitikanalist. Kui ei alustata õigeaegset ravi, tugevnevad need sümptoomid ja urineerimine muutub valulikuks. Kui põletik püsib ureetra eesmisel osal (*pars anterior urethrae*), siis on haige uriini esimene portsjon sogane mädasisalduse tõttu, teine aga on läbipaistev. Säärane ägeda eesmise gonorröalise uretriidi (*urethrits gonorrhoeica anterior acuta*) pilt muutub edaspidi alaägedaks protsessiks: sekretsioon väheneb ja omandab limas-mädase iseloomu. Urineerimine on vähe valulik. Esimene uriiniportsjon sisaldab kiududena mäda. Põletikuline protsess võib kanduda ka ureetra tagumisele osale (*pars posterior urethrae*), siis haaratakse protsessi ka kusepõiekael. Säärastel juhtudel sageneb järsku urineerimine ja muutub valulikuks. Mõnikord ilmnevad urineerimise lõpul veretilgad. Sageli kaasub säärase ägeda tagumise gonorröalise uretriidiga (*urethrits gonorrhoeica posterior acuta*) lähedalasetsevate suguorganite — seemnepõiekest (vesikuliit), eesnäärme (prostatiit) ja munandi-manuse (epididümiit) — haigestumine. Mõnikord tungivad gonokokid ureetra näärmekestesse, tekitades nende põletikku ja samuti ureetra koe tihenemist, mis võib põhjustada kanaliõõne pidevat kitsenemist ja seega raskendatud urineerimist (stenoosi, ureetra striktuuri).

Õigeaegse ja õigesti teostatud ravi puudumine põhjustab gonorröa üleminekut ägedast staadiumist kroonilisse, mille juures põletikulised nähud võivad väljenduda vähem järele.

Meeste gonorröa ravi koosneb üldisest ja paiksest ravist. Üldine ravi seisneb haigetele säärase vahendite ordineerimises, mis mõjuvad vahetult gonokokkidesse, neid organismis hävitades ja nende arenemist takistades. Säärase vahendite

dite hulka kuuluvad penitsilliin ja sulfamiidpreparaadid: valge streptotsiid, sulfidiin, sulfasool, sulfatiazool jt.

**Penitsilliini tarvitamine.** Penitsilliinilahust valmistatakse järgneval viisil: Steriilsesse süstlasse, mille otsa on tugevasti kinnitatud nõel, võetakse 5—10 ml steriilset füsioloogilist lahust või bidestillieritud vett. See vedelikuhulk lastakse, nõelaga kummikorki läbides, standardklaaspudelis, mis sisaldab 100 000—200 000 ühikut kuiva penitsilliini (penitsilliini lastakse müügile ka pudeleis, mis sisaldavad 500 000 ühikut). Preparaat lahustub kiiresti ja kergesti. Säärasel viisil standardpudelis saadud lahus sisaldab ühes milliliitris vastavalt 10 000—20 000 ühikut penitsilliini. Lahust võib tarvitada ööpäeva jooksul, kusjuures seda tuleb hoida külmas ruumis.

Üldse tarvitatakse gonorröalise uretriidi ravikuuriks 200 000—300 000 ühikut penitsilliini. Penitsilliinilahust süstitakse iga 3 tunni tagant muskklisisesi. Vastavalt üldistele reeglitele toimub süstimine välistesse ülemistesse tuharakvadrantidesse. Iga süste jaoks võetakse läbi kummikorgi juhitud nõela kaudu süstlasse 50 000 ühikule vastav (olenevalt kontsentratsioonist) hulk lahust, s. o. 2,5—5 ml.

**Sulfamiidpreparaate** kasutatakse gonorröa raviks kombineeritult paikse raviga. Sulfidiini, sulfasooli ja sulfatiazooli ordineeritakse 4 päeva jooksul 5 g päevas, iga nelja tunni järel 1 g (näit. kell 8 hommikul, kell 12, 16, 20 ja 24), üldse tarvitatakse raviguks 20 g. Valget streptotsiidi ordineeritakse võrdsete vaheaegade järel 3—4 g kaupa päevas (näit.: kell 8 hommikul 2—3 tabletti 0,25—0,3 kaupa, seejärel kell 12 päeval, siis kell 16, 20 ja 24); üldse tarvitatakse raviguks 30—40 g.

Haige organismi vastupanuvõime suurendamiseks tarvitatakse teiste vahendite kõrval ka gonokokkide vaktsiini, autohemoterapiat ja proteiinoterapiat.

**Gonokokkide vaktsiini** lastakse välja ampullides, millel on märgitud, mitu mikroobikeha sisaldab 1 ml ja missugusest doosist tuleb selle preparaadi tarvitamist alustada. Harilikult alustatakse 300 miljoni mikroobiga. Süsteid teostatakse muskklisisesi iga 1—2 päeva järel vastavalt organismi üldreaktsioonile. Süstimate arv oleneb haiguse kulust.

**Autohemoterapia** on haige enda vere ülekandmine. Verd võetakse kubitaalveenist 2—3 kuni 10 ml ja süstitakse haige

tuharasse. Autohemoteraapia juures tuleb kasutada küllalt laia nõelaavaga Lueri süstlat, et ära hoida vere hüübimist.

Proteino-terapia kujutab endast piimasüstimisi. Piima tuleb eelnevalt steriilses katsuklaasis või kolvis 15 minuti jooksul keeta ja seejärel jahutada umbes 37<sup>o</sup>-ni; siis võetakse, kilet vältides, süstlasse umbes 2—5 milliliitrit piima ja süstitakse tuharasse.

Paikne ravi. Ureetra loputusi sooja kaaliumpermanganaadilahusega (1:10 000—1:6000) teostatakse järgmisel viisil: algul pestakse ureetra välist avaust vatiga või vedelikujoaga Esmarch'i kruusist. Seejärel surutakse loputusots kusiti välisele avale, vedelik juhitakse ureetrasse kuni selle eesosa täitumiseni ja lastakse siis välja. Pärast hoolikat eesosa loputamist minnakse üle (kui seda nõuab haigusprotsess) ureetra tagumise osa loputamisele. Haigele soovitatakse seejuures lihaseid lõdvendada, nagu tahaks ta urineerida; seejuures tungib vedelikujuga kusepõide. Pärast kusepõie täitumist vedelik urineeritakse välja. Tagasi tulles loputab vedelik kogu ureetrat ja kusepõis täidetakse uuesti. Ureetra loputusi teostatakse harilikult seisvas asendis. Esmarch'i kruus peab rippuma 1,5 m kõrgusel põrandast.

Eriliste nähtude puhul teostatakse alljärgnevat ravi:

Bužeerimine kujutab endast ureetra laiendamist metallist sirgete või painutatud bužiidega. Haige lamab kušetil loputusvedelikuga täidetud kusepõiega. Keetmisega steriliseeritud, jahutatud ja glütseriiniga määritud sirge bužii juhitakse ureetra esiossa, kuhu ta jäetakse 10 minutiks. Vajaduse korral masseeritakse ureetrat, bužii sees olles. Painutatud bužii juhitakse sisse alati suure ettevaatusega, et mitte vigastada ureetra tagaosas.

Eesnäärme massaažiks pannakse haige paremale küljele lamavasse asendisse. Massaaži teostatakse kummikindas käe vaseliiniga määritud nimetissõrmega pärasoole kaudu. Põis peab olema täidetud. Pärast massaaži haige urineerib või laseb välja loputusvedeliku.

Ägeda munandimanuse põletiku (epididümiidi, — *epididymitis gonorrhoeica*) puhul tarvitatakse suspensooriumi (munandi-kothoidjat), millesse on asetatud soojendav kompress.

Ägeda prostatiidi puhul kasutatakse kummiballoonide abil teostatavaid mikroklüsmasid. Haige juhib pärasoolde mitu korda päevas pool klaasi kuuma (kuni 50<sup>o</sup>) vett ja hoiab seda sees võimalikult kauem. Tugevate valude korral kasutatakse belladonnaküünlaid.

**Naiste gonorröa.** Naiste kuse- ning suguelundite ehituse erinevused põhjustavad harilikult samaaegset ureetra, seda ümbritsevate näärmete ja emakakaela haigestumist. Gonorröa ägedat kulgu iseloomustavad naistel ohter mäda eritumine ureetrast ning ureetranäärmeist, sagenenud valulik urineerimine ja söövitav valgevoolus. Viimane võib valguda pärasoole limaskestale ja tekitada siin põletikulist protsessi (proktiiti, *proctitis gonorrhoeica*); samaaegselt võib areneda tupeesikunäärmete põletik. Need nähud ei teki alati üheaegselt ega kaasu kõigi haigusjuhtudega. Siiski tuleb bakterioskoobiliseks uuringuks teha eraldi äigepreparaadid, võttes tõmbi lusikakesega sekreeti nii ureetrast, emakakaelast kui ka tupest.

Ainult emakakaela või üksikute näärmete haigestumisel võib juhtuda, et haige ei avasta eritust või viimane ei anna end teravalt tunda. Protsess võib areneda latentse ehk kroonilise gonorröalise endotserviitsiidi, bartoliniidi näol (*cervicitis et bartholinitis gonorrhoeica*).

Nagu akuutse, nii võib ka kroonilise gonorröa puhul tekkida ülenev gonorröaline protsess, mis haarab ka emakaõõne limaskesta, munajuhasid ja munasarju. Üleneva gonorröa tunnusteks on: teravad valud kõhu allosas, temperatuuri tõus, vere esinemine eritistes, menstruatsiooni korrapäratus ja valud urineerimisel. Neile tunnustele lisanduvad mäda kogunemine tupes, liidete moodustumine munasarja ja lähedalasetsevate soolestikuosade vahel ning teravalt valulik paistetuse. Põletikuline protsess võib haarata ka kõhukelme. Emaka limaskesta põletik, munajuhade ja munasarjade haigestumine on üheks sigimatuse ja emakavälise raseduse põhjuseks. Gonorröa võib naistel nagu meestelgi tekitada liigeste haigestumisi, endokardiiti ja raskesti mõjustada haige üldseisundit.

Naiste gonorröa ravi. Üldravi toimub samade reeglite põhjal, mida vaatlesime eespool (vt. meeste ravi). Naiste gonorröa ravi jätkub menstruatsiooni, raseduse ja sünnitusjärgsel perioodil.

Paikne ravi seisneb peale ureetra loputuste ureetra ja emakakaela peitsimises 1—2%-lise põrgukivilahusega ja tupe loputamises kaaliumpermanganaadilahusega. Pärasoole haigestumisel ordineeritakse 2—5%-lisest protargoolilahusest mikroklüsmasid. Üleneva gonorröa sümptomide puhul — rahu, belladonna-

küünlad; ägedas staadiumis — jääkott kõhupiirkonda, vaibuvate valude korral — soojus.

Gonorröahaige naine peab rangelt kinni pidama isiklikust hügieenist; ta ei tohi kasutada lastega ühist voodit ega pesta lapsi ühise käsna oma pesukaunist. Lapsed peavad kasutama eraldi ööpotti.

**Tütarlaste gonorröa.** Haiguse sümptomideks on: sage urineerimistung, valu ja kipitus välistes suguorganites, roheka mäda eritumine, mis tekitab reite sisepinnal ja lahklihal naha ärritust. Sageli haarab põletik ka pärasoole välisava. Valutunne ja sügelemine suguorganite piirkonnas muudavad lapse kapriisiks, kergesti ärrituvaks. Uurimiseks võetakse tõmbi lusikakesega ureetras sekreeti. Sekreedist tehakse sondiga äie esemeklaasile. Teise lusikakesega võetakse sekreeti tupest ja tehakse teine preparaat. Ägepreparaatide võtmine, samuti nagu kõik teised tütarlastega toimuvad ravimenetlused, nõuab erilist ettevaatust.

Tütarlaste gonorröa ravi teostatakse samadel põhimõtetel nagu täiskasvanuilgi.

Penitsilliini manustatakse kuni 200 000 ühikut, sulfidiini (sulfa-sooli, sulfatiazooli), olenevalt vanusest ja lapse kaalust, keskmiselt 0,1—0,15 g ööpäevas ühe kg kehakaalu kohta, üksikute annustena 5 korda päevas iga 3 tunni järel 5 päeva jooksul. Proteiinoteraapiat ja gonokokkide vaktsiini kasutatakse pooltes annustes.

**Paikne ravi.** Ägedas perioodis kasutatakse sooje istevanne mitu korda päevas, kaaliumpermanganaadi- (1 : 10 000—20 000), filtreeritud kummelikeedise või 1%-lise boorhappelahusega. Enne vanni tuleb suguorganeid ja päraku ümbrust puhastada niiske vatiga, pärast vanni — kuiva vati või marliga, seejärel puuderada talgiga. Tupeloputusteks kasutatakse peent kummikateetrit, mis on ühendatud Esmarch'i kruusi otsaga. Ureetrasse tilgutamiseks kasutatakse silmapipetti. Ravimite süstimiseks pärasoolde kasutatakse harilikku kummiballooni ja Tarnovski süstlat. Süstimiseks tarvitatakse põrgukivi- (0,25—1%) ja protargoolilahust (1—2%).

Tütarlaste gonorröa profülaktika. Tütarlaste nakatumisest hoidumine perekonnas oleneb eriti haigete vanemate, esmajärjekorras ema poolt peetud õigest režiimist. Tütarlaste mitesugulise haigestumise ärahoidmiseks tuleb meditsiinilisel personalil vanemate haigestumise korral viivitamatult läbi vaadata ka lapsed. Kui haige laps asub lastekodus, kuuluvad järelevaatu-

sele kõik tütarlapsed ja neid teenindav personal. Haiget last ei tohi enne täielikku tervistumist lubada lastekodusse ega kooli. Enne lasteasutistesse vastuvõtmist kuuluvad lapsed hoolikale läbi-vaatusele. Teenindav personal kuulub laboratoorsele kontrollile, mida teostatakse iga kuu. On vajalik ka laste voodipesu järele-vaatus. Voodipesul mädaste plekkide avastamise korral tuleb vii- vitamatult lapsi uurida. Kategooriliselt on keelatud lapsi pesta ühisest pesukaustist. Tuleb kasutada iga lapse jaoks eraldi vatt- tampooni, valades seejuures vett kruusist või soojaveekraanist. Kui haige tütarlaps viibib kodus, peab ema jälgima, et ta ei muutuks nakkusallikaks teistele tütarlastele. Haige laps peab omama eraldi voodit, ööpotti, pesukaussi ja käsna või mõsikut.

Täiskasvanute gonorröa profülaktika kohta vt. järgmist pea- tükki.

### **SUGUHAIGUSTE JA NAKKAVATE NAHAHAIGUSTE VASTASE VÕITLUSE ORGANISEERIMINE NSV LIIDUS.**

Suguhaiguste ja nakkavate nahahaiguste vastase võitluse põhi- liseks meetodiks on haigete dispanseerimine, s. o. abindite tarvi- tuselevõtmine, mis kindlustavad: a) haiguste avastamise, b) kiire ja täieliku ravi, c) nende haigete kaudu tekkida võivate uute hai- gusjuhtude hädaohu ärahoidmise, d) ühiskondliku profülaktika abinõude tarvituselevõtu nende haiguste suhtes.

Suguhaigete ja nakkavate nahahaigete dispanseerimine toimub veneroloogiliste nõuandlate, haiglatega ühendatud polikliinikute spetsiaalsete veneroloogiaosakondade ja kabinettide kaudu, maa- rajoonides — veneroloogiliste punktide, emade- ja lastekaitseasu- tiste, samuti kõigi meditsiiniliste osakondade ja punktide kaudu. Tänu laialdasele üldmeditsiinilisele võrgule on võimalik õigeaeg- selt avastada haigeid, kes võivad pöörduda igasse meditsiinilisse asutisse, kus neile antakse tasuta igakülget meditsiinilist abi.

Iga esmakordselt meditsiinilise abi poole pöörduv suguhaige kuulub kohustuslikule registreerimisele. Tema kohta koostatakse teatekaart, mille täitmisega algab haige kohustuslik arvelevõtmine. Kaart saadetakse koos igakuuse aruandega vastavasse tervishoiu- osakonda. Haigete kohta, kes põevad süüfilise nakkavaid nähte, tuleb kaart saata tervishoiuosakonda (või veneroloogiaasutisse) ööpäeva jooksul. Esmakordselt arsti poole pöörduva suguhaige arvelevõtmise juures tuleb kasutada järgmisi abinõusid: selgitada

isik, kelle tõttu haige on nakatunud, (infektsiooniallikas) ja kutsuda see isik järelevaatusele. Kui infektsiooniallikas eluneb teises linnas, siis teatatakse sellest kirjalikult vastavasse tervishoiuosakonda. Viimane võtab tarvitusele abinõud nimetatud isiku avastamiseks, järelevaatamiseks ja ravimiseks. Järelevaatusele kutsutakse kõik haige perekonnaliikmed. Mõningail juhtudel kuuluvad järelevaatusele üksikud kollektiivid, näit. gonorröahaige tütarlapse arvelevõtmise puhul, kui see asub lastekodus, -aias või -sõimes.

**Ravi organiseerimine.** Kui on arvele võetud süüfilise nakkavate vormidega haige, kuulub viimane kohustuslikule ja viivitamatule hospitaliseerimisele. Varjatud vormidega süüfilise puhul kuulub haige ambulatoorsele ravile. Gonorröahaigeid ravitakse tavaliselt ambulatoorselt, kuid haiged, kes põevad gonorröa komplikatsioone (epididümiidid, prostatiidid, artriidid), suunatakse haiglasse. Mõnikord tuleb haigeid hospitaliseerida selletõttu, et näit. maal elunevail haigeil pole võimalik kauguse tõttu korrapäraselt ravile ilmuda. Samuti on hospitaliseerimine vajalik, kui haige talub ravi halvasti ja peab viibima pideva arstliku kontrolli all. Et süüfilishaiged pärast haiglast väljakirjutämist vajavad ravi jätkämist, siis teostatakse nende, nagu kõigi arvelolevate haigete üle ravimise korrapärasuse kontrolli. Haiged, kes ei ilmu raviasutisse määratud tähtajaks, kutsutakse kirjalikult ravi jätkäma. Vajaduse korral järgneb väljakutse meditsiinilise personali kaudu. Et selgitada haigetele korrapärase ravi vajadust, isikliku hügieeni reeglite ja arsti poolt määratud režiimi täitmise tähtsust, mis on tarvilik retsidiivide ja komplikatsioonide vältimiseks, tuleb teostada laialdast sanitaarharidustööd. Seda tehakse individuaalselt iga esmakordselt arsti poole pöörduva haigega, kuid samuti gruppide kaupa vestluste ja loengute näol raviasutises viibivaile haigeile. Antakse välja seinalehti lühikeste artiklitega suguhaiguste olemuse, nende tähenduse kohta haigele, tema perekonnale ja riigile, samuti suguhaiguste levikut takistavate vahendite kohta. Pannakse välja küsimuste-vastuste tahvlid, kus antakse kirjalikult vastuseid küsimustele, mida haiged on esitanud küsimustekasti lastud sedelitel. Raviasutistes pannakse välja vastavad plakatid ja korraldatakse suguhaigusi käsitlevaid näitusi, mida võib kasutada vestluste illustreerimiseks. Loenguid ja vestlusi peetakse ka väljaspool raviasutisi: sanitaarharidusmajades, klubides jm.

Eriti tähtis osa on keskmisel meditsiinilisel personalil suguhaigustevastases võitluses maajaoskondade meditsiinilistes punktides. Personal peab siin täitma kõiki ülaltähendatud dispanseerse järelevalve momente. Suguhaiguskahtlaste haigestumiste avastamisel peab kõigepealt täpsustama diagnoosi, milleks tuleb haige saata raviasutisse, kus on võimalik teostada laboratoorseid uuringuid ja kliinilist konsultatsiooni. Kui diagnoos määratakse kindlaks ja haige suunatakse statsionaarsele ravile, tuleb nõuda tõend, et haige on sinna saabunud, ja võtta haige arvele, et teda pärast haiglast väljumist oleks võimalik pidevalt kontrollida. Kui diagnoosi täpsustamise järel, näit. ägeda või kroonilise gonorröa puhul, haige saadetakse otsekohe ravimisele meditsiinilisse punkti, tuleb seal iga esmakordselt registreeritud suguhaige kohta täita teatekaart. Kui tervislikel põhjustel pole võimalik haiget isiklikult arsti juurde saata (näit. gripposse seisundi või mõne muu haiguse kaasumisel) või kui takistuseks on elukondlikud põhjused, tuleb gonorröakahtluse korral võtta meditsiinilises punktis äigepreparaadid ja need saata uurimisele. Meditsiinilises punktis ravil viibivalt haigeilt, kes ei oma nahal ega limaskestadel väliseid haigusnähte ja kes saavad korduvaid raviguid, võib võtta kohapeal vereproovi ja saata viimased laboratooriumi kas katsuklaasides või kuivtilgana.

## KAASASÜNDINUD SÜÜFILISE VASTU VÕITLEMINE NSV LIIDUS.

Kuna kaasasündinud süüfilisega last võib sünnitada ainult süüfilishaige ema, siis seisneb kaasasündinud süüfilise profülaktika peamiselt naiste süüfilisse haigestumise ärahoidmises, selle varases avastamises ja õigeaegses süstemaatilises ning täisväärtuslikus ravis enne rasedust ning raseduse ajal. Wassermanni reaktsiooni jaoks võetavad vereproovid on kohustuslikud kõigile naistele, kes pöörduvad raseduse ajal naistenõuandlasse. Rasedal avastatud süüfilise ravi on seda edukam ja lootus terve lapse sünnitamiseks seda suurem, mida varem alustatakse ravi. Selleks on vajalik, et rasedad pöörduksid nõuandlasse kohe raseduse algul. Vastav selgitustöö on kõigi meditsiiniliste töötajate kohustuseks. Rase, kellel on avastatud süüfilis, tuleb võtta, olenemata

haigusstaadiumist, eriarvele. Raseda suunamisel sünnitusmajja peab sealne personal teadlik olema tema juures teostatud ravist ja tema tervislikust seisundist. On võimalik, et süüfilis avastatakse alles raseduse teisel poolel, kui rase pöördub haiguse nähtude tõttu esmakordselt arsti poole. Olenemata raseduskuust, tuleb ka neil juhtudel haige saata statsionaari spetsiifilisele ravile. Sünnitustähtaja lähenemisel suunatakse haige sünnitusmajja, seejuures ära märkides diagnoosi ja teostatud ravi.

Kaasasündinud süüfilise ärahoidmine on üheks suguhaiguste üldise profülaktika ülesandeks.

### SUGUHAIGUSTE PROFÜLAKTIKA.

Nõukogude sotsialistlikus ühiskonnas pole suguhaiguste levikut soodustavaid põhjusi. Enne saksa fašistlike anastajate reeturlikku kallaletungi Nõukogude Liidule langes järsult suguhaigustesse haigestumine. Paljudes oblastites teostati töid, mis kindlustasid elanikkonna täielikku tervistumist süüfilisest. Need tööd katkestati rea oblastite ja rajoonide ajutise okupeerimise tõttu. Siin hävitasid saksa fašistlikud hordid kõik raviasutised ja asutasid oma ohvitseridele ning sõduritele avalikke maju. Rea linnade ja alevite ajutise okupeerimise tulemusena tekkisid siin uuesti suguhaigused, kust need kandusid ka mujale. Seega olid suguhaigused sõja tagajärjeks, mille likvideerimine toimub kiire tempoga. Selle ülesande täitmine oleneb mitte ainult suguhaigete ravi organiseerimisest, vaid ka suguhaiguste ühiskondliku profülaktika abinõude kasutamisest.

Ühiskondliku profülaktika abinõude hulgas omab esikohta nõukogude seadusandlus, mis käsitab teise isiku suguhaigusse nakatamist või säärase nakkusohu tekitamist kriminaalkuriteona, mida karistatakse kriminaalkodeksi §-i 150 järgi vabadusekaotusega kuni 3 aastani või paranduslike töödega.

Tuleb meeles pidada, et isikut, kes on nakatanud terve inimese suguhaigusse või on oma käitumisega tekitanud säärase nakkusohu, näit. kohustuslikust hospitaliseerimisest keeldumisega või ravi omavolilise katkestamisega, võivad võtta vastutusele mitte ainult kannatada saanud isik, vaid ka tervishoiuorganid. Viimastele on antud õigus kutsuda sundkorras järelevaatusele isikuid, kelle kohta teatakse, et nad põevad suguhaigust, kuid ei ravi end,

samuti neid, kes on osutunud nakkusallikaks. Sunniviisiline järelevaatatus ja vajaduse korral ka ravi võetakse kasutusele ainult neil juhtudel, kui väljakutsutu keeldub ilmutast vaba-tahtlikult järelevaatusel. Kirjalik või isiklik väljakutse peab toimuma haige saladust rikkumata. Nõukogude seadusandlus omab peamiselt kasvatavat tähtsust. Seda küsimust tuleb selgitada sanitaarhariduslikel vestlustel ja loengutel. Tuleb selgitada, et perekonnaseisusametis abielu registreerimisel peavad abielupoold teineteist oma tervisliku seisundi kohta informeerima.

Ühiskondliku profülaktika vahendite hulka kuuluvad ka perioodiliselt organiseeritud elanike gruppide järelevaatused. Eespool märkisime juba, et kohustuslikke järelevaatusi teostatakse lasteasutistes. Sääraste perioodiliste järelevaatusete alla kuuluvad ka kommunaalasutiste ja -ettevõtete (saunade, pesukodade, juukselõiklate, toiduainete-ettevõtete) töölised ja teenistujad. Sissekanded teostatud läbivaatuste kohta tehakse asutise žurnaali või järelevaatusel kuuluvate töötajate isiklikesse sanitaarraamatuisse. Kui süüfilise nakkavaid vorme avastatakse haigeil, kes elunevad ühiselamuis, kuuluvad järelevaatusel ka isikud, kes elavad haigetega koos. Seoses asjaoluga, et pärast rea oblastite vabastamist saksa fašistlikest anastajaist jäi sinna suguhaigeid, saadeti kohale ekspeditsioonid ja salgad, kes teostasid asulate kõigi elanike järelevaatusi. Neil järelevaatusel avastati ka teisi haigusi, peamiselt nakkuslikke nahahaigusi; haigeile organiseeriti meditsiinilist abi.

Vastsündinute blennorröa profülaktika seisneb kohustuslikus Credé' meetodi tarvitamises kõigis sünnitusmajades. Selle meetodi kasutamine on kohustuslik, sest naine võib enese teadmata pikemat aega olla gonorröainfektsiooni kandjaks. Sünnitusakt teravdab passiivselt või varjatult kulgevat haigust. Sel teel tekib oht, et vastsündinu pea sünnitusteid läbides, võivad gonokokid sattuda tema silma limaskestadele.

Credé' meetod seisneb ühe tilga 2%-lise põrgukivilahuse silmapipetiga konjunktivaalkotti tilgutamises. Seda tehakse kohe pärast lapse sündimist. Enne seda puhastatakse lapse silmalaud ja nägu steriilse vatiga limast.

Ühiskondliku profülaktika tähtsaimaks vahendiks on sanitaarharidustöö, millest oli üksikasjalisemalt juttu eespool. Vastavalt NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi käskkirjale nr. 109 (26. II 1948) on sanitaarharidustöö teostamine meditsiinilise per-

sonali ülesandeks. See töö lülitatakse nädalagraafikusse ja seda tehakse varemkoostatud plaani järgi. Kõigi sanitaarhariduslike vestluste põhiliseks sisuks on abieluelsete ja abieluväliste juhuslike suguhete hädaohu selgitamine, sest need on suguhaigustesse nakatumise peamiseks põhjusiks.

## SUGUHAIGUSTE ISIKLIK PROFÜLAKTIKA.

Suguhaigusse nakatumise hädaoht võib kõrvaldada või vähendada kaitsevahendite kasutamisega enne ja pärast suguhet. Enne suguhet tarvitatavaks vahendiks on mehel preservatiiv, mis takistab infektsiooni sattumist limaskestadele ja nahale. Kuid preservatiivi kasutamisel jäävad kaitseta häbemepiirkond, munandid ja reied. Seepärast pole spirohheetide ja pehme šankri kepikeste sattumine neile osadele takistatud. Suuremat tähtsust omab preservatiiv gonorröasse nakatumise takistamisel.

Suguhaigustesse nakatumise hädaohu ärahoidmiseks pärast suguhet on olemas isikliku profülaktika punktid, mida teenindatakse valves oleva keskmise meditsiinilise personali poolt. Profülaktika edu oleneb abisaamiseks pöördumise ajast: mida varem pärast suguhet on kasutatud vastavaid profülaktilisi vahendeid, seda väiksem on nakatumisoht.

## NAKKAVATE NAHAHAIGUSTE RAVI JA PROFÜLAKTIKA ORGANISEERIMINE.

Nakkavate nahahaiguste (lubiraig, pügaraig, sügelised) ravi ja profülaktikat teostatakse peale spetsiaalsete, nn. mükoloogiliste nõuandlate, punktide ja skabiosooriumide veel spetsiaalsete ravi-asutiste poolt, kes võitlevad suguhaigustega. Nakkavate nahahaiguste vastu võitlemise põhimeetodiks on eespoolkirjeldatud dispanserne meetod. Kohustuslikule arvelevõtmisele kuuluvad kõik esmakordselt registreeritud haiged, kes põevad lubiraiga, trihhofüütiat ja mikrospooriat. Kui avastatakse nakkava nahahaigusega haige, kuuluvad kõik tema perekonna liikmed järelevaatusele. Seenhaiguse-kahtluse korral tuleb võtta uurimismaterjali (juukseid ja kettusid). Kui haige asub lastekodus, kuuluvad järelevaatusele kõik sealasuvad lapsed ja teenindav personal. Kui lastekodus on avastatud lubiraia- või trihhofüütiakahtlane laps, tuleb see kuni diagnoosi kindlakstegemiseni paigutada isolaatorisse. Seenhaiguste

ärahooldmiseks tuleb kollektiividesse astuvatel või juba kollektiivis olevatel lastel perioodiliselt tähelepanelikult järel vaadata juustega kaetud peaosa. Perekesnas viibiv haige laps peab kuni teristumiseni peas kandma sidet või pabermütsikest, seda sageli vahetades ja pärast tarvitamist ära põletades. Haigete laste voodipesu tuleb keeta soodalahuses. Pealistrõivaid on soovitatav desinfitseerida desinfektsioonikambris. Lapsi lastakse kooli keskmiselt üks kuu pärast röntgenepilatsiooni ja ravi, kui kahekordse uurimise järel preparaadis seeni enam ei leita.

Teaduslik sugu- ja nahahaiguste vastase võitluse meetodite väljatöötamine ja spetsialistide ettevalmistus toimub Naha- ja Suguhaiguste Teadusliku Uurimise Keskinstituudis Moskvas, vabariiklikes instituutides, arstide täiendusinstituutides ja meditsiiniliste instituutide naha- ja suguhaiguste kateedrites. Meditsiinilise personali kvalifikatsiooni tõstmine toimub ka linnade, oblastite ja rajoonide veneroloogilistes nõuandlates ja haiglatega ühendatud polikliinikute veneroloogiaosakondades.

## RETSEPTID.

### Nahahaiguste raviks.

N a h a m ä d a p õ l e t i k u d:

Rp.

Brillantgrüni 0,5  
Spiritus Vini 70% ad 50,0  
MDS. Väline, haiguskollete pintseldamiseks.

Rp.

Sol. Rivanoli 1 : 1000 100,0  
DS. Väline, mähisteks.

Rp.

Ung. Hydrargyri praecipitati albi 5—10% 30,0  
DS. Väline, haiguskollete määrimiseks.

Rp.

Ung. Ichthyoli 10% 30,0  
DS. Väline.

Rp.

Penicillini 100.000 ü  
Aqua destillatae 100,0  
MDS. Mähisteks.

N a h a s e e n h a i g u s e d:

Rp.

Tinct. Jodi 5—10% 25,0  
DS. Naha pintseldamiseks.

Rp.

Sulfuris praecipitati 20,0  
Acidi salicylici 5,0  
Adipis suilli ad 100,0  
M. f. ung. DS. Väline.

Rp.

Acidi salicylici 12,0  
Acidi lactici 6,0  
Vaselini ad 100,0

M. f. ung. DS. Väline, 48 tunniks haiguskoldele  
(Arijevitši salv).

Rp.

Acidi salicylici 2,0  
Resorcini 1,0  
Spiritus Vini 70% ad 100,0

MDS. Naha puhastamiseks.

Naha tuberkuloos:

Rp.

Ung. acidi pyrogallici (20%, 15%, 10%, 5%, 2,5%, 1%,  
0,5%) 30,0

DS. Väline, luupuskollete hävitamiseks.

Rp.

Vitamiini D<sub>2</sub> 40,0

DS. 150 000 ühikut päevas tilkadena sisse võtta  
(15—20 tilka 2 korda päevas 2—3 kuu vältel).

Ekseem ja dermatiit:

Erütematoosne või papuloosne staadium.

Rp.

Talci veneti  
Zinci oxydati aa 10,0

MDS. Väline, naha puuderdamiseks.

Rp.

Talci veneti  
Zinci oxydati  
Amyli aa 15,0  
Glycerini  
Spiritus Vini 95% aa 10,0  
Aquae Calcis ad 100,0

MDS. Väline.

Leemendav staadium.

Rp.

Sol. acidi borici 1—2% 200,0  
DS. Väline, mähisteks.

Rp.

Sol. Resorcini 1—2% 200,0  
DS. Väline, mähisteks.

Ketendav staadium.

Rp.

Naphthalani 20,0  
Zinci oxydati  
Amyli aa 10,0  
MDS. Väline.

Rp.

Olei Rusci 3,0  
Zinci oxydati 20,0—50,0  
Acidi borici 2,0  
Ol. Helianthi ad 100,0  
MDS. Väline.

Krooniline ekseem.

Rp.

Sulfuris praecipitati  
Ol. Rusci aa 5,0  
Pastae Zinci ad 100,0  
MDS. Väline.

S ü g e l i s e d:

Rp.

Sol. Natrii hyposulfurosi 120,0  
Aquaе destillatae ad 200,0  
MDS. Väline I.

Rp.

Sol. acidi muriatici 6% aquosae 200,0  
DS. Väline II.

Rp.  
Ung. sulfurati (10%, 20%, 30%) 100,0  
DS. Väline.

Täitõbi:

Rp.  
Ung. Hydrargyri cinerei 30,0  
DS. Väline.

Rp.  
Hydrargyri bichlorati corrosivi 1,0  
Aceti Vini 300,0  
MDS. Tingude eemaldamiseks.

Nõgestõbi:

Rp.  
Mentholi 2,0—5,0  
Spiritus Vini 70% ad 100,0  
MDS. Väline.

Rp.  
Sol. Calcii chlorati 10% 10,0  
Dtd. № X in amp.  
S. Süstimiseks veenisisesi ülepäeviti üks ampull.

Süगतõbi:

Rp.  
Sulfuris praecipitati 5,0  
Acidi salicylici 1,0  
Vaselini ad 50,0  
M. f. ung. DS. Väline.

Rp.  
Sol. Vlemingx'i 60,0—100,0  
DS. Ühe vanni vee kohta.

Neurodermiit ja punane lame sammaspool:

Rp.

Hydrargyri bichlorati corrosivi 0,1  
Acidi carbolicli liquefacti 1,0  
Vaselini ad 50,0  
M. f. ung. DS. Väline.

Psoriaas:

Rp.

Acidi pyrogallici 2,0  
Ol. Rusci 8,0  
Pastae Lassari ad 100,0  
MDS. Väline.

Rp.

Hydrargyri praecipitati albi 3,0  
Ol. Rusci 2,0  
Ung. lenientis ad 30,0  
M. f. ung. DS. Väline.

## SISUKORD.

	Lk.
Eessõna . . . . .	3
Naha anatoomia . . . . .	5
Marrasknahk ( <i>epidermis</i> ) . . . . .	7
Pärisnahk ehk derma . . . . .	10
Nahaalune sidekude . . . . .	11
Naha lihased . . . . .	11
Naha veresooned . . . . .	12
Naha närvid . . . . .	13
Naha näärmed . . . . .	14
Karvad . . . . .	16
Küüned . . . . .	18
Naha füsioloogia . . . . .	19
Naha kaitsefunktsioonid . . . . .	19
Nahk organismi soojuse reguleerijana . . . . .	19
Naha sekretoorne funktsioon . . . . .	20
Nahk hingamis- ja resorptsiooniorganina . . . . .	20
Nahk tundeorganina . . . . .	20
Naha hügieen . . . . .	21
Nahahaiguste põhjused . . . . .	26
Nahahaiguste üldine sümptomatoloogia . . . . .	29
Nahahaiguste ravi ja haigete eest hoolitsemise üldpõhimõtted . . . . .	38
Nahahaiguste üldine (seespidine) ravi . . . . .	49
N a h a h a i g u s e d . . . . .	50
Mädanikulised nahahaigused — püodermiidid . . . . .	50
Pindmised ehk impetiginoossed püodermiidid . . . . .	51
Sügavad püodermiidid . . . . .	58
Tööstuslikes tingimustes arenev püodermia ja selle vastu võitlemine . . . . .	63
Seenelised nahahaigused — dermatomükoosid . . . . .	64
Kliiketendustõbi ( <i>pityriasis versicolor</i> ) . . . . .	65
Erütrasma ( <i>erythrasma</i> ) . . . . .	66
Pügaraig . . . . .	66
Silenaha pügaraig . . . . .	67
Täiskasvanute krooniline trihhofüütia . . . . .	69
Juustega kaetud peanaha pindmine trihhofüütia . . . . .	70

	Lk.
Juustega kaetud peanaha mikrospooria . . . . .	70
Juustega kaetud peanaha pügaraiia sügav ehk mädanikuline vorm . . . . .	71
Parasitaarne sükoos . . . . .	73
Küünite trihhofüütia . . . . .	73
Favus ehk lubiraig . . . . .	73
Pügaraiia ja favuse profülaktika ja ravi . . . . .	76
Epidermofüütia . . . . .	81
Nahatuberkuloos . . . . .	84
Vulgaarne ehk tuberkuloosne söötraig ( <i>lupus vulgaris</i> ) . . . . .	86
Skrofuloderma ( <i>scrophuloderma</i> ) ehk kolikvatiivne tuberkuloos ( <i>tuberculosis cutis colliquativa</i> ) . . . . .	91
Nahatuberkuloosi ravi . . . . .	93
Leepira ( <i>lepra</i> ) ehk pidalitõbi . . . . .	95
Loomsetest parasiitidest põhjustatud nahahaigused . . . . .	100
Sügelised ( <i>scabies</i> ) . . . . .	100
Täitõbi ( <i>pediculosis</i> ) . . . . .	106
Ekseem ( <i>eczema</i> ) . . . . .	110
Nõgestõbi ( <i>urticaria</i> ) . . . . .	116
Stroofulus ehk laste nõgestõbi ( <i>strophulus infantum</i> ) . . . . .	118
Süगतõbi ( <i>prurigo</i> ) . . . . .	119
Dermatiidid ja ravimilööbed . . . . .	121
Soomus-sammaspool ehk psoriaas ( <i>psoriasis</i> ) . . . . .	122
Punane lame sammaspool ( <i>lichen ruber planus</i> ) . . . . .	129
Roosa ketendus ( <i>pityriasis rosea</i> ) . . . . .	132
Suguhaigused . . . . .	134
Süüfilis . . . . .	136
Süüfilise tekitaja . . . . .	136
Süüfilise leviku teed ja nakatumise viisid . . . . .	137
Süüfilise kulu üldine iseloomustus . . . . .	139
Süüfilise esmane periood ( <i>syphilis I</i> ) . . . . .	141
Süüfilise teisene periood ( <i>syphilis II</i> ) . . . . .	146
Süüfilise kolmandane periood ( <i>syphilis III</i> ) . . . . .	155
Seljaajukuive ( <i>tabes dorsalis</i> ) ja progressiivne paralüüs ( <i>paralysis progressiva</i> ) . . . . .	162
Kaasasündinud süüfilis . . . . .	164
Süüfilise diagnoosimine ja seroloogilised reaktsioonid . . . . .	171
Süüfilise ravi . . . . .	174
Salvarsaan . . . . .	175
914 tüüpi preparaate lahuste valmistamise ja süstimise tehnika . . . . .	175
Osarsool . . . . .	177
Arseenoksüüdid . . . . .	177
Salvarsaanpreparaatide tarvitamise näidustused ja vastunäidustused . . . . .	178
Kõrvalnähud, nende profülaktika ja ravi . . . . .	179

	Lk.
Vismutpreparaadid . . . . .	182
Elavhõbepreparaadid . . . . .	183
Muskuliseste süstimiste tehnika . . . . .	183
Elavhõbeda sissehõõrumise tehnika . . . . .	185
Komplikatsioonid elavhõbe- ja vismutpreparaatidega ravimisel	185
Joodpreparaadid . . . . .	188
Süüfilise ravi penitsilliiniga . . . . .	189
Süüfilise kaasaegse ravi meetodika . . . . .	189
Süüfilise kulg ja prognoos . . . . .	190
Pehme šanker ( <i>ulcus molle</i> ) ja tema ravi . . . . .	191
Meeste, naiste ja laste gonorröa ning selle ravi . . . . .	196
Meeste gonorröa . . . . .	198
Naiste gonorröa . . . . .	201
Tütarlaste gonorröa . . . . .	202
Suguhaiguste ja nakkavate nahahaiguste vastase võitluse organiseerimine	
NSV Liidus . . . . .	203
Kaasasündinud süüfilise vastu võitlemine NSV Liidus . . . . .	205
Suguhaiguste profülaktika . . . . .	206
Suguhaiguste isiklik profülaktika . . . . .	208
Nakkavate nahahaiguste ravi ja profülaktika organiseerimine . . . . .	208
Retseptid . . . . .	210

*Vastutav toimetaja L. Nurmand*  
*Tehniline toimetaja H. Kohu*

Ladumisele antud 24. VIII 1950. Trükkimisele antud 31. X 1950. Trükiarv 2000. Paber 60 × 92,  $\frac{1}{16}$ . Trükipoognaid 13,625. Arvutuspoognaid 14,05. MB-08895. Trükikoda „Hans Heidemann“, Tartu, Vallikraavi 4. Tellimise nr. 2439.

На эстонском языке.

Hind rbl. 6.—

74

