

EESTI NSV TERVISHOIUMINISTEERIUM
ENSV NEUROLOOGIDE JA PSÜHNIAATRITE TEADUSLIK SELTS
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЭССР
НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО НЕВРОЛОГОВ И ПСИХИАТРОВ ЭССР

ENSV NEUROLOOGIDE JA PSÜHNIAATRITE
VIII VABARIIKLIK KONVERENTS

Viljandis, 13. ja 14. juunil 1958. a.

ETTEKANNETE TEESID

VIII РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
НЕВРОЛОГОВ И ПСИХИАТРОВ ЭССР

Вильянди 13 и 14 июня 1958 г.

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

EESTI NSV TERVISHOIAMINISTEERIUM
ENSV NEUROLOOGIDE JA PSÜHNIAATRITE TEADUSLIK SELTS
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЭССР
НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО НЕВРОЛОГОВ И ПСИХИАТРОВ ЭССР

ENSV NEUROLOOGIDE JA PSÜHNIAATRITE
VIII VABARIIKLIK KONVERENTS

Viljandis, 13. ja 14. juunil 1958. a.

ETTEKANNETE TEESID

VIII РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
НЕВРОЛОГОВ И ПСИХИАТРОВ ЭССР

Вильянди, 13 и 14 июня 1958 г.

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

SKISOFREENIA REMISSIOONI DÜNAAMIKA INSULIINRAVI TOIMEL

Dotsent J. Saarma

TRU Psühhiaatria ja kohtumediitsiini kateedrist

Rakendades kliinilise jälgimise kõrval mõningate kõrgema ja vegetatiivse närvitalitluse näitajate süstemaatilist vaatlust, on uuritud remissiooni dünaamikat insuliinravi toimel 40 skisofreeniahaigel. Kogutud materjal võimaldab eraldada remissiooni dünaamika mõned iseloomulikud variandid ning esile tõsta mõned täiendavad prognostilised tunnused kui ka kriteeriumid remissiooni tõhususe hindamiseks.

Prognostiliselt soodsateks märkideks on välispidise pidurduse nähtude ülekaal kõrgemas närvitalitluses ning samaaegne vegetatiivsete komponentide osaline säilumine orienteerumisrefleksi kompleksis.

Remissiooni dünaamika kõige soodsamaks variandiks on järgnev astmelisus: Esimesena muutub insuliinravi käigus vegetatiivne toonus sümpaatikuse toonuse tõusu suunas. Paralleelselt haigete emotsionaalsus normaliseerub. Seejärgi paraneb erutusprotsess esimese signaalsüsteemi mehhanismides, kliiniliselt avaldub see tajumise- ja mootorikahäirete taandumises. Edasi paraneb teise signaalsüsteemi vanade seoste, hiljem ka uue kogemuse üldistuse ja abstraktsiooni protsess. Kliiniliselt paraneb järkjärgult adaptatsioon sotsiaalses miljöös. Enamasti kõige viimasena normaliseerub vegetatiivne reaktiivsus, omandades sümpatikotoonilise iseloomu. Tõhusaks ja püsivaks osutub remissioon ainult kõikide mainitud komponentide normaliseerumisel.

Insuliinravi toime üheks põhiliseks komponendiks skisofreenia puhul võib lugeda adrenaal-sümpaatilise süsteemi pideva stimulatsiooni abil saavutatavat normaalset tasakaalu sümpaatikuse ja vaaguse vahel.

AMINASIINRAVI REMISSIOONIDE DÜNAAMIKA JA HINNANG SKISOFREENIAHAIGETEL

I. Paulus

Tallinna Vabariiklikust Psühhoneuroloogiahaiglast

Käesoleva ettekande materjalina on kasutatud 21 skisofreeniahaige kliinilise ja kõrgema närvitalitluse uurimise tulemusi Ivanov-Smolenski sõnalis-motoorse meetodikaga. Kõikidele haigetele rakendati aminasiinravi, mille vältel teostati kõrgema närvitalitluse uuringuid 6—32 korda.

Hinnates aminasiinravi tulemusi, võib uuritud haigeid remissiooni dünaamika ja struktuuri järele jaotada nelja gruppi.

1) Haiged hea püsiva remissiooniga, kellel konstateeritakse nii kliinilist paranemist (respective tervistumist) kui ka kõrgema närvitalitluse normaliseerumist. Siia kuuluvad värsked või värs-kete retsidiividega skisofreeniahaiged kliiniliselt mitmekesiste ja muutlike haigusnähtudega. Kõrgema närvitalitluse osas esineb neil patoloogiliselt muutunud närviprotsesside ebastabiilsus, andes erinevaid sümptoomkomplekse. Nii võib kord prevaleeruda passiivne pidurdus erutuse ja aktiivse pidurduse nõrkusega, kord esineda ülekaalukas inertne erutusprotsess või mõõdukas signaalsüsteemidevahelise koostöö lõhenemine ühes närviprotsesside liikuvuse ja kontsentratsiooni häirega. Remissiooni kulus esineb kliiniline paranemine paralleelselt kõrgema närvitalitluse normaliseerumisega.

2) Haiged visalt kujuneva rahuldava kliinilise remissiooniga, kelledel kõrgema närvitalitluse normaliseerumine on märgatavalt sügavam kui kliiniline remissioon. Siia kuuluvad nii värsked kui ka kroonilised skisofreeniahaiged, meie materjalis hallutsinatoor-paranoilise vormiga. Kõrgema närvitalitluse patoloogilistest muutustest on selle grupi haigete enamusel esiplaanil erutusprotsessi inertsuse nähud ühes mõõduka signaalsüsteemidevahelise koostöö lõhenemise ja närviprotsesside liikuvuse ning kontsentratsiooni häiretega. Nende haigete remissioonid süvenevad peale ravi lõpetamist ja püsivad pikemat aega.

3) Haiged rahuldava kliinilise remissiooniga, kuid kõrgema närvitalitluse mitteküllaldase normaliseerumisega. Siia gruppi kuuluvad peamiselt kroonilised skisofreeniahaiged hallutsinatoor-paranoilise vormiga või defektseisundiga. Kõrgema närvitalitluse osas on siin esiplaanil passiivne pidurdus ühes tugevama lõhenemisega signaalsüsteemide vahel. Remissiooni kulus esineb passiivse pidurduse taandumine, ravi lõppemise järele aga selle

uus levik. Nende haigete remissioonid on ebapüsivad ja annavad kiiresti retsidiive.

4) Haiged, kellel puudub nii kliiniline paranemine kui ka kõrgema närvitalitluse normaliseerumine. Siia kuuluvad kroonilised või defektseisundis haiged stabiilse haiguspildiga. Kõrgema närvitalitluse osas on nendel haigetel esiplaanil inertne pidurdusprotsess ühes tugevama lõhenemisega signaalsüsteemide vahel.

Ülaltoodust nähtub, et aminosüünravi skisofreeniahaigetel annab enamikus püsivaid remissioone:

- 1) värskelthaigestunutel ebastabiilsete haiguspiltidega
- 2) värskelthaigestunutel kui ka kroonilistel haigetel, kellel närvi- ja protsesside kulus on esiplaanil inertne erutusprotsess.

INSULIINRAVI VAHETUD TULEMUSED SKISOFREENIA-HAIGETEL VABARIIKLIKU TARTU KLIINILISE PSÜHHO-NEUROLOOGILISE HAIGLA ANDMETEL

Üliõpilased T. Aadla, L. Allikmets ja E. Kross

Tartu Riikliku Ülikooli Psühhiaatria ja kohtumeditsiini kateedrist (kateedri juhataja professor E. Karu, töö teaduslik juhendaja dotsent J. Saarma)

Insuliinravi on kuni tänapäevani jäänud üheks efektiivsemaks aktiivse ravi meetodiks psühhiaatrias. Rikkalikus kirjanduslikus materjalis insuliinravi kohta esineb indikatsioonide, efektiivsuse ja metoodika üksikasjade suhtes paiguti lahkuminekuid ja isegi vasturääkivusi.

Tartu Vabariiklikus Kliinilises Psühhoneuroloogilises Haiglas on skisofreenia insuliinravi rakendatud 1936. aastast. Kuna seni nende tulemuste üldistust pole veel teostatud, siis püstitasid autorid käesoleva töö ülesandeks anda kõige põhilisemates joontes ülevaade nimetatud raviasutuses teostatud insuliinravi kogemustest skisofreenia puhul.

Aastatel 1936—1957 on lõpetatud 282 skisofreeniahaigel 313 insuliinravikuuri. Kliiniliste vormide järgi jagunevad ravitud skisofreeniahaiged järgmiselt: paranoilisi — 177, katatoonilisi — 48, hebefreenilisi — 15, lihtsaid — 42.

Insuliinravi üldine efektiivsus vahetult pärast ravikuuri oli järgmine:

- 1) Rahuldavaid remissioone (A, B, C Sereiski järgi) 210 haigel (73,4%). Sellest häid remissioone (A, B) — 145 haigel (50,4%), osalisi remissioone (C) — 65 haigel (23%).
- 2) praktiliselt tulemusteta (rem. D, O) jäi ravi 76 haigel (26,6%).

Paremaid tulemusi insuliinraviga saadi paranoilise ja kata-
toonilise vormi puhul.

Otsustavat osa hea prognoosi suhtes omab ravi võimalikult
varajane alustamine. Ravi alustamisel haiguskestvusega kuni
2 kuud saadi rahuldavaid remissioone (A, B, C) 90,4%, kuna
ravi alustamisel haiguskestvusega üle ühe aasta saadi rahulda-
vaid remissioone ainult 56,2%.

Insuliinravi korduval rakendamisel retsidiivide korral ei saa-
vuta tavaliselt efektiivsus eelmise ravikuuri taset, vaid remissioo-
nide kvaliteet on madalam.

SCLEROSIS MULTIPLEX'i RAVIST B₁₂-VITAMIINIGA

A. Vaarask

Tallinna Vabariiklikust Psühhoneuroloogiahaiglast

Ajavahemikus 15. detsembrist 1956. a. kuni 1. detsembrini
1957. a. rakendati Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogia-
haigla neuroloogiaosakonnas 31 sclerosis multiplex'i diagnoo-
siga haigele B₁₂-vitamiini intralumbaalseid süsteid kompleksravi
(proseriin, joodipreparaadid, urotropiin, trüpaflaviin, B₁-vitamiin,
füsioteraapia jne.) ühe komponendina.

Vitamiin B₁₂ lahust süstiti lumbaalpunksiooni abil subarahnoidaalruumi 30 mikrogrammi korraga. Ühe ravikuuri vältel teo-
tati keskmiselt 3—5 süstet 5—7 päevaste vaheaegadega.

21 juhul täheldati paremaid ravitulemusi võrreldes haigetega,
kellele rakendati ainult tavalist kompleksravi.

Peamiselt paranesid spinaalset tüüpi mootorikahäired, vähe-
nesid jäsemete spastilisus ja paresid.

Suhteliselt paremaid ravitulemusi täheldati värskematel hai-
getel.

Seega on vitamiin B₁₂ kasutamine kompleksravi osana scler-
osis multiplexi puhul täielikult õigustatud.

LUMBAALSETE RADIKULIITIDE RAVIST VITAMIIN B₁₂ EPIDURAALSETE SÜSTETEGA

M. Farber

Narva Linna Haigla neuroloogiaosakonnast

Meile kättesaadavas kirjanduses ei olnud leida töid neuroloogi-
liste haiguste ravi kohta vitamiin B₁₂ epiduraalsete süstetega.
Lumbaalsete radikuliitide ravi vitamiin B₁₂ epiduraalsete süste-
tega alustasime 1957. aastal.

Üldse jälgisime 20 haiget, nendest neljal esines äge ja 16-l krooniline lumbaalne radikuliit. Neljal haigel leiti ristluu röntgenogrammis deformeeruv spondüloos ja väärastuslikke muutusi.

Epiduraalruumi süstiti 100—200 mikrogrammi B₁₂-vitamiini 5—15 milliliitris füsioloogilises lahuses. Ainult kahel haigel oli vitamiin B₁₂ annus tunduvalt kõrgem. Ühele nendest süstiti epiduraalselt 400 mikrogrammi teisele aga 1000 mikrogrammi vitamiini B₁₂.

Tavaliselt tekkis paranemine 5—10 minutit peale protseduuri lõpetamist. Tunduvalt vähenesid valud, suurenes liigutuste ulatus -lülisambas ja haiges jalas, kadus või tunduvalt vähenes skolioos. Järgmistel päevadel haigete seisund veelgi paranes.

Üldse teostati 26 vitamiin B₁₂ epiduraalset süstet: 16 haigele ühekordselt, 3-le kahekordselt, ühele kolmekordselt.

Selle meetodiga ravitud haigetest saavutati tunduv paranemine 15-l, paranemine neljal. Ühel haigel ei saavutatud efekti.

Komplikatsioone ega mingeid kõrvalnähteid vitamiin B₁₂ epiduraalse süstimise puhul ei esinenud.

GALVAANILISE VALUPROOVI PRAKTILISEST KASUTAMISEST

V. Tuur

Pärnu Linna Haigla närviosakonnast

On teada, et mitmesuguste haiguste juures, eriti seoses valu-tundega, muutub naha elektrijuhtivus.

Möödunud sajandi lõpul I. R. Tarhanovi poolt avastatud psüh-hogalvaanilise fenomeni alusel töötas kolmekümnendatel aastatel prof. E. T. Salkindson välja galvaanilise nahaproovi meetodika valule, milline leidis kasutamist kliinikus. Selle proovi väärtus seisneb selles, et objektiivselt võib kindlaks teha vastava keha-osa naha elektrilise takistuse muudatusi valuaistingu puhul. See proov on aga põhjendamatult unustatud ja pikemat aega pole kirjanduses selle kohta teateid olnud. Umbes 10 aastat tagasi on välja lastud Mištšuki kombineeritud aparaat «PK-5», millega saab mõõta naha elektrijuhtivust, higistamist ja temperatuuri.

Selle aparaadi kasutamine on oluline neuroloogilises statsio-naaris, kuna aga galvaaniline valuproov oma lihtsuse ja kasu-tamiskiiruse tõttu on väga tähtis objektiivse meetodina paljude haiguste hinnangul polikliinikus.

Pärnu Polikliinikus on kasutatud seda proovi 1957. a.

Ettekandes esitatud andmed näitavad, et galvaaniline valu-
proov õigustab ennast täielikult diagnostilise ja haigusprotsessi
kulu hindamise meetodina.

KÕRGEMA JA VEGETATIIVSE NÄRVITALITLUSE SUHETEST SEOSSES NÄRVIPROTSESSIDE PÕHIOMADUSTEGA

Üliõpilane M. Saarma

Tartu Riikliku Ülikooli Psühhiaatria ja kohtumeditsiini kateedrist (kateedri
juhataja professor E. Karu, töö teaduslik juhendaja dotsent J. Saarma)

Inimese närvisüsteemi tüübi hindamine on kaasajal küllaltki
keerukas ja aeganõudev menetlus. Pole välja kujundatud kind-
lat uurimiste standardi, mis annaks ammendava iseloomustuse
närviprotsesside põhiomaduste kohta. Kirjanduse arvukad mater-
jalid kõrgema närvitalitluse eksperimentaalse uurimise kohta on
vasturääkivad ning omavad enamasti summaarset-statistilist
kehtivust. Samuti ei ole praktikas rakendatavaid kriteeriume saa-
dud vegetatiivsete funktsioonide uurimistest. Vähe on andmeid
kõrgema ja vegetatiivse närvitalitluse omavahelistest seostest.

Lähtudes eeltoodust teostasime uurimiste seeria Tartu Riik-
liku Ülikooli Psühhiaatria ja kohtumeditsiini kateedris konst-
rueeritud seadeldisega, mis võimaldab sünkroonselt jälgida
mootorseid reflekse ning mõningaid vegetatiivseid reaktsioone
(hingamine, pulsiaeg ja naha galvaaniline refleks). Vaatlusi
teostati 20 tervel inimesel, vanuses 21—28 aastat. Kõikide vaat-
lusaluste kohta oli pika aja jooksul kogutud anamnestilisi, olus-
tikulisi ja eksperimentaalseid andmeid nende närviprotsesside
põhiomaduste iseloomustamiseks.

Kogutud materjalist võib tuletada mõningaid üldisi järeldusi:

1. Elavamaid vegetatiivseid reaktsioone vallandavad ärrita-
jad, mis on positiivseks signaaliks mootorsele refleksile. Kõik
diferentseerivad signaalid kutsuvad esile märgatavalt nõrgemaid
ja vähempüsivaid vegetatiivseid muutusi.

2. Erakorralised tugevad valgus- ja eriti heliärritused, kuigi
neil pole signaalset tähendust, vallandavad kõige elavamaid
vegetatiivseid reaktsioone.

3. Kortikaalsete närviprotsesside hea tugevusega vaatlus-
alustel (kõik tugeva tüübi variandid) osutub vegetatiivsetest

funktsioonidest kõige tundlikumaks ning ajukoos toimuvate protsessidega kõige tihedamalt seotuks naha elektriline takistus (naha galvaaniline refleks), seejärel hingamine ja kõige pinna-
lisemate reaktsioonidega on pulsi sagedus.

4. Isikutel närviprotsesside puuduliku jõuga on kõige tundlikumaks vegetatiivseks komponendiks hingamine, seejärel pulsi sagedus, kuna naha galvaanilised refleksid esinevad ainult erakorraliste ärrituste puhul ja neilgi kordadel väga nõrkadena.

5. Vaatlusalustel inertsete närviprotsessidega on iseloomulikuks leiuks keskmise tugevusega, väga aeglaselt taanduv ja sama signaali kordamisel visalt kustuv naha galvaaniline refleks.

KOLLAGEENHAIGUSED NEUROLOOGILISES PRAKTIKAS

Vanem teaduslik kaastööline A. Chevalier

Tallinna Vabariikliku Haigla neurokirurgilisest osakonnast

Kaasaegne neuroloogiline kliinik omistab erilist tähelepanu närvahaiguste etioloogia ja patogeneesi küsimustele, minnes üle sündromoloogiliselt diagnoosilt etioloogilisele ning sümptomaatilisele ravilt etiopatogeneetilisele teraapiale.

Viimase kahe aastakümne jooksul avaldatud uurimused on ühendanud rea infektsioos-allergilisi haigusi — nodoosse periarteriidi, dermatomüosiidi, lupus erythematoses disseminatus, reuma — patofüsioloogiliselt ühtsesse n. n. kollageenhaiguste rühma, mida iseloomustab palavikuline kulg, settereaktsiooni kiirenemine ning gammaglobuliinide tõus veres.

Peale tuntud tüüpiliste neuroloogiliste sündroomide annavad kollageenhaigused veel mitmekesisest sümptomaatikast närvikava erinevate osade kahjustuse tagajärjel. Ettekandes toodud nodoosse periarteriidi, dermatomüosiidi ning mõningate reuma vormide juhud illustreerivad seda sümptomaatikast, näitavad dermatomüosiidi ja reumatoidse polüartriidi sugulust ning annavad ühe ajureuma haruldase — müokloonilise variandi kirjelduse.

Neuroloogilises praktikas tuleb ette närvikava dissemineeritud kahjustuse juhte üldinfektsioosse protsessi iseloomulike joontega, mida ei saa paigutada kindla nosoloogilise ühiku raamesse. Mõnede säärase juhtude interpreteerimine kollageenhaiguste õpetuse seisukohast annab uusi võimalusi haigete ratsionaalseks raviks.

INFEKTSIOOSSEST KOREAST EESTI NSV-s

E. Pöldvere

Tartu Riikliku Ülikooli Neuroloogia kateedrist

Töö ülesandeks oli selgitada chorea infectiosa ealise ja soolise erinevuse vahekordi ENSV-s, anda ülevaade chorea infectiosasse haigestumise dünaamikast ning selgitada etioloogia ja ravi küsimusi.

Töötati läbi vastavad materjalid Vabariikliku Tartu Kliinilise Haigla neuroloogia osakonnast 1945—1957. a. — kokku 130 haigusjuhtu ning kasutati Tallinna Linna Lastehaigla ja Vabariikliku Tallinna Kliinilise Haigla lasteosakonna statistilisi materjale aastatest 1946—1957. a.

Meie materjalide alusel esineb chorea infectiosa ealiselt 2—22 eluaastani, seejuures kõige sagedamini 8—13 eluaastani. Retsidiivruvalt haigestus 21,5% haigetest. Retsidiividesse kalduvad haigestuma enam poisid kui tüdrukud. Sooliselt on haigestunud tütar- ja poisslaste suhe 1,7:1. Infektsioosse korea diagnoosiga hospitaliseeritute arv on Lõuna-Eestis ja Põhja-Eesti rajoonides alates 1952. a. langenud, Tallinna linnas tõusnud. Aastaaegade järgi toimub haigestumine kogu aasta vältel, kuid kõige sagedamini jaanuaris ja veebruaris. Haigestumise sesoonsus Põhja- ja Lõuna-Eestis on erinevad.

Reumaatilist etioloogiat võis kindlaks teha 74,5%-l haigestunutest. Südamekahjustusi esines 69%-l, reumaatilisi polüartriite 12,3%-l haigestunutest.

Raviks on põhiliselt kogu käsitletud perioodi vältel kasutatud kombineeritult salitsülaate, luminaali, arseenpreparaate. 1950. a. alates on kasutusele võetud püramidoon, antifebriin, salipüriin, on hakatud rakendama medikamentoosset uneravi. 1953. a. alates kasutatakse täiendavalt antireumaatilisele ravile hapniku subkutaanset manustamist ja dehüdratatsiooniteraapiat. 1955. a. alates rakendatakse desensibiliseerivat ravi dimedrooliga, 1956. a. alates adrenokortikotroopset hormooni koos butadiooniga. Ravipäevade arv püsib keskmiselt 30—40 piires.

Senini on lahendamata reumaatikute sanatoorse ravi küsimus. Reumahaiged lapsed on vajalik paigutada spetsiaalsetesse kool-sanatooriumidesse, arvestades varjatud reumaatilise protsessi püsijäämist peale haigete väljakirjutamist statsionaarselt ravilt.

HÜPNOOSRAVI OSATÄHTSUSEST FUNKTSIONAALSETE HÄIRETE KÕRVALDAMISEL

H. Kadastik

Vabariiklikust Tartu Kliinilisest Psühhoneurooloogilisest Haiglast

Vabariiklikus Tartu Kliinilises Psühhoneurooloogilises Haiglas on rakendatud hüпноosravi alates 1949. aastast, alguses peamiselt krooniliste alkohoolikute alkoholist võõrutamiseks, viimastel aastatel aga mitmesuguste neuroosivormide ravikompleksis.

Hüпноosgestioon on väga efektiivne rea psühhogeensete haiguslike seisundite kõrvaldamisel, andes mitmel juhul täieliku tervistumise ka sellistel haigetel, kellel teised ravimeetodid on aastate jooksul olnud vähese efektiivsusega.

Ulatuslikumalt on hüпноosravi kasutatud funktsionaalse kõnehäire kõrvaldamiseks. Kuigi alati ei õnnestunud kõnehäireid täielikult kaotada, saavutati tunduv paranemine kõikidel juhtudel.

Funktsionaalse impotentsi medikamentoosne ja füsioterapeutiline ravi on sageli väheefektiivne. Kui aga lisandati hüпноosravi, paranes tavaliselt selliste haigete enesetunne ja impotents kadus.

Neurootilised unehäired, südamepekslemised, isutus, peavalud, samuti naha sügelemised on osutunud hüпноosraviga täielikult kõrvaldatavaiks või tunduval määral vähendatavaiks.

Eesti NSV-s tegelevad hüпноosraviga vaid üksikud arstid, kes ei suuda seetõttu ravida kõiki abivajajaid. Oleks vajalik, et iga psühhiaater ja neuroloog tunneks hüпноosi rakendamise metoodikat ning vajaduse korral kasutaks seda oma ravialuste juures.

KATAMNESTILISI ANDMEID APOMORFIINIGA RAVITUD KROONILISTE ALKHOOLIKUTE KOHTA JÄMEJALA VABARIIKLIKUS PSÜHHONEUROOLOGIAHAIGLAS AJAVAHMIKUL 1955—1957. A.

N. Born ja H. Kohlap

Jämejala Vabariiklikust Psühhoneuroologiahaiglast

Uurimuses on toodud katamnestilisi uurimisi Jämejala Vabariiklikus Psühhoneuroologiahaiglas ravitud krooniliste alkohoolikute kohta, kes viibisid ravil ajavahemikus 1955—1957. a.

Ravil viibis 128 haiget, neist mehi 122, naisi 6. Alkoholi tarvitamise kestvus oli 48 juhul üle 10 a., 43 juhul 5—10 a., 20 juhul

3—5 a., 14 juhul 1—3 a., 3 juhul alla 1 a. Korduval ravil on olnud 34 isikut.

Ravi teostasime 0,5% ja 1% apomorfiini lahusega. Keskmine süstete arv tingitud refleksi väljakujundamiseks oli 25—30 süstet.

Pärast ravi ei tarvitanud alkoholi üle 1 a. 17 ravilviibinut. Valdavam osa haigetest peale ravi endisesse miljöösse tagasi minnes hakkasid lühema või pikema ajavahemiku järgi uuesti tarvitama alkohoolseid jooke.

Uuritud haigusjuhtude põhjal järeldame:

1) Senisest suuremat tähelepanu tuleb pöörata selgitustööle alkoholi kahjulikkuse kohta, haarates selgitustööga kogu elanikkonda. Võitlus alkoholismi vastu on kõikide ühiskondlike organisatsioonide kohus.

2) Kõiki kroonilisi alkohoolikuid tuleks dispanseerida vastavate ambulatoorsete raviasutuste poolt elukoha järgi, kus võiks toimuda kergematel juhtudel ka nende ravi ja kordusravi. Samuti tuleks koordineerida raviasutuste omavahelist tööd.

3) Raskemakujuliste krooniliste alkohoolikute ravi läbiviimiseks tuleks ENSV psühhoneuroloogiliste haiglate juurde asutada eriosakonnad või erihaigla; pikemaajaliseks raviks aga eritöökoloonia.

ALKOHOLI KVANTITATIIVSE MÄÄRAMISE SISSEVIIMISE VAJADUSEST ALKHOOLSE JOOBE EKSPERTIISIS

Professor E. Karu

Tartu Riikliku Ülikooli Psühhiaatria ja kohtumediitsiini kateedrist

NSVL Tervishoiuministri käskkirjaga nr. 523, 22. XI 54. a., on psühhiaatrilistele ja ka teistele ravi-profülaktilistele asutistele pandud alkohoolse joobe ekspertiis. Seejuures rakendatakse abi-reaktsioonidena alkoholi kvalitatiivseks määramiseks Rappoportri katsu ja L. A. Mohhovi ning I. P. Sinkarenko poolt kasutusele võetud indikaatorukesi (NSVL Tervishoiuministri käskkiri nr. 3, 5. I 1956. a.).

NSVL kaasaegse kohtukoosseisu, kohtumediitsiniliste ja kohtupsühhiaatriliste ekspertide kõrge kvalifikatsiooni juures ei saa enam süüaluste ja süüteost kannatanute alkohoolse joobega seotud küsimuste igakülgseks analüüsimiseks piirduda kvalitatiivse alkoholi määramisega. On vajalik see ekspertiis tõsta kõrgemale tasemele, kasutada abivahendina alkoholi kvantitatiivset määramist veres.

Kergesti rakendatavaks, odavaks ja praktilisi nõudeid hästi rahuldavaks menetluseks on E. M. P. Widmarki mikrokeemiline alkoholi määramise meetod, mis tuleks kasutusele võtta abivahendina alkohoolse joobe ekspertiisis.

ALKOHOLI PÕLEMISE KIIRUSEST TRAUMAATILISTEL EPILEPTIKUTEL

Professor E. Karu

Tartu Riikliku Ülikooli Psühhiaatria ja kohtumediitsiini kateedrist

III Üleliidulisel Neuroloogide ja Psühhiaatrite kongressil 1948. aastal esitati väide, et traumaatilistel epileptikutel alkoholi põlemine veres on aeglustunud. Püstitatud küsimus omab suure praktilise tähtsuse alkohoolse joobe ekspertiisi seisukohalt. Kui traumaatilistel epileptikutel alkoholi põlemine veres on aeglustunud, siis ei või kohtupsühhiaatrilises ja kohtumediitsiinilises ekspertiisis kohaldada nende suhtes tavalisi koefitsient β suurusi.

Eesti NSV-s läbiviidud uurimuste põhjal kõigub koefitsient β tervetel inimestel 0.0013 ‰ kuni 0.0046 ‰. Ettekande autori poolt teostatud uurimine näitas, et traumaatilistel epileptikutel koefitsient β suurused kõiguvad 0.0018 ‰ kuni 0.0021 ‰, olles seega normi keskmiste väärtuste piirides.

Siit järeldub, et traumaatilistel epileptikutel koefitsient β väärtused näitavad samasuguseid individuaalseid kõikumisi, kui tervetel isikutel. Seepärast on ka nende kohta ekspertiisi korral rakendatavad tavalised koefitsient β väärtused.

ALKOHOLI PÕLEMISKIIRUSEST VERES PÄRAST ÄGEDAT AJU-KOLJU TRAUMAT

Aspirant K. Männik

Tartu Riikliku Ülikooli Psühhiaatria ja kohtumediitsiini kateedrist

Küllalt sageli esineb aju-kolju traumasid alkoholjoobes isikuil. Vere võtmine alkoholi kontsentratsiooni määramiseks vahetult pärast traumad on harva võimalik, sellepärast tuleb esialgne kontsentratsioon välja arvutada vastavate valemite abil, võttes aluseks hiljem määratud kontsentratsiooni.

Kirjanduse andmed alkoholi põlemisprotsessi kohta organis- mis aju-kolju traumade puhul on vastukäivad. On arvamusi, et põlemiskiirus muutub, mille tõttu konstant β rakendamine annab ebaõigeid andmeid; on aga ka vastupidiseid arvamusi.

Küsimuse selgitamiseks uuriti käesoleva töö autori poolt 42 aju-kolju trauma juhtu Tartu Vabariikliku Kliinilise haigla neurokirurgia osakonnas.

Selgus, et ühelgi uuritava ei muutunud alkoholi põlemiskiirus, mille tõttu on ka aju-kolju trauma puhul alkoholi kontsentratsiooni määramiseks veres alkoholjoobe raskuse kindlaks tegemiseks täiesti õigustatud normaalmaterjali konstant β rakendamine.

ALKOHOLJOOBE KOHTUPSÜHHIAATRILISEST EKSPERTIISIST

K. Lellep

Jämejala Vabariiklikust Psühhoneuroloogiahaiglast

Kohtupsühhiaatriline ekspertiis alkoholjoobe juhtudel on suure tähtsusega võitluses kuritegevusega.

Kahe etioloogilise faktori — alkoholjoobe ja patoloogilise aluse (trauma, psühhopaatia jne.) summa ei muuda joobe kvaliteeti, millist hinnatakse kui tavalist joovet. Seejuures ei arvestata joobe astet (raskust) vastavalt VNFSV KrK § 11 märkusele.

Õiguslik joobe tõlgendamine erinevate liiduvabariikide kriminaalkoodeksites ei ole ühetaoline.

Lihtsa alkoholjoobe kliiniline pilt võib sisaldada mitmesuguseid patoloogilise joobe variante ja vastupidi, — patoloogilises joobes võib esineda sotsiaalse väärustumise elemente, millistel juhtudel võib eksklikult arvata, et see on aju ebanormaalsuse resultaadiks.

Joobeseisundi kohtupsühhiaatriline hinnang põhineb diagnoosile ja süüdivuse reglamendile. Sellejuures omavad praktikas sageli otsustava tähtsuse tunnistajate seletused.

VEGETATIIVSETE NÄITAJATE NIHETEST KROONILISTEL ALKOHOOLIKUTEL ANTABUS-ALKOHOLI REAKTSIOONI PUHUL

K. Aru, L. Tulmin ja H. Ulp

Vabariiklikust Tartu Kliinilisest Psühhoneuroloogilisest Haiglast

Krooniliste alkohoolikute ravimisel antabusega uuriti antabus-alkoholi reaktsiooni intensiivsuse hindamiseks ravialustel tunni aja jooksul peale alkoholi manustamist vererõhu, pulsi, hingamise ja temperatuuri nihkeid. Paralleelselt teostati erütrotsüütide, vereseerumi ja vere oksühemoglobiini dünaamilist kontrolli antabus-alkoholi reaktsiooni vältel.

Vererõhu muutusi sedastati enamikul ravialustel juba 10 minutit peale alkoholi manustamist, kusjuures esines nii süstoolse kui ka diastoolse vererõhu langus. Paljudel ravialustel langes diastoolne vererõhk 20 minutist alates nullini ja püsis selle väärtuse juures 45 kuni 60 minutini.

Pulsifrekvents muutus 20—30 minutil kahekordseks võrreldes algväärtusega. Hingamissageduse muutused polnud eriti märkimisväärsed, küll aga täheldati kõigil ravialustel hingamiskursioonide intensiivsemaks muutumist ja abdominaalse hingamise domineerimist. Temperatuur tõusis 10 minutist alates minimaalselt tõusu ja 30 minutist alates langes alla algväärtuse.

Oksühemomeetri 0—38 abil jälgiti pidevalt vere hapnikuga küllastumise astet. Vere oksühemoglobiini tunduvalt langust sedastati kõigil ravialustel, kusjuures oksühemoglobiini väärtused hakkasid kiiresti langema juba 2—3 minutist alates peale alkoholi manustamist ja saavutasid minimaalseimad väärtusi 15—20 minutil. (96%—70%). Paljudel ravialustel ei saavutanud oksühemoglobiini oma algväärtust veel ühe tunni jooksul peale alkoholi manustamist.

Paralleelselt oksühemoglobiini väärtuse langusega tähendati reeglipäraselt reflektorset kompensatoorset punaliblede arvu tõusu.

Vere seerumvalgu nihked on senise uurimismaterjali põhjal osutunud individuaalseteks.

Uurimistulemused tõestasid, et uurimisaluste subjektiivsete kaebuste ja vegetatiivsete näitajate objektiivse leiu vahel ei olnud kindlat seaduspärasust. Paljudel uurimisalustel esines subjektiivse hea enesetunde juures tunduvald nihkeid kõigi vegetatiivsete näitajate osas, mis rõhutab pideva arstliku kontrolli vajadust antabus-alkoholi reaktsiooni teostamisel.

AKUUTSE POLIOMÜELIIDI RAVIMISEST IONISEERITUD JA IONISEERIMATA HAPNIKUGA

Dotsent E. Raudam

Tartu Riikliku Ülikooli Neuroloogia kateedrist

Viimasel aastakümnel on hakatud poliomüeliidi ravimisel aktiivselt staadiumis, eriti aga poliomüeliidi hingamishalvatuste puhul, erilist tähelepanu pöörama hüpokseemia ja hüpoksia küsimustele. Hapnikuvaeguse vastu võitlemiseks rakendatakse kliiniliselt sedastatavate hingamishäirete tekkimisel mitmesugust tüüpi kunstliku hingamise aparate.

Meie kogemustel on hapnikuravi näidustatud mitte ainult kliiniliselt sedastavate hingamishalvatuste tekkimisel, vaid kõigile haigeile poliomüeliidi akuutses staadiumis; kus võimalik, ka preparaalüütilises perioodis, et sellega aidata vältida hüpokseemiat ja võidelda juba subkliiniliste hapnikuvaeguse nähtude vastu.

Hapnikuravi teostame kompleksravi süsteemis hapniku inhalatsioonidena hapnikupadjast ja hapniku subkutaansete süstena reite eesmistele pindadele.

Hapnikuravi, mida oleme teostanud kirjeldatud viisil 1954. a. alates 120-le haigele on tõestanud selle ravimeetodi efektiivsust.

1956. a. konstrueeriti meie ettepanekul Tartu Riikliku Ülikooli Füüsika kateedri õppejõu J. Reineti poolt hapnikuionisaator, mis võimaldab negatiivselt ioniseeritud hapnikku sisse hingata ja seda nahaalusi süstida.

Meie tähelepanekud näitavad, et ioniseeritud hapnik avaldab organismile, eriti hüpokseemia tingimuses, intensiivset toimet, võrreldes ioniseerimata hapnikuga. Seepärast soovime poliomüeliidi akuutses staadiumis kasutada negatiivselt ioniseeritud hapnikku ja teeme ettepaneku varustada kunstliku hingamise aparaadid hapnikuionisaatoritega.

Hapniku subkutaansed süsted on ohutud ja nad ei põhjusta segmentaarseid halvatusi ega soodusta esinevate halvatusete süvenemist. Vastupidi, subkutaanselt süstitud hapnik aitab vältida raskete halvatusete kujunemist ja näib kiirendavat lihasjõu taastumist.

PEAAJUKASVAJATE JA AJU VASKULAARSETE INSULTIDE DIFERENTSIAALDIAGNOSTIKAST

R. Paimre

Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neurokirurgia osakonnast

Käesoleva ettekande ülesandeks on selgitada diagnostilisi vigu ja nende põhjusi, mis esinesid peaajukasvajate ja aju vaskulaarsete insultide diferentsiaaldiagnostikas Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neuroloogia ja neurokirurgia osakonnas 1948.—1957. a.

Analüüsiti surmaga lõppenud ning setseeritud 112 peaajukasvajaga ja 182 aju vaskulaarse insuldiga haigusjuhtu. Selgus, et peaajukasvajate ja aju vaskulaarsete insultide diferentsiaaldiagnoos valmistab raskusi eriti vanemaealistel haigetel (üle 45 a. v.).

19 peaajukasvajaga haigel diagnoositi polikliiniliselt aju vaskulaarset insulti. Neist 16 haigel kliinilise ja pneumoentseefalograafilise või -ventriikulograafilise uurimise alusel püstitati ajukasvaja diagnoos. 3-el haigel, kellele pneumoentseefalograafiat ega ventriikulograafiat ei teostatud, jäi püsima aju vaskulaarse insuldi diagnoos, mis seksioonil osutus valeks.

Diferentsiaaldiagnostilisi raskusi valmistanud juhtudel oli haiguse algus vaskulaarse insuldi taoline. Suhteliselt sage insulditoline haigestumine esines aju metastaatiliste kasvajate puhul.

MÖTLEMISEHÄIRETE DIFERENTSIAALDIAGNOSTILISEST TÄHENDUSEST SKISOFREENIA PUHUL

Meditsiinteaduste kandidaat S. Koppel

Tallinna Vabariiklikust Psühhoneuroloogiahaiglast

Varasemates uurimustes analüüsis käesoleva töö autor skisofreenia puhul esinevat ataktilist mõtlemist, eristades:

a) ataktilisi üleminekuid, milliste puhul üksikud grammatiliselt õigesti moodustatud laused on omavahel ühendatud mitte tervetele inimestele omaste loogilis-assotsiatiivsete seostega, vaid mitteadekvaatselt aktsentueeritud alltekstiliste seostega.

b) ataktilisi seostumisi, milliste puhul mitteadekvaatselt aktsentueeritud alltekstilised seosed võtavad fraaside moodustamisest vahetult osa.

Edasiste uuringute käigus selgus, et skisofreeniahaigete mõisted mõnedel juhtudel ei peegelda olulisi ja eristavaid jooni reaalse tegelikkuse nähtustes, nende nähtuste objektiivselt eksisteerivaid sisemisi seoseid ja objektiivselt eksisteerivaid seoseid teiste nähtustega, vaid nähtuste ebaolulisi või koguni objektiivselt mitteeksisteerivaid sisemisi või väliseid seoseid («atakiline mõistetehäirumine»).

Samuti selgus, et skisofreeniahaigete otsustused mõnedel juhtudel ei peegelda reaalsel tegelikkust õigesti selle tõttu, et otsustuste subjektiosaga segunevad predikaadiosa elemendid ja predikaadiosaga subjektiosa elemendid («atakiline otsustuste häirumine»).

Kirjeldatud häirete diferentsiaaldiagnostilise tähenduse selgitamiseks uuris autor haigeid paranoiliste reaktsioonide, paranoilise arenemise, paranoilise psühhopaatia, alkohoolse paranoi, alkohoolse hallutsinoosi ja epileptiliste psühhosidega. Kõigi nimetatud psühhoside ja seisundite puhul võib haige kõnes

esineda mitmesuguseid ataktilise mõtlemise vorme ja ataktilisi vastusreaktsioone sõnalis katses. Ataktilisi üleminekuid, ataktilisi seostumisi, ataktilist mõistetehäirumist ja ataktilist otsustuste-häirumist on autor aga täheldanud ainult skisofreenia puhul.

PSÜÜHILISED HÄIRED ODONTOGEENSE INFEKTSIOONI ALUSEL

Med. teaduste kandidaat V. Zuhhar

Tallinna Vabariiklikust Psühhoneuroloogiahaiglast

Vene ja nõukogude teadlased on korduvalt rõhutanud sidet organismi somaatiliste haiguste ja inimese psüühilise seisundi vahel. S. S. Korssakov osutas mitmesuguste infektsioonide tähtsusele psühooside tekkel. Sõja- ja pärast sõjaaastatel kirjeidasid rida autoreid mitmesuguseid psüühilisi häireid seoses mädaste haavade infektsiooni komplikatsioonidega. Nende haavamisjärgsete psühooside põhjuseks, nagu väidab A. S. Tšistovitš on kõige sagedamini aeglaselt kulgev osteomüoliit, mõnikord ka laialdane loiult arenev flegmoon.

On teada, et kõigist inimese skeletiluudest kõige sagedamini tabab osteomüeliit lõualuid. Võib oletada, et äge odontogeenne lõualuude osteomüeliit inimesel tekitab organismi sensibilisatsiooni puhul mittespetsiifilist ärritust.

Uurimuse autori poolt jälgiti aastatel 1955—1957 11 haiget psüühiliste häiretega, mis olid põhjustatud lõualuude osteomüeliidi mitmesugustest vormidest ja hammaste põletikulistest haigustest. Vaadeldud juhtudel kliiniline pilt avaldus kõige sagedamini prot-raheeritud asteeniliste seisunditena, asteenilis-depressiivsete, hüpoondriliste sündroomidena, mõnikord paranoiliste ja katatoo-niliste seisunditena.

Sageli mädaste odontogeensete infektsioonide poolt põhjustatud psüühilisi häireid hinnati kui skisofreeniat. Ainult kuludünamiika ja omapärane psühhopatoloogiline pilt, mis muutus anti-biootikute manustamise ja operatiivse vahelesegamise toimetel, osutas sellele, et nende «skisofreensete psühooside» aluseks oli infektsioosne protsess.

11-st haigest paranesid peale eelmainitud ravimeetodeid 7 juhtu, kahel juhul esines psühoosi prot-raheeritud kulg, ülejäänud juhtudel esines kliiniline seisundi paranemine.

Seega esineb psüühilisi häireid seoses lõualuude osteomüeliidiga ja hammaste põletikuliste protsessidega. Need psühoosid võivad omada mitmekesise kliinilis-psühhopatoloogilise pildi.

Kõige efektiivsemaks ravivahendiks kirjeldatud juhtudel on operatiivne vahelesegamine seostatuna antibiootikutega ja toniseerivate medikamentoosete preparaatidega.

SEADELDIS KÕRGEMA JA VEGETATIIVSE NÄRVITALITLUSE MÕNINGATE NÄITAJATE SAMAAEGSEKS REGISTREERIMISEKS

Dotsent J. Saarma

Tartu Riikliku Ülikooli Psühhiaatria ja kohtumediitsiini kateedrist

Autori ettepanekute alusel ehitati Tartu Riikliku Ülikooli Füüsika kateedri eksperimentaaltöökogas seadeldis, mis võimaldab kõrgema ja vegetatiivse närvitalitluse sünkroonset uurimist. Seadeldise abil saab jälgida ning tindikirjutaja abil kümograafilindile registreerida: motoorset reaktsiooni (käe vajutusliigutust), hingamist, naha elektrilist takistust nõrgale alalisvoolule ning naha galvaanilisi reflekse ja pulsiaegu (Fleischi pulsi ordinaat-ajakirjutaja põhimõttel). Signaalidena motoorse reaktsiooni ning uurimisrefleksi esilekutsumiseks on võimalik manustada mitmesuguseid valgus- ja heliärritusi nii üksikult kui ka kompleksina. Motoorse reaktsiooni latentsiaega mõõdab elektriline sekundomeer sekundi sajandikulise täpsusega.

Senised vaatlused nii tervetel kui ka mitmesuguste psüühiliste häiretega isikutel on kinnitanud, et kirjeldatud näitajate sünkroonne jälgimine iseloomustab senisest sügavamini organismi kohanemisreaktsioone nii normis kui ka patoloogias ning võimaldab paremini hinnata ajukoore koostööd vegetatiivsete mehhanismidega.

TÄHELEPANEKUID KÕRGEMA JA VEGETATIIVSE NÄRVITALITLUSE VAHEKORDADEST KROONILISTEL SKISOFREENIAHAIGETEL

V. Pais

Vabariiklikust Tartu Kliinilisest Psühhoneuroloogilisest Haiglast

Autori poolt varem teostatud vaatlused kroonilistel skisofreeniahaigetel näitasid, et kliinilise uurimise täiendamine kõrgema närvitalitluse eksperimentaalse uurimisega võimaldab kindlamini diferentseerida protsessuaalset faasi postprotsessuaalsest (respektiive defektsest) faasist.

Kroonilise skisofreenia edasiseks uurimiseks teostati vaatluste seeria 15-el haigel Tartu Riikliku Ülikooli Psühhiaatria ja kohtumeditsiini kateedris konstrueeritud seadeldisega, mis võimaldab üheaegselt jälgida mõningaid kõrgema ja vegetatiivse närvitalitluse näitajaid.

Kogutud materjalist nähtub, et kroonilistel skisofreeniahaigetel protsessuaalses faasis korduvates katsetes on nii kõrgema kui ka vegetatiivse närvitalitluse nivoo erinev, postprotsessuaalses faasis aga ühetaoline.

Kroonilise skisofreenia protsessuaalset faasi iseloomustab suhteliselt elavate vegetatiivsete reaktsioonide esinemine mitmesugustele välisärritustele. Defektses (respektiive postprotsessuaalses) faasis ilmneb vegetatiivsete reaktsioonide laialdane pidurdus.

PROGRESSIIVSE PARALÜÜSI RAVIST MALAARIAGA ENSV-s 1945—1957 a.

J. Tepp

Vabariiklikust Tartu Kliinilisest Psühhoneuroloogilisest Haiglast

Sõjajärgsel perioodil 1945—1957 a. on ENSV psühhiaatrilistes haiglates ravil viibinud 217 progressiivse paralüüsiga haiget. Neist 120 haiget Tallinna Vabariiklikus Psühhoneuroloogiahaiglas, 76 haiget Vabariiklikus Tartu Kliinilises Psühhoneuroloogilises Haiglas ja 21 haiget Jämejala Vabariiklikus Psühhoneuroloogiahaiglas.

Progressiivse paralüüsiga haigete raviks kasutati spetsiifilist ravi kombineerituna penitsilinteraapiaga. 100 haige juures rakendati malaariaravi. Mõningal määral on rakendatud ka teisi palavikuravi meetodeid (sulfasiin). Kõigist ravitud haigetest paranes 99 haiget, suri 46 haiget. 100-st malaariaga ravitud haigest paranes 72 haiget.

1951—1954 a. ja alates 1957. a. teisest poolest ei ole ENSV-s malaariaravi saadud rakendada malaaria puudumise tõttu.

Nagu nähtub eeltoodud andmetest, on malaariaravi progressiivse paralüüsi ravimisel osutunud kõige efektiivsemaks vahendiks.

Et praegusel ajal ei ole malaaria puudumise tõttu enam võimalik ravivajajaid malaariaga ravida, on tungivalt vajalik luua NSVL Tervishoiuministeeriumi võrgus mingi keskus, kust tarbekorral ravivajajatele saaks pookida malaariat.

ДИНАМИКА РЕМИССИИ ШИЗОФРЕНИИ ПРИ ИНСУЛИНОВОЙ ТЕРАПИИ

Доцент Ю. М. Саарма

Из кафедры психиатрии и судебной медицины Тартуского
государственного университета

Применяя, наряду с клиническим наблюдением, систематическое исследование некоторых показателей высшей и вегетативной нервной деятельности, была изучена динамика ремиссий в результате действия инсулиновой терапии у 40 больных шизофренией. Собранный материал позволяет выделить некоторые характерные варианты динамики ремиссий и установить некоторые дополнительные прогностические признаки, а также критерии для оценки глубины ремиссии.

Прогностически положительным признаком является перевес в высшей нервной деятельности внешнего торможения, наряду с частичным сохранением вегетативных компонентов в комплексе ориентировочного рефлекса.

Наилучшим вариантом динамики ремиссий является следующий. По ходу инсулиновой терапии первым меняется вегетативный тонус в сторону повышения тонуса симпатикуса. Параллельно нормализуется и эмоциональность больного. Затем восстанавливается процесс возбуждения в механизмах первой сигнальной системы, что клинически проявляется в исчезновении нарушений восприятия и моторики. Далее восстанавливаются старые связи второй сигнальной системы, позже и процесс обобщения и абстракции нового опыта. Клинически постепенно восстанавливается адаптация к социальной среде. Почти последней нормализуется вегетативная реактивность, приобретая симпатикотонический характер. Глубокой и устойчивой ремиссия является только при нормализации всех упомянутых компонентов.

Одним из основных компонентов действия инсулиновой терапии при шизофрении можно считать достигаемую при помощи длительной стимуляции адреналосимпатической системы нормализацию соотношения между симпатикусом и вагусом.

ДИНАМИКА И ОЦЕНКА РЕМИССИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АМИНАЗИНОМ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

И. Ф. Паулус

Из Таллинской психоневрологической республиканской больницы

В сообщении представлены результаты исследования 21 больного шизофренией, леченного аминазином. Больные наблюдались клинически и экспериментально; от 6 до 32 раз определялись показатели высшей нервной деятельности по рече-двигательной методике А. Г. Иванова-Смоленского.

Оценивая результаты лечения аминазином по динамике и структуре ремиссии, обследованных больных можно разделить на 4 группы.

1. Больные с хорошей стойкой ремиссией, у которых констатировано как клиническое улучшение (или выздоровление), так и нормализация высшей нервной деятельности. Сюда относятся больные шизофренией со свежим заболеванием или рецидивом, с разнообразными и изменчивыми проявлениями заболевания. В показателях высшей нервной деятельности у них наблюдалась неустойчивость патологически измененных нервных процессов с различными симптомокомплексами. Так, например, может иметь место то преобладание пассивного торможения со слабостью возбуждения и активного торможения, то превалирование инертного процесса возбуждения или умеренная диссоциация совместной деятельности сигнальных систем с расстройством подвижности и концентрации нервных процессов. В динамике ремиссии клиническое улучшение протекает параллельно с нормализацией высшей нервной деятельности.

2. Больные, у которых удовлетворительная клиническая ремиссия образуется медленно, а нормализация высшей нервной деятельности заметно глубже, чем клиническая ремиссия. Сюда относятся как свежезаболевшие, так и хронические больные шизофренией, в нашем материале — с галлюцинаторно-параноидной формой. Из патологических изменений высшей нервной деятельности у большинства больных этой группы на первом плане — явления инертности раздражительного процесса вместе с умеренной диссоциа-

цией сигнальных систем, с нарушением подвижности и концентрации нервных процессов. У этих больных после окончания лечения ремиссии углубляются и удерживаются в течение длительного времени.

3. Больные с удовлетворительной клинической ремиссией, но с недостаточной нормализацией высшей нервной деятельности. В эту группу входят главным образом хронические больные шизофренией с галлюцинаторно-параноидной формой или дефектным состоянием. В части высшей нервной деятельности здесь на первом плане пассивное торможение с выраженной диссоциацией сигнальных систем. В течение ремиссии пассивное торможение ослабляется, однако по окончании лечения вновь усиливается. Ремиссии у этих больных нестойки, часто бывают рецидивы.

4. Больные, у которых отсутствуют как клиническое улучшение, так и нормализация высшей нервной деятельности. Сюда относятся хронические или дефектные больные со стабильной картиной заболевания. В части высшей нервной деятельности у этих больных на первом плане инертный тормозный процесс и выраженная диссоциация сигнальных систем.

Из изложенного следует, что лечение шизофрении аминазином показано: 1) свежезаболевшим больным с нестабилизировавшейся картиной заболевания, 2) как свежезаболевшим, так и хроническим, — у которых в протекании нервных процессов преобладает инертное возбуждение.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ИНСУЛИНОМ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПО ДАнным РЕСПУБЛИКАНСКОЙ ТАРТУСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Студенты *Т. М. Аадла, Л. Х. Алликметс, Э. Ю. Кросс*

Из кафедры психиатрии и судебной медицины

Тартуского государственного университета

(зав. кафедрой проф. Э. Ю. Кару, научный руководитель
доцент Ю. М. Саарма)

Инсулиновая терапия в настоящее время является самым эффективным методом лечения шизофрении. В обширной литературе относительно лечения инсулином встречаются разногласия и противоречия в отношении показаний, эффективности и подробностей методики лечения.

В Тартуской республиканской клинической психоневрологической больнице лечение шизофрении инсулином при-

меняется с 1936 года. В течение этого более чем 20-летнего периода не проводилось статистического анализа имеющегося материала. Задачей настоящей работы является обобщение, хотя бы в основных чертах, опыта инсулиновой терапии шизофрении, накопленного в указанной больнице.

В период с 1936 по 1957 г. было проведено 313 курсов у 282 больных шизофренией. По клиническим формам шизофрении больные делятся следующим образом: параноидная — 177, кататоническая — 48, гебефреническая — 15, простая шизофрения — 42 человека.

Общая эффективность инсулиновой терапии непосредственно после окончания лечения была следующей: -

1) удовлетворительные ремиссии (А, В и С) наступили всего у 210 больных или 73,4%; из этого числа:

- а) хорошие ремиссии — у 145 больных или 50,4%;
- б) частичные ремиссии (С) — у 65 больных или 23%.

2) Практически безрезультатным (ремиссии Д и О) оказалось лечение у 76 больных или 26,6%.

Инсулиновая терапия дала наиболее хорошие результаты при параноидной и кататонической формах шизофрении. Значительно худшие были результаты при гебефренической и простой формах.

Решающее значение с точки зрения прогноза имеет возможно раннее начало лечения. Лечение при длительности заболевания до двух месяцев дало удовлетворительные ремиссии (А, В и С) в 90,4%, а при длительности заболевания свыше года — только в 56,2%.

При рецидивах и повторном применении эффективность инсулиновой терапии в общем ниже чем в предшествующем лечебном периоде.

О ЛЕЧЕНИИ МНОЖЕСТВЕННОГО СКЛЕРОЗА ВИТАМИНОМ В₁₂

А. П. Ваараск

Из Таллинской психоневрологической республиканской больницы

С 15 декабря 1956 г. по 1 декабря 1957 г. в неврологическом отделении Таллинской психоневрологической республиканской больницы применялось люмбальное введение витамина В₁₂ при комплексном лечении 31 больного рассеянным склерозом (прозерин, препараты иода, уротропин, триптафлавин, витамин В₁₂, физиотерапия и т. д.).

Раствор витамина В₁₂ вводился посредством люмбальной пункции в субарахноидальное пространство по 30 микрограммов.

В течение одного курса лечения проводилось 3—5 инъекций с промежутками от 5 до 7 дней.

В 21 случае применение витамина В₁₂ дало лучшие результаты, чем обычное комплексное лечение. Улучшались главным образом расстройства моторики спинального типа, спастичность и парезы. Лечение больных с меньшей давностью заболевания было сравнительно более эффективным.

ЛЕЧЕНИЕ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫХ РАДИКУЛИТОВ ЭПИДУРАЛЬНЫМ ВВЕДЕНИЕМ ВИТАМИНА В₁₂

М. А. Фарбер

Из неврологического отделения Нарвской городской больницы

В доступной нам литературе мы не нашли работ о лечении неврологических заболеваний эпидуральным введением витамина В₁₂.

Лечение пояснично-крестцовых радикулитов введением витамина В₁₂ эпидурально было начато в 1957 году.

Всего под нашим наблюдением находилось 20 больных. У 4-х из них был острый и у 16-ти — хронический пояснично-крестцовый радикулит. У 4-х больных на рентгенограмме позвоночника были обнаружены деформирующий спондилез и врожденные изменения.

В эпидуральное пространство вводилось 100—200 микрограммов витамина В₁₂ в 5—15 мл физиологического раствора. Только у двух больных доза витамина В₁₂ была значительно выше. Одному из них было введено эпидурально 400 микрограммов витамина В₁₂, а другому — 1000 микрограммов.

Улучшение обычно наступало через 5—10 минут после окончания процедуры. Значительно уменьшались боли, увеличивался объем движений в позвоночнике и больной ноге, исчезал или значительно уменьшался сколиоз. В последующие дни состояние больных продолжало улучшаться.

Всего было произведено 26 эпидуральных введений витамина В₁₂ 16 больным однократно, 3 — двухкратно и одному — трехкратно.

Среди больных, леченных этим методом, значительное улучшение наступило у 15, улучшение — у 4. У одного больного эффекта не было получено.

Осложнений или каких-либо побочных явлений при введении витамина В₁₂ эпидурально мы не наблюдали.

О ПРАКТИЧЕСКОМ ПРИМЕНЕНИИ ГАЛЬВАНИЧЕСКОЙ ПРОБЫ НА БОЛЬ

В. Т. Тур

Из неврологического отделения Пярнуской городской больницы

Известно, что при различных болезнях, особенно сопровождающихся болевыми ощущениями, изменяется электропроводность кожи.

В тридцатых годах текущего столетия проф. Е. Т. Залькиндсон на основе открытого И. Р. Тархановым психогальванического феномена выработал гальваническую пробу на боль, которая нашла применение в клинике.

Значение этой пробы заключается в том, что можно объективно установить электрокожные изменения в соответствующих частях тела при болевых ощущениях.

Однако эта проба незаслуженно забыта и уже длительное время в литературе о ней не было никаких сообщений.

Около 10 лет назад был выпущен комбинированный аппарат «ПК-5» профессора Н. Н. Мищука, которым можно измерять кожную электропроводность, потение и температуру. Применение этого аппарата целесообразно в неврологическом стационаре, а исследование гальванической пробы на боль, благодаря своей простоте и скорости имеет большое значение как объективный метод диагностики в условиях поликлиники.

Представленные в докладе данные свидетельствуют о том, что гальваническая проба на боль вполне оправдала себя как метод диагностики и оценки течения болезненного процесса.

О ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ ВЫСШЕЙ И ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СВЯЗИ С ОСНОВНЫМИ СВОЙСТВАМИ НЕРВНЫХ ПРОЦЕССОВ

Студент М. М. Саарма

Из кафедры психиатрии и судебной медицины
Тартуского государственного университета
(зав. кафедрой проф. Э. Ю. Кару, научный руководитель
доцент Ю. М. Саарма)

Оценка типа высшей нервной деятельности человека — трудная задача. До сих пор не выработан надежный стандарт исследований, который дал бы исчерпывающую характеристику основных свойств нервных процессов. Многие

литературные материалы по экспериментальному исследованию высшей нервной деятельности не лишены противоречий и в большинстве имеют лишь суммарно-статистическое значение. Путем исследования вегетативных функций также не получено применимых на практике критериев. Мало еще данных о взаимоотношениях высшей и вегетативной нервной деятельности.

Исходя из вышеуказанного, мы провели серию наблюдений при помощи установки, сконструированной на кафедре психиатрии, которая дает возможность одновременно следить за моторными рефлексам и некоторыми вегетативными реакциями (дыхание, частота пульса и кожно-гальванический рефлекс). Наблюдения проводились на 20 здоровых людях в возрасте 21—28 лет. Относительно всех исследуемых собирались анамнестические, бытовые и экспериментальные данные для характеристики основных свойств нервных процессов.

Из полученного материала можно сделать некоторые общие выводы:

1) Наиболее сильные вегетативные реакции вызывают те раздражители, которые являются положительным сигналом для моторного рефлекса. Все дифференцирующие сигналы вызывают значительно более слабые вегетативные реакции.

2) Экстренные, сильные световые и особенно звуковые раздражители вызывают сильнейшие вегетативные реакции, хотя и не имеют сигнального значения.

3) У обследуемых лиц с достаточной силой кортикальных нервных процессов (все варианты сильного типа) из вегетативных функций оказывается самой чувствительной и наиболее тесно связанной с кортикальными процессами функцией электрическое сопротивление кожи (кожно-гальванический рефлекс).

За ним следует дыхание, меньшей чувствительностью обладает частота пульса.

4) У лиц с недостаточной силой нервных процессов самым чувствительным вегетативным компонентом является дыхание, за ним частота пульса, тогда как кожно-гальванический рефлекс наблюдается только при экстренных раздражителях и в этих случаях очень слабо выражен.

5) У обследуемых с инертными нервными процессами характерной чертой является медленно редуцирующийся и при повторении того же сигнала медленно угасающий кожно-гальванический рефлекс средней силы.

КОЛЛАГЕНОВЫЕ БОЛЕЗНИ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Старший научный сотрудник А. В. Шевалье

Из нейрохирургического отделения Таллинской республиканской больницы

Современная неврологическая клиника уделяет особое внимание этиологии и патогенезу нервных заболеваний, переходя от синдроматологического диагноза к этиологическому и от симптоматического лечения к этиопатогенетической терапии.

Многочисленные работы, опубликованные за последние два десятилетия, объединили ряд заболеваний инфекционно-аллергического происхождения — узелковый периартериит, дерматомиозит, рассеянную красную волчанку, ревматизм — в патофизиологически однородную группу т. н. коллагеновых болезней, характеризующихся лихорадочным течением, повышением реакции оседания эритроцитов и количества гамма-глобулинов в крови.

Все эти заболевания, кроме характерных неврологических синдромов, могут давать еще пеструю симптоматику в результате поражения самых различных отделов нервной системы.

Приводимые в докладе случаи узелкового периартериита, дерматомиозита и некоторых форм мозгового ревматизма иллюстрируют неврологическую симптоматику при этих заболеваниях, указывают на клиническое родство дерматомиозита и ревматоидного полиартрита, а также дают описание редкого варианта мозгового ревматизма с миоклонией.

В неврологической практике встречаются случаи разбросанного поражения нервной системы с чертами общеинфекционного заболевания, не укладывающиеся в рамки определенной нозологической единицы. Интерпретация некоторых таких случаев с позиции учения о коллагеновых болезнях открывает новые возможности их рациональной терапии.

ИНФЕКЦИОННАЯ ХОРЕЯ В ЭССР

Э. И. Пылдвере

Из кафедры неврологии Тартуского государственного университета

Цель настоящей работы — выяснить особенности течения инфекционной хореи в ЭССР у больных разного возраста и пола, дать обзор динамики заболевания и осветить вопросы этиологии и лечения.

Обработан материал неврологического отделения Тартуской республиканской клинической больницы с 1945 по 1957 г. — всего 130 случаев хореи — и использован статистический материал Таллинской городской детской больницы и детского отделения Республиканской Таллинской клинической больницы за 1946—1957 г.

Установлено, что инфекционная хорея возникала у больных в возрасте от 2 до 22 лет, чаще всего в возрасте от 8 до 13 лет. Рецидивы наступали у 21,5% больных. Рецидивы возникали чаще у мальчиков чем у девочек. Соотношение заболеваемости девочек и мальчиков составляло 1,7:1. Число госпитализированных с диагнозом инфекционной хореи с 1952 г. в Тарту снизилось, в Таллине возросло. Заболевание возникало в течение всего года, но чаще всего в январе и феврале.

Ревматическую этиологию можно было установить в 74,5% случаев. Поражения сердца встречались в 69% случаев, ревматический полиартрит в 12,3%.

В Тартуской республиканской клинической больнице в основном применяли комбинированное лечение: салицилаты, люминал, мышьяковые препараты. В 1950 г. начали употреблять пирамидон, антифебрин, салипирин, лечение медикаментозным сном. С 1953 г. применяют наряду с антиревматическим лечением подкожное введение кислорода и дегидратационную терапию. С 1955 г. назначают десенсибилизирующее лечение димедролом, с 1956 г. — АКТГ вместе с бутадioneм. Продолжительность лечения в среднем 30—40 дней.

До сих пор не разрешен вопрос санаторного лечения ревматиков. Детей, больных ревматизмом, необходимо направлять в специальные школы-санатории, учитывая, что скрытый ревматический процесс после окончания стационарного лечения продолжается.

РОЛЬ ГИПНОТЕРАПИИ В УСТРАНЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

Х. И. Кадастик

Из Республиканской Тартуской клинической психоневрологической больницы

В Республиканской Тартуской клинической психоневрологической больнице начиная с 1949 года применяется лечение гипнозом. Вначале гипноз применялся главным образом у хронических алкоголиков для содействия отвыканию от

алкоголя, а за последние годы в лечебном комплексе при различных формах неврозов.

Гипносуггестия, очень эффективная при устранении ряда психогенных болезненных состояний, дала в нескольких случаях полное излечение таких больных, лечение которых другими методами в течение ряда лет было мало эффективным.

Чаще всего применялось лечение гипнозом для устранения функционального расстройства речи. Если не всегда удавалось полностью устранить расстройство речи, то значительное улучшение было достигнуто в всех случаях.

Медикаментозное и физиотерапевтическое лечение функциональной импотенции часто бывало мало эффективным, но при совместном лечении с гипнозом самочувствие таких больных улучшалось и импотенция исчезала.

Невротические расстройства, сердцебиение, потеря аппетита, головные боли, зуд кожи оказались полностью устранимыми лечением гипнозом либо улучшались в значительной степени.

В Эстонской ССР лечением гипнозом занимаются лишь единичные врачи, которые не в состоянии лечить всех больных, нуждающихся в таком лечении. Очень желательно, чтобы каждый психиатр и невролог знал методику применения гипноза в лечебной практике и при необходимости сам мог бы применить его у своих пациентов.

КАТАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ О БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ, ЛЕЧЕННЫХ В ЯМЕЯЛАСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ БОЛЬНИЦЕ В 1955—1957 гг.

Н. Г. Борн и Х. П. Кохлан

Из Ямеяласской психоневрологической республиканской больницы

Проведено изучение катамнеза больных хроническим алкоголизмом, леченных апоморфином в период времени с 1955 по 1957 г.

Курс лечения прошло 128 больных, из них 122 мужчин и 6 женщин. Злоупотребляли алкоголем свыше 10 лет — 48, от 5 до 10 лет — 43, от 3 до 5—14, от 3 до 1 года — 14 и меньше одного года — 3. Повторно проведено лечение 34 больных.

Для лечения употреблялся 0,5—1% раствор солянокислого апоморфина. Среднее число инъекций для выработки

условного рефлекса было 25—30. После окончания курса лечения не употребляло алкоголь более 1 года 17 человек. Подавляющее большинство больных, вернувшись в прежнюю среду, начали спустя различные промежутки времени снова употреблять алкоголь.

На основании приведенных исследований можно сделать следующие выводы:

1. Необходимо усилить разъяснительную работу о вреде алкоголя, охватив просветительной работой все население. Борьба с алкоголизмом — долг всех общественных организаций.

2. Всех хронических алкоголиков необходимо диспансеризовать при соответствующих амбулаторных учреждениях, в которых можно было бы проводить лечение в более легких случаях. Необходимо координировать лечебную и профилактическую работу между лечебными учреждениями.

3. Для проведения лечения при тяжелых формах алкоголизма нужно организовать при психоневрологических больницах особые отделения или учредить специальную больницу, а также трудовую колонию для более длительного лечения алкоголиков.

О НЕОБХОДИМОСТИ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ В КРОВИ ПРИ ЭКСПЕРТИЗЕ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ

Профессор Э. Ю. Кару

Из кафедры психиатрии и судебной медицины
Тартуского государственного университета

Приказом Министра Здравоохранения СССР № 523 от 22 XI 1954 г. экспертиза алкогольного опьянения возложена на психиатрические и прочие лечебно-профилактические учреждения. При этом вспомогательными методами для качественного определения алкоголя служат реакция Раппопорта и индикаторные трубки, предложенные Л. А. Моховым и И. П. Шинкаренко.

При современном уровне квалификации судебного состава, судебно-психиатрических и судебно-медицинских экспертов для всестороннего обсуждения вопросов, связанных с алкогольным опьянением обвиняемых и потерпевших, нельзя считать достаточным лишь качественное определение алкоголя, а следует дополнить методику экс-

пертизы опьянения количественным определением алкоголя в крови.

Удобным, дешевым и отвечающим практическим требованиям является микрометод Э. М. П. Видмарка, которым и следовало бы пользоваться при экспертизе алкогольного опьянения.

О СКОРОСТИ СГОРАНИЯ АЛКОГОЛЯ В КРОВИ У БОЛЬНЫХ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Профессор Э. Ю. Кару

Из кафедры психиатрии и судебной медицины
Тартуского государственного университета

На III Всесоюзном съезде невропатологов и психиатров утверждалось, что сгорание алкоголя в крови у больных травматической эпилепсией замедлено. Поднятый вопрос с точки зрения экспертизы алкогольного опьянения имеет большое практическое значение: если это так, то при судебно-психиатрической и судебно-медицинской экспертизе нельзя пользоваться в отношении этих больных обычными величинами коэффициента β .

Коэффициент β по исследованиям, проведенным в Эстонской ССР, колеблется у здоровых людей от 0,0013 ‰ до 0,0046 ‰. Проведенное исследование показало, что у травматических эпилептиков коэффициент β колеблется от 0,0018 ‰ до 0,0021 ‰, находясь таким образом в пределах средних величин нормы.

Отсюда следует, что у травматических эпилептиков величины коэффициента β показывают такие же индивидуальные колебания, какие наблюдаются у здоровых лиц. Поэтому при экспертизе к ним применимы обычные величины коэффициента β .

О СКОРОСТИ СГОРАНИЯ АЛКОГОЛЯ В КРОВИ ПОСЛЕ ОСТРОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Аспирант К. Х. Мянник

Из кафедры психиатрии и судебной медицины
Тартуского государственного университета

В практике врача часто встречаются черепно-мозговые травмы у лиц, находящихся в алкогольном опьянении. Взятие крови для определения концентрации алкоголя в ней

редко удается непосредственное после травмы, поэтому приходится на основании более поздних определений вычислять первоначальную концентрацию при помощи соответствующих формул.

Литературные данные по вопросу процесса сгорания алкоголя в организме противоречивы. Некоторые авторы утверждают, что при черепно-мозговых травмах процесс сгорания алкоголя подвергается изменениям и что поэтому использование константы β при вычислениях концентрации алкоголя в крови дает ошибочные результаты. Другие авторы находятся на противоположных позициях.

Для внесения некоторой ясности в этот вопрос, автором настоящей работы были исследованы 42 случая черепно-мозговой травмы в нейрохирургическом отделении Республиканской Тартуской клинической больницы.

Выявилось, что в скорости сгорания алкоголя никаких сдвигов ни в ту, ни в другую сторону ни в одном случае не было. Поэтому при черепно-мозговых травмах применение константы β , как и у здоровых в состоянии опьянения вполне оправдано для определения концентрации алкоголя в крови (т. е. для определения степени опьянения).

О СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ

К. Я. Леллен

Из Ямеяласской психоневрологической республиканской больницы

Судебно-психиатрическая экспертиза в случаях алкогольного опьянения имеет большое значение в борьбе с преступностью.

Сумма двух этиологических факторов — алкогольного опьянения и патологической основы (травма, психопатия и др.) не меняет качества опьянения, которое оценивается как простое. При этом степень (тяжесть) опьянения в соответствии с примечанием к ст. 11 УК РСФСР не учитывается.

Правовое истолкование качества опьянения в УК различных республик не одинаково.

Клиническая картина простого алкогольного опьянения может содержать элементы различных вариантов патологической формы опьянения и наоборот — в патологической форме опьянения могут выступать элементы социальной распущенности, где ошибочно было бы думать, что это результат ненормальности мозга.

Судебно-психиатрическая оценка состояния опьянения исходит из диагноза и регламента вменяемости. При этом в практике часто решающее значение имеют данные свидетельских показаний.

ЛЕЧЕНИЕ ИОНИЗИРОВАННЫМ И НЕИОНИЗИРОВАННЫМ КИСЛОРОДОМ БОЛЬНЫХ В ОСТРОЙ СТАДИИ ПОЛИОМИЭЛИТА

Доцент Э. И. Раудам

Из кафедры неврологии Тартуского государственного университета

В последнее десятилетие при лечении острой стадии полиомиелита начали уделять больше внимания вопросам гипоксии и гипоксемии, особенно у больных с расстройствами дыхания. Для борьбы с кислородной недостаточностью применяют соответствующие дыхательные аппараты.

Мы применяем лечение кислородом не только при клинически установленных нарушениях дыхания, но и у всех больных в острой стадии полиомиелита, по возможности в препаралитическом периоде. Это помогает предотвратить развитие гипоксемии и бороться с уже развившейся субклинической гипоксемией.

Кислородная терапия применяется в комплексной системе лечения в виде ингаляций и подкожных инъекций в переднюю поверхность бедра. Кислородную терапию по описанному способу мы применяли с 1954 г. у 120 больных, у которых был получен хороший клинический эффект.

В 1956 г. по нашему предложению преподаватель кафедры физики ТГУ Ю. Рейнет сконструировал аппарат для ионизации кислорода, который позволяет проводить ингаляции и подкожные инъекции ионизированного кислорода. По нашим наблюдениям ионизированный кислород действует на организм интенсивнее, особенно в условиях гипоксемии, чем обычный кислород. В связи с этим рекомендуем применять при лечении полиомиелита в острой стадии отрицательно ионизированный кислород, а также снабдить аппарат искусственного дыхания ионизатором кислорода. Подкожные инъекции кислорода безопасны, не вызывают сегментарных параличей, и не способствуют углублению имеющихся параличей. Наоборот, они помогают предотвратить развитие тяжелых параличей и ускоряют восстановление мышечной силы.

О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ МОЗГА И МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТОВ

Р. И. Паймре

Из нейрохирургического отделения Тартуской республиканской
клинической больницы

Целью настоящего доклада является выявление ошибок в диагностике опухолей головного мозга и васкулярных инсультов по материалам нейрохирургического и неврологического отделений Тартуской республиканской клинической больницы с 1948 по 1957 г.

Проанализировано 112 случаев опухолей головного мозга и 182 случая васкулярных инсультов, закончившихся летально и верифицированных на секции. Оказалось, что дифференциальный диагноз опухолей и васкулярных инсультов головного мозга является затруднительным особенно у пожилых больных (старше 45 лет).

У 19 больных с опухолями головного мозга в поликлинике был диагностирован васкулярный инсульт. Из них у 16 больных на основании клинического исследования и пневмоэнцефало-вентрикулографии был установлен правильный диагноз опухоли головного мозга, а у 3-х больных, которым пневмоэнцефало- или вентрикулография не были сделаны, остался диагноз васкулярного инсульта и лишь на секции обнаружена опухоль головного мозга.

О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЗНАЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ МЫШЛЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Кандидат медицинских наук С. Д. Коппель

Из Таллинской республиканской психоневрологической больницы

В предшествующих исследованиях автора было изучено атактическое мышление шизофреников. При этом выделены:

а) атактические переходы, при которых отдельные, грамматически правильно построенные предложения объединены между собой не логическими связями, свойственными мышлению нормального человека, а неадекватно акцентуированными связями подтекста.

б) атактические связи, при которых неадекватно акцентуированные связи подтекста принимают непосредственное участие в образовании фраз.

По ходу дальнейших исследований выяснилось, что понятия у больных шизофренией в некоторых случаях отражают не существенные и отличительные черты явлений реальной действительности, не объективно существующие внутренние связи этих явлений или объективно существующие взаимоотношения их с другими явлениями, а несущественные или даже объективно не существующие внутренние или внешние связи этих явлений («атактическое нарушение понятий»).

Было также установлено, что суждения больных шизофренией в некоторых случаях неправильно отражают действительность из-за того, что к подлежащему суждения приписываются элементы сказуемого или наоборот («атактическое нарушение суждений»).

Для выяснения дифференциально-диагностического значения описанных нарушений были обследованы больные с параноидными реакциями, параноидным развитием личности, параноидной психопатией, алкогольным параноидом, алкогольным галлюцинозом и эпилептическими психозами. При всех упомянутых психозах и состояниях в речи больных могут встречаться различные формы атактического мышления, а также атактические ответные реакции в словестном эксперименте.

Атактические переходы, атактические связи, атактическое нарушение понятий и атактическое нарушение суждений были обнаружены лишь при шизофрении.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ НА ПОЧВЕ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ

Кандидат медицинских наук В. П. Зухарь

Из Таллинской психоневрологической республиканской больницы

Отечественные ученые неоднократно подчеркивали связь между соматическим заболеванием организма и психическим состоянием человека. С. С. Корсаков прямо указывал на значение различных инфекций в развитии психозов.

В военные и послевоенные годы рядом авторов были описаны разнообразные психические нарушения в связи с осложнениями ранений гноеродной инфекцией. Причиной этих послераневых психозов, как указывает А. С. Чистович, чаще всего оказывался затяжной остеомиелит, иногда обширная вяло текущая флегмона.

Известно, что из всех костей скелета человека наиболее часто поражаются остеомиелитом челюсти. Можно полагать, что острый одонтогенный остеомиелит челюстей человека возникает при наличии сенсбилизации организма и неспецифического раздражителя.

Нами на протяжении 1955—1957 гг. наблюдалось 11 больных с психическими нарушениями, взванными различными формами остеомиелитов челюстей и воспалительными заболеваниями зубов. Клиническая картина наблюдаемых нами случаев выражалась чаще в виде затяжных астено-депрессивных состояний, ипохондрических синдромов, иногда параноидных и кататонических состояний.

Нередко психические нарушения, возникавшие в связи с гнойной одонтогенной инфекцией, расценивались как шизофренические. Лишь динамика течения и своеобразная психопатологическая картина, менявшаяся в результате лечения антибиотиками и оперативного вмешательства, убеждали нас в том, что в основе этих «шизофренических психозов» лежал инфекционный процесс.

Из 11 больных, после проведенного лечения в 7 случаях наступило выздоровление, в 2 случаях психоз принял затяжное течение, в остальных случаях имело место клиническое улучшение.

Таким образом, существующие психические нарушения в связи с остеомиелитом челюстей и воспалительными заболеваниями зубов, могут иметь разнообразную клиническую психопатологическую картину.

Наиболее эффективным лечебным средством является оперативное вмешательство в сочетании с антибиотиками и тонизирующими медикаментозными препаратами.

УСТАНОВКА ДЛЯ ОДНОВРЕМЕННОЙ РЕГИСТРАЦИИ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЫСШЕЙ И ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Доцент Ю. М. Саарма

Из кафедры психиатрии и судебной медицины
Тартуского государственного университета

На основании предложений автора в экспериментальной мастерской кафедры физики ТГУ была создана установка, которая дает возможность синхронного изучения высшей и вегетативной нервной деятельности. При помощи этой установки можно наблюдать, а также и регистрировать на ленте кимографа чернилами моторную реакцию (движение нажима

рукой), дыхание, электрическое сопротивление кожи слабому постоянному току, кожно-гальванические рефлексy и частоту пульса (по принципу Флейша). Сигналами для моторной реакции и ориентировочного рефлекса могут служить различные световые и звуковые раздражители, как одиночные так и комплексные. Латентный период моторной реакции измеряется электрическим секундомером с точностью до сотой доли секунды.

Наблюдения, проведенные у здоровых людей и людей с различными психическими расстройствами, показали, что синхронное наблюдение описанных показателей глубже характеризует адаптационную реакцию организма как в норме, так и в патологии, а также дает возможность лучше оценить взаимоотношение коры головного мозга и вегетативных механизмов.

НАБЛЮДЕНИЯ О ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ ВЫСШЕЙ И ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

В. А. Пайс

Из Республиканской Тартуской клинической психоневрологической больницы

Проведенные ранее автором наблюдения над больными хронической шизофренией показали, что дополнение клинического материала экспериментальными исследованиями высшей нервной деятельности дает возможность точнее дифференцировать процессуальную фазу от постпроцессуальной или дефектной фазы.

Для дальнейшего изучения хронической шизофрении проведена серия наблюдений над 15 больными при помощи установки, сконструированной на кафедре психиатрии Тартуского государственного университета, которая дает возможность одновременно наблюдать некоторые показатели высшей и вегетативной нервной деятельности.

Полученный материал показывает, что при многократных опытах у больных шизофренией в процессуальной фазе уровень как высшей, так и вегетативной нервной деятельности различен, а в постпроцессуальной фазе одинаков.

Процессуальную фазу хронической шизофрении характеризует наличие относительно живых вегетативных реакций на различные внешние раздражители. В дефектной или постпроцессуальной фазе выявляется разлитое торможение вегетативных реакций.

О ЛЕЧЕНИИ ПРОГРЕССИВНОГО ПАРАЛИЧА В ЭССР МАЛЯРИЕЙ

Я. Р. Тенн

Из Республиканской Тартуской клинической психоневрологической больницы

В послевоенном периоде с 1945 г. по 1957 г. на лечении в психиатрических больницах ЭССР находилось всего 217 больных прогрессивным параличом. Из них в Республиканской Таллинской психоневрологической больнице — 120, в Республиканской Тартуской клинической психоневрологической больнице — 76 и 21 в Республиканской Ямеяласской психоневрологической больнице.

Для лечения больных прогрессивным параличом применяли комбинированное специфическое лечение с пенициллинотерапией. У 100 больных применяли лечение малярией. Из числа всех леченных больных поправилось 99 больных, умерло 46. Из 100 больных, леченных малярией, поправилось 72 больных. Таким образом, лечение малярией при прогрессивном параличе оказалось самой эффективной формой терапии.

С 1951 по 1954 г. и начиная со второй половины 1957 г. в ЭССР не было возможности проводить лечение малярией из-за ее отсутствия. Необходимо создать в системе Министерства Здравоохранения ЭССР центр, где можно было бы проводить лечение малярией больных прогрессивным параличом.

На эстонском и русском языках

Ladumisele antud 6. V 1958. Trükkimisele antud
24. V 1958. Paber 60×84, 1/16. Trükipoognaid 2,5.
Trükiarv 300. MB-03867. Tellimise nr. 1023.
Trükikoda «Bolševik», Viljandi, V. Kingissepa 31.

Tasuta

A 1958
23572
7502596

TÜ RAAMATUKOGU



1 0300 00750259 6