

TARTU RIIKLIK ÜLIKOOL

H. VAHTER

**NAHAHAIGUSTE
PRAKTIKUM**

TARTU 1969

TARTU RIIKLIK ÜLIKOOL

Nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia
kateeder

H. VAHTER

NAHAHAIGUSTE PRAKTIKUM

Neljas, täiendatud trükk

TARTU 1968

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

I P R A K T I K U M .

Praktikumi käigus tutvuvad üliõpilased patoloogiliste protsessidega nahas, nahalõvete ja haige uurimise meetodikaga.

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

1. Seroosne põletik.

a. Spongioos.

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

b. Vakuoline degeneratsioon.

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

c. Balloneeruv degeneratsioon.

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

2. Akantoos.

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

sõlmekese moodustumine.

3. Papillomatoos.

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

4. Parakeratoos.

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

5. Hüperkeratoos.

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

6. Akuutne põletik.

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

7. Krooniline põletik pärisnahas.

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

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

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

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

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

N a h a l ö ö b e d .

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

Esmased nahalööbed.

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

1. Laik (macula).

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

a. Veresoonte laienemisest tingitud laigud (maculae vasculosae).

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

b. Verevalumilised laigud (maculae haemorrhagicae).

Petehhia (petechia) - väike verevalumiline laik.

Ekümoos (ecchymosis) - suurem verevalumiline laik.

Veermed (vibices) - triibukujuline verevalum.

Sugilatsioon (sugilatio) - verimuhk.

c. Pigmendilaigud (maculae pigmentosae).

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

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

2. Sõlm (nodus).

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

3. Kubel (urtica).

Kublaks nimetatakse järsku piirdunud turset nahas.

4. Tuumor ehk uudismoodustis (tumor).

Tuumoriks nimetatakse kasvajalist vohangut nahas.

5. Villike (vesicula).

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

6. Mädavill (pustula).

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

Teisesed nahalööbed.

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

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

1. Sekundaarne pigmendilaik.

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

2. Kett ehk soomus (squama).

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

3. Koorik (crusta).

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

4. Erosioon (erosio).

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

5. Ekskoriatsioon (excoriatio).

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

6. Pakatised (rhagades).

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

7. Haavand (ulcus).

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

8. Arm (cicatrix).

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

9. Lihhenisatsioon (lichenisatio).

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

10. Vegetatsioon (vegetatio).

Vegetatsioon ehk vohamine iseloomustub patoloogilistest protsessidest tingituna koevohangu tekkimisel nahas.

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

I. Haige kaebused.

II. Käesoleva haiguse anamnees.

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

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

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

teiste organite ja organsüsteemide arstlik järelevaatus).

Naha vaatlus.

Naha vaatlusel lähtutakse järgmistest põhimõtetest.

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

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

Naha üldine vaatlus.

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

Haiguskolde vaatlus.

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

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

II P R A K T I K U M .

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

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

Nahamädanikkudeks nimetatakse mädatekitajate mikroobide poolt põhjustatud nahahaigusi.

Etioloogilised tegurid.

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

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

Bacillus pyocyaneus.

Bacillus proteus.

Patogenees: I. Eksogeensed faktorid.

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

II. Endogeensed faktorid.

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

Klassifikatsioon.

A. Streptogeensed nahamädanikud.

B. Stafülogeensed nahamädanikud.

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

A. Streptogeensed püodermiidid.

1. Impetigo streptogenes.

Impetigo streptogenes't iseloomustab kliiniliselt katmata kehaosadele, eriti näo piirkonda mädavillide tekkimine, mis lõhkevad kiiresti ning mille tulemusel haigus- kolded kattuvad õhukeste kollakaspruunide koorikutega. Haigus- kolded lokaliseeruvad kõige sagedamini suu, nina ning sil- made ümbrusesse. Kõige sagedamini haigestuvad lapsed eelkooli- ja kolleas.

Diagnoosimisel on oluline akuutne haigestumine, haigus- kollete lokalisatsioon, õhukesed kollased koorikud, mille va- hel võib näha tervet nahka ning see, et kooriku eemaldamisel tuleb kooriku alt nähtavale erosioon, mis näitab, et põletik-uline protsess esineb naha kõige pindmisemas osas.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb streptogeenset impe- tiigot eristada vulgaarsest impetiigost, mille puhul esine- vad paksud mitmekihilised koorikud, ja laste ekseemist (hai- gestumine kroonilise, lööve polümorfsem, koorikute vahel ei ole näha tervet nahka, haigus- kolded jätavad vabaks nina ja suu ümbruse, subjektiivselt esineb sügelemine).

Streptogeense püodermiidi puhul eristatakse järgmisi erivorme:

1) impetigo fissurica;

Sel puhul tekivad suunurkadesse impetiginooossed haigus- kolded. (Vill, erosioon, pakatis, koorik), mis on iseloomu- likud oma kroonilise kulu poolest.

2) panaritium superficiale;

Haigus- kolded lokaliseeruvad sõrmedele, eriti küünevalli ümbruskonda.

3) impetigo bullosa;

Haigust iseloomustab nahale villilise lööve tekkimine.

4) pemphigus neonatorum epidemicus;

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

5) impetigo papulata syphiloides.

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

2. Ecthyma.

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

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

B. Stafülogeensed püodermiidid.

1. Impetigo staphylogenes. Ostiofolliculitis.

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

2. Folliculitis.

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

3. Furunculus.

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

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

4. Hydradenitis.

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

C. Segastreptostafülogeensed püodermiidid.

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

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

Nahamädanike ravimine.

Üldine ravimine.

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

1. Antibiootikumid.

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

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

Biomütsiini 100 000 TÜ 4-5 korda päevas.

Ekmonovotselliini 300 000 TÜ kaks korda päevas.

2. Sulfonamiidpreparaadid.

Sulfonamiidpreparaatidest kasutatakse kõige sagedamini norsulfasooli, sulfasooli, sulfodimesiini.

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

3. Immuunobioloogilised ravimeetodid.

a. Spetsiifiline immuunoteraapia.

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

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

b. Mittespetsiifiline immuunoteraapia.

Mittespetsiifilistest immunoteraapia meetoditest rakedatakse sagedamini steriliseeritud piima ja haige oma vere süstimist.

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

Paikne ravimine.

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

Rp.

Viridis nitentis 0,5
Spiritus vini 70% 50,0
MDS. Väline.

Rp.

Ung. Hydrargyri praecipitati albi 5% 30,0
DS. Väline.

Ektüümi ravimiseks on soovitatavad soojad vannid kaaliumhüpermanganaadi vesilahusega.

Rp.

Kalii hypermanganici 3,0
DS. Vannivette asetamiseks.

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

Rp.

Solutionis trypoflavini 1% 100,0
DS. Väline.

Follikuliidi ravimiseks kasutatakse 1%-list süntomüt-siinemulsiooni.

Rp.

Emulsionis synthomycini 1 % 30,0

DS. Väline.

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

Rp.

Ichthyoli puri 30,0

DS. Väline.

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

Nahamädanike profülaktika.

Üldriiklikud abinõud.

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

Individuaalsed abinõud.

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

Tootmistööl on eriti oluline:

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

tus, hea ventilatsioon, ruumide regulaarne koristamine;

- 3) väikeste nahavigastuste viivitamatu korrastamine;

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

- 4) tööliste individuaalne kaitse: riietus, kaitsealvid jt.;
- 6) isiklike hügieenireeglite täitmine, eriti naha puhtuse eest hoolitsemine.

III P R A K T I K U M .

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

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

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

Keratomükoosid.

Keratomükoosideks nimetatakse marrasknaha pindmisse osas lokaliseeruvaid nahaseenhaigusi.

1. Pityriasis versicolor.

2. Erythrasma.

Pityriasis versicolor.

Etioloogia: tekitaja - microsporon furfur.

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

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

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

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

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

Prognoos: krooniline, retsidiveeruv.

Erythrasma.

Etioloogia: *Microsporon minutissimum*.

Haigestumine areneb seoses suurenenud higistamisega.

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

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

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

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

Profülaktikaks on soovitatav naha puhtuse eest hoolitsemine. Isikud aga, kes on põdenud keratomükoose, peavad periood-

diliselts nahka puhastama 1%-lise salitsüülpiiritusega.

Epidermomükoosid.

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

1. Epidermophytia.

2. Blastomycosis superficialis.

Epidermophytia.

Epidermofüütiaiks nimetatakse nahaseenhaigusi, mille tekitajaks on epidermofyton'i perekonda kuuluvad nahaseened.

Kliiniline sümptomatoloogia.

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

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

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

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

Skvamoose haigusvormi puhul on esikohal mitmekihilised ketud ja koorikud.

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

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

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

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

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

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

Blastomycosis superficialis.

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

Kliiniline sümptomatoloogia.

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

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

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

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

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

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

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

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

Trihhomükoosid.

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

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

Trihofüütia (trichophytia).

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

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

Silenaha pindmine trihhofüütia.

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

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

Sügavat trihhofüütia iseloomustab harilikult äge põle- tikuline nahareaktsioon koos follikulaarsete abstsessidega ja sügavates nahakihtides tekkiva infiltraadiga.

Peanaha pindmine trihhofüütia.

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

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

rioodis võib toimuda haiguse spontaanne paranemine.

Peanaha sügav trihhofüütia.

Juustega kaetud peanaha sügava trihhofüütia puhul te-
kivad peanahale järsku piirdunud haiguskolded, millel võib
näha mädaville, koorikuid, laienenud karvanääpsu avausi ja
granulatsioonikoe vahanguid. Juuksed on haigestunud kohta-
del välja langenud ja juba kergel vajutamisel haiguskoldele
tulevad seal nähtavale mädatilgakased (nn. sõelsümptoom).

Küünte trihhofüütia.

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

Täiskasvanute krooniline trihhofüütia.

Täiskasvanute krooniline trihhofüütia, esineb harili-
kult isikutel, kes lapseas on põdenud trihhofüütiaid ning
kellel haigust ei ole ravitud või ei ole mitmesugustel põh-
justel toimunud spontaanset paranemist suguküpsemise perioo-
dis. Täiskasvanute kroonilist trihhofüütiaid esineb sageda-
mini naistel, kellel samaaegselt täheldatakse kõrvalkaldu-
misi närvisüsteemi talitluses, või häireid sisesekreetsioonis
või ainevahetuses. Seoses nende häiretega muutub organismi
reaktiivsus, s.t. organismi reaktsiooni laad haigusetekita-
jatele.

Juustega kaetud peanahal moodustuvad väikesed sinakas-
punased laigukesed, mis on kaetud väheldaste kettudega. Sa-
mas piirkonnas võib näha üksikuid murdunud juukseid, sageli
mustade punktidenä. Niisuguste põletikulist laadi laikude
kõrval täheldatakse mõnemillimeetrise läbimõõduga väikesi
laigukesi. Mõnikord kulgeb täiskasvanute krooniline trihho-
füütia juustega kaetud peanahal difuusse ketendamisenä, mis
väga meenutab kõõma; erineb kõõmatõvest aga murdunud juuste

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

Trihhofüütia diagnoosimine.

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

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

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

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

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

Mikrospooria (microsporia).

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

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

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

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

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

Lubiraig (favus).

Lubiraia tekitajaks on nahaseen achorion Schönleini.

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

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

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

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

Trihhomükooside ravimine.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Plaaster eemaldatakse ja korratakse samas annuses uuesti 10 - 12 päevaks.

Epiliin avaldab epileerivat toimet mitte ainult plaastri-
ga mõjustatud piirkonnas, vaid ka väljaspool, s.o. kogu
juustega kaetud peanaha ulatuses. Üksikutel juhtudel tähelda-
takse epiliiniga mõjustamise piirkondades follikulaarset tüü-
pi ärritusnähte ja üksikjuhtudel peavalusid. Niisugusel kor-
ral tuleb ravimine epiliiniga ajutiselt katkestada. Peale
juuste täielikku eemaldamist teostatakse juustega kaetud pea-
naha ravimist niisamuti nagu röntgeniepilatsiooniga haigeil.
Viimastel aastatel on läinud korda võtta kasutusele uusi pre-
paraate, mis võimaldavad juustega kaetud peanaha trihhomükoo-
side ravimist ilma epilatsiooniga teostamata. Niisuguste prepa-
raatidena leiab kasutamist grisovin, mida tuntakse ka erine-
vates maades griseofulvini ja fultsiini nime all. Grisovini
manustatakse 0,25 g tablettides. Esimesel nädalal 6 tabletti,
teisel nädalal 3-4 tabletti päevas suu kaudu. Edaspidiselt
vähendatakse annust 2-3 tabletile päevas. Ravikuuriks antakse
haigele 50 - 70 - 100 tabletti. Lastele on päevane annus 0,5g,
täiskasvanutele 1-1,5g ja kogu ravi kestus ulatub harilikult
kuni 2,5 kuuni.

Onühhomükoooside (küünte seenhaiguste) ravi põhineb kah-
justatud küüneplaatide eemaldamisel ja järgneval antiparasi-
taarsete vahendite kasutamisel küünealumiku raviks. Parim va-
hend küünte eemaldamiseks on onühholüsiin, mis sisaldab 15%
baariumsulfiidi (G.K. Andriasjani järgi). Onühholüsiini pulber
segatakse vähese veega pudrutaoliseks ja pannakse paksu kih-
na (kuni 0,5 cm) kahjustatud küüneplaadile. Iga 2-3 minuti
järel niisutatakse pudrutaolist massi veetiljade lisamisega
silmapipeti abil. Tuleb jälgida, et onühholüsiin ei satuks
küünt ümbritsevale nahale. Iga 30-40 minuti järel pestakse
ravim maha ja küüneplaadi pehmenenud osa kaabitakse skalpel-
liga ära. Seejärel pannakse küüneplaadile uuesti 30-40 minu-
tiks onühholüsiini; niisugust protseduuri korratakse 2-3 tun-
ni vältel mitu korda, kuni kogu küüneplaat on eemaldatud. Pär-
ast seda asetatakse küünealumikule salvikompress resortsiin-

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

Rp.

Ac. salicylici
Resorcini
Ac. lactici $\bar{a}\bar{a}$ 15,0
Vaselini 55,0
M.f.ung.
DS. Salv

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

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

Rp.

Kalii jodati
Lanolini $\bar{a}\bar{a}$ 15,0
M.f. ung.
DS. Salv

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

pannakse 3 päeval järgmist salvi:

Rp.

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

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

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

Üldine ravi. Trihhofüütia, lubiraia ja mikrospooria pal-
judel juhtudel ei ole võimalik piirduda ainult haiguskollete
kohaliku, välise raviga, sest kõrvalekaldumised organismi üld-
seisundis soodustavad nahaseenhaiguse visa püsimist ja pärast
ravi retsidiivide tekkimist.

Lubiraiahaigetel on sageli kehveresus, nõrk toitumus,
üldine nõrkus. Neile on kasulik määrata kalamaksaõli, raua-
ja arseenipreparaate, C- ja A-vitamiini, kampolooni. Sama keh-
tib ka pindmist trihhofüütiaid ja mikrospooriaid põdevate hai-
gete kohta, kellel ilmnevad samasugused nähud.

Eriti tähtis on üldine ravi täiskasvanuil, kes põevad
kroonilist trihhofüütiaid. See haigus on alati seotud närvi-
süsteemi, siseelundite ja sisenõristusnäärmete talitluse üh-
tede või teiste häiretega. Peale ravi üldtugevdavate vahendi-
tega määratakse neile haigetele vastavate näidustuste puhul
endokriinseid preparaate - ovariini, follikuliini, sünestroo-
li naistele, spermiini ja metüültestosterooni meestele. Jäse-
mete naha, vahel ka küünthe haigestumisel avaldab mõnikord
head mõju tsirkulaarne novokainiblokaad, mida korratakse
4-6 korda 4-6-päevaste vaheaegade järel.

Nahaseenhaiguste profülaktika.

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

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

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

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

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

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

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

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

IV P R A K T I K U M .

Praktikumi käigus tutvuvad üliõpilased peamiselt nahatuberkuloosi diagnostika ja ravi küsimustega.

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

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

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

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

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

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

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

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

Sagedamini esinevaks nahatuberkuloosi vormideks on:

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

Lupus vulgaris.

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

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

Eristatakse väga mitmesuguseid Lupus vulgarise kliinilisi vorme:

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

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

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

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

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

6. Lupus vulgaris disseminatus - haiguskolded lokaliseeruvad mitmele kehaosale.

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

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

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

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

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

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

Diferentsiaaldiagnoos: *Lupus vulgaris*est tuleb diferentsiaaldiagnostiliselt eristada 1) kolmandast kõbrulist süüfilist, 2) lepromatooset leeprat, 3) erütematoosi, 4) roosaatseat ja 5) aknet.

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

Lupus vulgarise prognoos on loetust andev ja oleneb suurel määral üldtuberkuloosse infektsiooni likvideerimisest organismis.

Retsidiivi vältimiseks soovitatakse korduvaid ravikuure ja üldtugevdavaid ravivahendeid.

Scrophuloderma.

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

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

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

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

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

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

Tuberculosis cutis verrucosa.

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

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

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

Tuberculosis cutis ulcerosa.

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

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

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb neist eristada samuti krooniliselt kulgevad vähihaavandid.

Lichen scophulosorum.

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

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

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

Tuberculosis cutis papulo-necrotica.

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

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

Erythema induratum Bazin'i.

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

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

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

Lupus erythematodes.

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

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

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

Patogeneesis on tähtsad sisesekretsiooni ja närvisüsteemi häired.

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

Kliiniline sümptomatoloogia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

V P R A K T I K U M .

Selle praktikumi käigus pööratakse erilist tähelepanu leepra diagnostika küsimustele.

L e p r a .

Leepra on leepratekitajate poolt põhjustatud raskekujuline krooniline haigestumine.

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

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

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

Leepra puhul kirjeldatakse mõnest kuust kuni mitmekümne aastani kestvat inkubatsiooniperioodi.

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

Kliiniliselt eristatakse kolme leepra põhivormi: 1) Lepra lepromatosa, 2) Lepra tuberculoides, 3) Lepra indiferenta.

Lepra lepromatosa.

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

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

Lepra tuberculoides.

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

Lepra indiferenta.

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

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

ei esine anesteesiaid, paresteesiaid, "reumaatilisi" valusid, neuralgiaid, 3) riniidi tunnuseid ja ninaverejookse, 4) samuti võivad diagnostilist tähtsust omada põletused saunas, majapidamises jne.

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

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

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

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

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

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

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

Pinna tundlikkuse määramisel teostatakse: taktililise, valu- ja temperatuuritunde määramist. Valutunde määramine teostatakse nõelaga; taktililne tunne - pintslil või vatitupsutiga; temperatuuritunne kahe katsutiga, ühes külmal, teises kuum vesil (mitte üle 50 kraadi). Uurimine viiakse läbi nii lööve pinnal kui ka eespool nimetatud närvide innervatsioonialadel. Tähelepanu pööratakse ka troofiliste häirete esinemisele nagu: lihaste atroofia kätel, eriti peopesadel, luude osteolüüs, nahal juuste väljalangemisele, nahakuivusele ja troofiliste haavandite esinemisele ja näonärvi, samuti aga ka teiste närvide halvatusel.

Leprossete neuritiidide iseärasuseks tuleb lugeda seda, et nad algavad kõige distaalsematest osadest, on aeglase arenguga ja kroonilise kuluga, annavad sõlmelisi paksenemisi põhjustades vasomatoostroofilisi ja pinna tundehäireid ühes sügavtunde säilimisega.

Rinoskoobiline uurimine (eesmine rinoskoopia) tuleb tingimata läbi viia igal leeprikahtlasel juhul (leebra puhul täheldatakse riniiti, koorikuid, haavandunud infiltraate).

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

Praktikas teostatakse leebra diagnostilisel otstarbel järgmised kliinilised uurimised.

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

ne erüteem langeb välja aksoonrefleksi puudumisel (närvi-
septorite kahjustusest). Saadakse mittetäielik või negatiiv-
ne reaktsioon. Kontrolliks soovitatakse teha sama proov ter-
vel nahal.

2. Proov nõela torkega analoogiliselt histamiiniga, ref-
lektorne erüteem on seejuures nõrgemini väljendatud.

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

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

Laboratoorne diagnostika.

a. Uurimismaterjali võetakse nahas olevast haiguskoldest, ni-
na limanahalt ja kurgust.

b. Värvimine.

Torsujev soovib kasutada järgmist Ziel-Nilseni modifi-
katsiooni:

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

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

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

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

Patohistoloogiline diagnostika.

Materjali vōtmine: vōtta sealt, kus lõõve on kõige tūūpilisem ning kus on kõige aktiivsemad pōletikutunnused. Fikseerida 10% -lises formaliinis vōi 96% -lises alkoholis. Kui tahetakse värvida histoloogilistes lõikudes leepra tekitajaid, siis fikseerida jārgmises lahuses: formaliini (40%) 100,0, naatriumkloriidi 8,0, destilleeritud vett 1000,0. Lepromotoosse leepra puhul on tūūpiline leproosne pōletik. Tuberkuloidse leepra puhul on tuberkuloidne pōletik. Indiferentse leepra puhul on lihtne krooniline pōletik.

Bioloogiline diagnostika.

Lepromiini test.

Kasutatakse eriti leepra vormi kindlaksmāāramiseks ja prognostilisel otstarbel.

Lepromiini valmistamine - leproomist vōetud materjali keedetakse 30-60 minuti jooksul fūsioloogilises lahuses (1g-20 ml fūsioloogilist), filtreeritakse ja hoitakse tund aega 60^o juures. Konserveeritakse filtraati 0,25-0,5% fenooliga ja asetatakse ampullidesse (0,01 substantsi 0,5% -lises fenoolis vōi fūsioloogilises keedusoola lahuses). Intrakutaanselt viiakse 0,1 lepromiini. Varase positiivse reaktsiooni korral vōivad tekkida muutused juba esimesel pāeval; 1-2 pāeval tēheldatakse punetust ja mitte suurt paapulit, mis areneb maksimaalseks 48-72 tunni jārel; nāhud vōivad kaduda vōi lāhevad üle hiliseks positiivseks reaktsiooniks. Viimasel juhul 10-14. pāeval tēheldatakse sōlme tekkimist. 30 pāevaks on 1-2 cm lābimōōduga sōlm, mille keskel areneb koorikuga kaetud nekroos. Paranemine toimub mōne nādala vōi kuuga. Negatiivse

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

Lepromiini test on negatiivne lepromatoosse leepraga haigusjuhtudel, positiivne tuberkuloidse leepra puhul ja ter-
vetel isikutel.

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

Röntgenogramm on eriti tähtis luude muutuste fikseerimiseks.

Üksikute leepravormide diagnoosimisel arvestatakse järgmisi tunnuseid.

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

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

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

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

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

Diferentsiaaldiagnostika.

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

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

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

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

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

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

5) keratoosid;

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

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

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

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

10) sõlmelised dermatoosid: nahaalused sarkoidid, elei-

doomid, Erythema nodosum, morbus Recklinghauseni, kolmandane gummoosne süüfilis, blastomükoos, Mycosis fungoides;

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

Neuroloogiline diferentsiaalne diagnoos:

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

Luud ja veresooned.

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

Suguorganid.

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

Peanahk.

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

Silmad.

- 1) trahhoom,
- 2) süfiliitiline iriit.

Suu limanahk.

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

Ülemised hingamisteed.

- 1) söötraig ninas,

2) kolmandane süüfilis,

3) oseeena, kõri tuberkuloos, kolmandane süüfilis kõris.

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

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

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

Kuur koosneb 53 süstimisest 6 kuu vältel.

1 - 1½ kuu pärast korratakse uurimist.

Sulfetroni kontraindikatsioonideks on:

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

2. DDS - 4 - 4 diamino-difenüülsulfoon.

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

3. Ftivasiid.

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

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

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

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

VI P R A K T I K U M .

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

S ü g e l i s e d (Scabies).

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

Nakatumine sügelistesse võib toimuda otseselt ja kaud-selt. Otseselt toimub nakatamine kõige sagedamini koos maga-misel. Võimalik on aga nakatumine ka mitmesuguste esemete kaudu.

Kliiniline sümptomatoloogia. Sügelisi iseloomustavad järg-mised kliinilised tunnused.

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

lokaliseeruda igale kehaosale.

2. Intensiivne naha sügelemine. See ilmneb eriti õhtuti.

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

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

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

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

Eristatakse sügeliste kiirravimist ja meetodilist ravi.

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

Rp.

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

Rp.

Acidi hydrochlorici conc. 6% 200,0
DS. Väline II

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

naatriumhüposulfuroosumi lahusega, mille kuivamisest tekivad nahale väikesed naatriumhüposulfuroosumi kristallikesed. Seejärel hõõrutakse nahka 3-4 korda järjest 6%-lise soolhappela-husega, mille tagajärjel vabaneb väävel ja vääveldioksüüd.

Väävli vabanemine avaldab antiparasitaarset toimet. Järgnevalt vahetab haige pesu ning peseb ennast 24 tunni pärast sooja vee ja seebiga. Demjanovitši ravimeetodit ei ole soovitatav kasutada väikeste laste ravimiseks, kuna kirjeldatakse väävli-mürgistuste esinemist. Samuti ei osutu selle ravimeetodi kasutamine küllalt efektiivseks sügelishaiguse ravimiseks kui haigestumine on tuisistunud naha mädapõletikuga. Niisugustel juhtudel kasutatakse sagedamini meetodilist ravi.

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

Rp.

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

M.f.g. DS. Väline

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

Rp.

Ung. Wilkinsoni	100,0
-----------------	-------

DS. Väline

Wilkinsoni salvi kasutamine toimub samuti nagu väävlisalvi puhul.

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

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

Selle praktikumi käigus tutvuvad üliõpilased kutse-nahahaiguste kliiniku, diagnostika, ravi ja profülaktika küsimustega.

K u t s e - n a h a h a i g u s e d .

Kutsehaiguseks nimetatakse haigusi, mille tekkes esinevad otsustava põhjusena töötingimused.

Käsikäes tööstuse pideva suurenemisega kasvab ka töötajate hulk, kes on allutatud mitmesuguste tervistkahjustavate tegurite mõjule, mis võib põhjustada kutse- ehk professionihaigusi. Siia kuuluvad mitmesugused mürgistused, pneumoonios, vibratsioonitõbi ja nahakahjustused. Viimaseid esineb kõige sagedamini kutsehaiguste hulgas.

Kutse-nahahaigused võivad tekkida järgmistel tingimustel:

- 1) vähe mehhaniseeritud ja automatiseeritud tööprotsessidel;
- 2) tööruumide mitteköllaldase ventilatsiooni puhul;
- 3) ohutustehnika eeskirjade mittetäitmisel;
- 4) tervistkahjustavate ainetega töötavate tööliste vähese instrueerituse puhul;
- 5) individuaalsete töökaitsevahendite mitteköllaldase kasutamise korral ja
- 6) igapäevaste isikliku hügieeni nõuete mittearvestamisel.

Nahakahjustusi võivad põhjustada nii keemilised, füüsilised kui ka infektsioossed-parasitaarsed tegurid. Kõige sagedamini tekitavad kutse-nahahaigusi mitmesugused keemilised ained.

¹ N. Schamardini loeng-praktikum raviosakonna IV kursuse üliõpilastele.

Kutse - nahahaiguste klassi -
fikatsioon.

I. Keemilise etioloogiaga kutse-nahahaigused.

- A. Primaarse ärritava toimega keemilistest ainetest põhjustatud kutse-nahahaigused.
- B. Allergilised kutse-nahahaigused.
- C. Süsivesinikest põhjustatud kutse-nahahaigused.
- D. Dermatokonioosid.

II. Füüsikalistest teguritest põhjustatud kutse-nahahaigused.

- A. Mehaanilistest teguritest põhjustatud kutse-nahahaigused.
- B. Termilistest teguritest põhjustatud kutse-nahahaigused.
- C. Kiirgusest põhjustatud kutse-nahahaigused.
- D. Elektritrauma.

III. Infektsioosse ja parasitaarse iseloomuga kutse-nahahaigused.

- A. Batsillaarsed nahahaigused.
- B. Viirusnahahaigused.
- C. Parasitaarsed nahahaigused.
- D. Mükooosid.

Primaarse ärritava toimega keemilistest ainetest põhjustatud kutse-nahahaigused

1. Obligatoorsetest ärrititest põhjustatud nahahaigused.

Kontsentreeritud anorgaanilisi happeid ja aluseid ning metallide sooli nimetatakse obligatoorseteks ärrititeks.

Nahale sattumisel põhjustavad nad kahjustust (keemilist põletust) kõigil.

2. Fakultatiivsetest ärrititest põhjustatud nahahaigused.

Fakultatiivsete ärritite hulka kuuluvad nõrga kontsentratsiooniga happed ja alused ning osa orgaanilisi lahusteid. Need keemilised ained ei põhjusta nahakahjustust kõigil, kellel on kokkupuuteid nende ainetega. Hapete ja aluste nõrkadel lahustel on rasvatustav toime nahasse. Keha piirkondades, mis vahetult puutuvad kokku nende ainetega, võivad tekkida: 1) pindmised põletused, 2) mikrohaavandid ("linnusilmad"), 3) epidermiit, 4) toksiline dermatiit, 5) piirdunud hüperkeratoos ja küünte kahjustused (onychia, paronychia). Peale selle võib esineda ka silmade ja ülemiste hingamisteede ärritusnähtusid. Organismi kõrgenenud tundlikkust nende ainete suhtes tavaliselt ei esine.

A l l e r g i l i s e d k u t s e - n a h a - h a i g u s e d .

Mõningad keemilised ained, sattudes nahale või limaskestadele väikeses kontsentratsioonis pikema aja vältel, võivad närvisüsteemi kaudu põhjustada ülitundlikkust nende ainete suhtes ja allergilist dermatiiti või ekseemi. Osal neist on peale selle veel ka nahka ärritav toime.

Tärpentin.

Kasutatakse vaikude, lakkide ja rasvade lahustina, siikatiivina õlivärvides, polituuri koostisosana jne. Kõige sagedamini esineb nahahaigusi maalritel, mööbli poleerijatel ja tekstiilitööstisel.

Tärpentinil on tugev nahka ärritav ja rasvatustav (kuivatav) toime. Võib tekkida toksiline dermatiit, allergiline dermatiit või ekseem.

Dietüülparafenüleendiamiinsulfaat,
hüdrokinoon ja metool.

Allergiline dermatiit või ekseem võib tekkida isikutel, kes tegelevad värvifilmi ilmutamisega (dietüülparafenüleendiamiinsulfaadist) või röntgeni- jt. filmide ilmutajatel (hüdrokinoonist ja metoolist).

Ursool.

Allergiline dermatiit, ekseem, vasomotoorne riniit ja bronhiaalastma võivad ilmuda karusnaha värvijatel, köösnuritel, õmblejatel ja juuksuritel juuste värvimisel.

Ravimid.

(Antibiootikumid, aminasiin, B₁ vitamiin, novokaiin.)

Allergilised kutse-nahahaigused tekivad isikutel, kes valmistavad ülaltoodud ravimeid, ja meditsiinipersonalil.

Antibiootikumidest põhjustavad nahahaigusi kõige sagedamini streptomütsiin ja penitsilliin. Nahakahjustuse kõrval võib esineda ka nina-pisarkanali stenoos (nina limaskestade turse ja pisarate voolus), ülemiste hingamisteede limaskestade hüperemia (hiljem atroofilised muutused) või bronhiaalastma. Isikud, kel esineb ülitundlikkus ühe antibiootikumi suhtes, võivad lühikese aja jooksul sensibiliseeruda ka teiste suhtes.

Süntetilised vaigud.

Kasutatakse peaaegu kõikides tööstusharudes. Neist valmistatakse plastmasse, lakke, polituuri ja liime. Siia kuuluvad fenoalformaldehüüdvaigud (tähtsaim esindaja bakeelit), epoksü- ja karbamiidformaldehüüdvaigud. Neid saadakse osalt ka põlevkivist.

neda närvisüsteemi toksiline kahjustus. Organismi ülitundlikkus tekib mõnikord ka metalse elavhõbeda suhtes. Diagnoosi kinnitamiseks on vaja teha vastav uriini analüüs.

S ü s i v e s i n i k e s t p õ h j u s -
t a t u d k u t s e - n a h a h a i -
g u s e d .

Nahakahjustusi võivad põhjustada nafta-, kivisöe- ja põlevkivisaadused (tõrv, bensiin, petrooleum, fenool, kütte-, masina-, värtna-, solaarõli jt.).

Nafta- ja kivisöesaadused tekitavad 1) dermatiiti, 2) fotodermatiiti, 3) follikuliiti, 4) toksilist melanodermatiiti, 5) hüperkeratoosi ja 6) kasvajalisi muutusi.

Bensiin võib põhjustada ägedat dermatiiti (kui näiteks töötaja rõivad on avarii tagajärjel bensiiniga läbi imunud ja ärritavad nahka pikema aja vältel).

Fotodermatiit võib tekkida isikutel, kes töötamisel puutuvad kokku asfaldi, pigi jt. ainetega. Fotodermatiit tekib organismi fotosensibiliseerumise tagajärjel. Kivisöe- ja naftasaadused sisaldavad fotodünaamilisi aineid (antratseni, akridiini jt.), mis põhjustavad kõrgeenenud tundlikkust päikese suhtes. Pärast lühiaegset töötamist fotodünaamiliste ainetega võib tekkida katmata kehaosadel päikese toimel äge dermatiit.

Eesti põlevkivikaevandustes on täheldatud karjääris töötavatel lõhkajail näonaha ärritust päikeselise ilma puhul. Lõhkajad kasutasid asfalteeritud süütenööri, mille koostisesse kuuluval pigil on fotosensibiliseeriv toime.

Toksiline melanodermatiit tekib sagedamini töötamisel naftasaadustega. Haiguse kulus eraldatakse 3 staadiumi: 1) erüteem, 2) pigmentatsioon, 3) poikilodermia (esineb kohati laatonud pigmentatsioon, pseudoatroofia, ketendus, te-leangiaktaasid ja hüperkeratoos). Haiged kaebavad peavalu,

nõrkuse ja kõhnumise üle.

Kivisöe- ja naftasaadused võivad põhjustada kasvaja- ja nende eelseisundeid (hüperkeratoosi, papilloome, nahavähki). Veel tekitavad nahakasvaja- ja põlevkivi termilise töötlemise saadused.

Eksperimentaalsed tööd loomadega näitasid, et põlevkivisaadustel on ka kantserogeenne toime. Kuna aga tööttingimused on head, siis senini töölistel siiski nahavähki ei ole leitud.

D e r m a t o k o n i o o s i d .

Dermatokonioosi võivad põhjustada tsemendi-, talgi-, mineraalvati-, klaaskiu-, kivisöe-, metalli- ja mineraalväetise tolmu ning teised tolmu- ja niiskuses osakesed. Tolmuosakesed traumatiseerivad nahka ja ummistavad rasu- ning higinäärmete avausi, peale selle avaldavad nad ka keemilist toimet. Lööbe elementidena esinevad punased täpid, follikulaarsed sõlmekesed, villikesed, kriimustused ja verised koorikud. Võivad tekkida ka pindmised haavandid. Lööbega kaasneb enamasti intensiivne sügelemine.

F ü ü s i k a l i s t e s t t e g u r i t e s t p õ h j u s t a t u d k u t s e - n a h a - h a i g u s e d .

Neid nahahaigusi esineb tunduvalt harvem võrreldes keemilistest ainetest põhjustatud nahahaigustega.

Nahka võivad kahjustada mehaanilised tegurid (pikaajaline surve või rõhumine), vibratsioon. Võib tekkida dermatiit, hüperkeratoos. Termilised tegurid (madal või kõrge temperatuur) võivad põhjustada 1) külmumist, 2) põletust. Kiirgusenergia (päike, radioaktiivsed ained, röntgenkiired) võivad tekitada 1) päikesedermatiiti, 2) kiirituskah-

justusi (äge dermatiit, krooniline dermatiit, haavand ja nahavähk).

I n f e k t s i o o s s e d j a p a r a -
s i t a a r s e d k u t s e - n a h a -
h a i g u s e d .

Batsillaarsetest nahahaigustest on olulisemad erüsipeloid (erythema serpens), siberi katk (anthrax), nahatuberkuloos, nõletõbi (malleus).

Erüsipeloidi võivad haigestuda töölised, kes töötlevad haigete loomade või lindude toorest liha, konte, nahku ja kalu. Haigus lokaliseerub peamiselt sõrmedel. Pärast inkubatsiooniperioodi tekib mikroobi sissetungimise kohale (millega on tavaliselt naha pisivigastus) sinakas-punane infiltmaat.

Siberi katku võivad nakatuda töölised, kes tegelevad haigete loomadega või töötlevad haigete loomade nahka või villa.

Nahatuberkuloosi haigestuvad töölised, kes puutuvad kokku tuberkuloositekitajatest infitseeritud materjalidega (rõga, haige looma nahk, liha jt.).

Nõletõppe võivad nakatuda isikud, kes puutuvad kokku haigete hobustega. Nahal ja limaskestadel esinevad spetsiifilised sõlmekesed ja pustulid. Võivad tekkida haavandid.

Viirusinfektsioonidest on tähtsamad lüpsjate sõlmekesed (paravaktsiin), suu- ja sõratõbi.

Isikutel, kes puutuvad kokku haigete sarvloomadega (lüpsjad, zootehnikud), võib paravaktsiini viirus põhjustada lüpsjate sõlmekesti (lehmardugeid). Haigust iseloomustavad üksikud sõlmekesed sõrmedel, randme piirkonnas või käsivartel. Võivad tekkida ka mädavillid.

Parasitaarhaigustel ei ole meie tingimustes olulist tähtsust, ehkki mitmesugused parasiidid (puugid, parmud,

täid) võivad põhjustada kutse-nahakahjustusi (näiteks puugidermatiit metsatöölistel).

Mükooside hulka kuuluvad kandidoos, trihhofüütia, kiirikseentõbi (aktinomükoos).

Marmelaadi, keediste, puuvilja- ning juurviljakonservide valmistajatel ja teistel töölistel, kes puutuvad kokku puu- ja aedviljadega, võib tekkida pärmseentetaolistest seentest tingitud nahahaigus - kandidoos (sõrmede vahel tekkivad erosioonid, haigus võib haarata ka küüsi).

Trihhofüütiasse haigestuvad haigete loomadega kokku puutujad, meditsiinipersonal, juuksurid jne.

D i a g n o s t i k a .

Kutse-nahahaiguste diagnoosimisel tuleb erilist tähelepanu pöörata tööanamesile (elukutse, töötingimused ning tööprotsess).

Vajalik on selgitada nahahaiguse teket ja kulgu (milliste momentidega seob haige ise nahahaiguse teket, millisele kehaosale tekkis esmaselt nahalõve ja kas nahahaigus paraneb töölt eemal olles). Kutseetioloogiaga nahahaigus tekib esmaselt eririietusest vabadele kehaosadele (kätele, näole, kaelale), paraneb töölt eemaloleku ajal (puhkus) ja halveneb uuesti tööle asumisel. Nahahaiguse kadumine või paranemine ilma töö katkestamiseta (juhul kui töötingimused ei muutu), viitab haiguse mitteprofessionaalsele etioloogiale. Haiguse ägenemine ja retsidiivid pärast töö katkestamist viitavad samuti haiguse mitteprofessionaalsele etioloogiale. Haiguse etioloogia selgitamiseks tuleb mõnikord haiget jälgida pikema aja vältel. Anamneesi võtmisel tuleb samuti selgitada, kas ei langenud haiguse algus kokku tööprotsessi muutumisega ja kas esineb sellist nahahaigust ka teistel samal tööalal töötajail. Tingimata tuleb küsida, kas haige on enne antud ettevõttesse tööle asumist põdenud kroonilisi nahahaigusi.

Haige läbivaatamisel tuleb pöörata tähelepanu haigusprotsessi lokalisatsioonile ja lööbe iseloomule. Naha kahjustuse lokalisatsioon eririietusest vabadel kehaosadel, mis on rohkem allutatud kutsetegurite mõjule, annab alust oletada, et haigus on tingitud tööst. Haige läbivaatamisel tuleb pöörata tähelepanu ka sellele, kas ei esine muid kutsehaigusele viitavaid sümptome teistes elundites ja elundsüsteemides (näiteks arseeniühendid võivad põhjustada ka närvisüsteemi ja parenhümatoomsete elundite kahjustusi).

Kui töötajal esineb kontakt organismi sensibiliseerivate ainetega, tuleb organismi ülitundlikkuse väljaselgitamiseks kasutada epikutaanseid teste. Teste tehakse tilga-, lapi- või kompressmeetodil.

Nahatesti teostamisel tilgameetodil asetatakse kõhuhale üks tilk oletatavat allergeeni, märgistatakse ringiga ja lastakse kuivada. Tugevatoimelise või nahka ärritava aine puhul kasutatakse lahjendusi viinapiiritusega. Testi tulemust hinnatakse 24 ja 48 tunni pärast, sest mõnikord võib esineda hilinenud reaktsioon. Nahatesti tulemus loetakse positiivseks, kui tilga asetuskohale tekib punetus, sõlmeke või ilmuvad villikesed.

Nahatesti läbiviimisel lapi- või kompressmeetodil asetatakse õlavarre või käsivarre painutusküljele neljakordselt kokkupandud marlitükike, mis on immutatud oletatava allergeeni lahusega. Marlitükike kinnitatakse kleepplaastriga ja seotakse sidemega. Kompressmeetodi puhul asetatakse marlitükikesele kompresspaber või vahariie ja kinnitatakse kleepplaastri ribadega. Testi tulemuse hindamine toimub analoogiliselt tilgaprooviga. Nahatestideks kasutatavate lahuste kontsentratsioonid on toodud ajakirjas "Nõukogude Eesti Tervishoid", 1965, nr. 4, lk. 313.

Nahatest on abimeetodiks kutse-nahahaiguste diagnoosimisel. Tuleb silmas pidades, et nahatesti positiivne tulemus ainult kinnitab haiguse professionaalset etioloogiat, negatiivne aga ei eita seda.

Põhiline probleem kutse-nahahaiguste vältimise seisukohalt on vähendada miinimumini organismi kontakt nahka kahjustavate teguritega. Selle saavutamiseks kasutatakse: 1) tehnoloogilisi, 2) sanitaar-tehnilisi, 3) sanitaar-hügieenilisi ja 4) individuaalseid abinõusid.

Otsustav osa on tehnoloogilistel abinõudel (tööprotsesside maksimaalne hermetiseerimine, mehhaniseerimine ja automatiseerimine, toksiliste keemiliste ainete asendamine kahjutute või vähem toksilistega, keemiliste ärritavate või sensibiliseerivate ainete kontsentratsioonide vähendamine, vananenud aparaatuuri asendamine kaasaegsega jne.).

Sanitaar-tehnilistest abinõudest on olulisemad üld- ja kohalik ventilatsioon, nõuetele vastavad duši- ja pesemisruumid, individuaalsed kapid riiete ja eririietuse hoidmiseks jm.

Tähtsad on ka sanitaar-hügieenilised abinõud. Nende hulka kuuluvad tööstusruumide hoolikas koristamine, mis peab toimuma kogu vahetuse vältel, tööliste varustamine eririietusega, eririietuse regulaarne pesemine (2-3 korda kuus) jt.

Mõningatel juhtudel on olulised individuaalsed abinõud:

1. Klambriid või näpitsad (esemete väljatõstmiseks galvaanilistest vannidest).
2. Eririietus (kitlid, põlled, käisekaitsed, kindad ja gaasimaskid).
3. Pesemis- ja puhastusvahendid. Kahjuliku aine eemaldamiseks nahalt ei jätku mõnikord kuuma vee ja seebiga pesemisest, vaid nahk on vaja eelnevalt ette valmistada. Näiteks kui käed määrduvad tõrva või vaikudega, tuleb neid enne pesemist puhastada mingi taimeõliga (rapsiõliga). Töötamisel kroonühenditega soovitatakse pärast töö lõpetamist pesta käsi 5%-lise naatriumvesiniksulfiti

- lahusega või piiritusega. Kui nahk on määrduhud poliituuriga, on hea käsi pesta umbes 5%-lise soodalahusega.
4. Kaitsesalvid ja -pastad. Kaitsesalvid jagunevad oma füüsikalise-keemiliste omaduste poolest hüdrofoobseteks. Esimesse rühma kuuluvad salvid segunevad kergesti veega ja lahustuvad selles. Nahale hõõrutuna moodustavad nad kaitsekihi, mida orgaanilised ained ei läbi ("bioloogilised kindad"; pasta HIOT-6). Teise rühma kuuluvad vees mittelahustuvad hüdrofoobsed ained. Neid kasutatakse naha kaitsmiseks mitmesuguste vesilahuste eest (silikoonsalv, pasta IER-2). Kaitsesalvide retseptid leiab "Nõukogude Eesti Tervishoiust" 1962, nr. 2, lk. 67-68.
 5. Füüsiline treenimine ja karastamine.
 6. Toit. Toit peab olema küllaldane ja täisväärtuslik, sisaldama rohkesti vitamiine (eriti C ja B₁). Tuleb arvestada keemiliste ainete iseloomu ja tervistkahjustavat toimet. Et sool soodustab veepeetust organismis ja pidurdab sealt kahjulike ainete eemaldamist, tuleb soola kasutamist piirata, eriti enne tööd ja lõunavaheajal.
 7. Profülaktiline ravi. Oluliseks abinõuks organismi reaktiivsuse mõjutamiseks töötamisel sensibiliseerivate ainetega on histaglobiin (preparaat koosneb histamiinist ja gammaglobuliinist). Meie uurimised näitasid, et histaglobiini saanud töölised haigestusid tunduvalt harvem kutse-nahahaigustesse.

Kutse-nahahaiguste vältimiseks on väga tähtis ka tööleasujate arstlik läbivaatus. Vajalik on silmas pidada, et nahakahjustused tekivad eriti kergesti neil töötajail, kes on põdenud või põevad kroonilisi nahahaigusi. Seetõttu ei tohi isikuid, kes on varem põdenud kroonilisi nahahaigusi (ekseem, psoriaas jt.), lasta tööle, kus neil tuleb pidevalt kokku puutuda naha ärritavate ainetega. Mineraalõlidega ei tohi töötada isikuid, kes põevad vulgaarset aknet või seborröad.

Organismi mittespetsiifilise ülitundlikkuse väljaselgitamiseks on vajalik tööleasujale teha nahatestid. Eelkõige on soovitatav teha nahatestid keemiliste ainetega (sensibilisaatoritega), millega tööline tulevikus töö kokku puutub. Organismi mittespetsiifilise ülitundlikkuse väljaselgitamiseks võib kasutada ka nahatesti 1%-lise ja 5%-lise dinitrokloorbensooli lahusega (lahustatud atsetoonis). Positiivne reaktsioon 1%-lisele dinitrokloorbensooli lahusele viitab organismi kõrgenenud tundlikkusele ja selliseid isikuid ei tohi lubada töötada nahka ärritavate ainetega. Töödele, kus on pidev kokkupuutumine keemiliste ainetega, on soovitatav võtta töölisi, kellel nahatest 5%-lise dinitrokloorbensooliga on negatiivne. Harkovi, Luganski ja teistes keemiakombinaatides on juba mitme aasta vältel kasutatud tööliste valikul mittespetsiifilist nahatesti dinitrokloorbensooliga, mille tulemusena allergiliste nahahaiguste esinemine mainitud ettevõtetes tunduvalt langes.

Kutse-nahahaiguste profülaktikas on tähtis ka nende õige arvestus ja iga kutse-dermatoosiga töötaja töötinngimuste täpne uurimine, et selgitada haiguse põhjus ja see likvideerida. Selleks tuleb iga kutse-nahahaiguse juht registreerida sanitaar-epidemioloogilises jaamas (vastavalt rajoonile).

Ravi ja haigete töökorraldus.

Kutse-nahahaiguste ravitulemused on seda paremad, mida varem alustatakse ravi. Nahahaiguste varajases staadiumis avastamiseks tuleb korraldada tööliste perioodilisi arstlikke läbivaatusi ja kõigi olemasolevate vahenditega tõsta tööliste teadlikkust, et nad ise juba esimeste nahahaiguste sümptomide ilmnemisel pöörduksid arsti poole.

Kutse-nahahaiguste ravi toimub samade printsiipide alusel kui vastavad mittekutsealased nahahaigused. Siinkohal

käsitleksime mõningaid erinevusi ja tuletaksime meelde üldisi põhimõtteid.

Hapete sattumisel nahale on vaja kahjustatud piirkond kohe üle vala 2%-lise soodalahusega, aluste puhul 1-2%-lise äädik- või boorhappelahusega. Nende puudumisel võib nahka loputada rohke veega, mis samuti väldib nahakahjustust.

Kroomihaavandite ravimisel kasutatakse paikselt küllastatud naatriumtiosulfaadi ($\text{Na}_2\text{S}_2\text{O}_3$) lahust, mis 6-valentse kroomi muudab 3-valentseks neutraalseks ühendiks.

Väikeste nahakahjustuste korral pintseldatakse kahjustatud piirkonda 1%-lise briljantrohelise piirituslahusega.

Ägeda dermatiidi ja ekseemi puhul rakendatakse 2%-lise resortsiini- või boorhappemähiseid, loksutusmikstuuri.

Lubjadermatiidi puhul ei soovitata rakendada vesimähiseid, sest vesi soodustab lubja toimet nahasse. Tuleb kasutada õlisid. Seevastu dikloorbensooli-dermatiiti ravitakse vesimähiste ja loksutusinktuuriga, mitte õlidega. Mõningatel juhtudel kasutatakse lokaalselt predisoloonsalvi.

Allergiliste kutse-nahahaiguste ravis on perspektiivne spetsiifiline desensibiliseeriv ravi, s.o. üliväikeste allergeeniannuste viimine organismi selle ülitundlikkuse vähendamiseks. Kuid praeguseini ei ole lahendust lõplikult veel leitud ja seda ravimeetodit laialdaselt ei rakendata.

Peamiselt kasutatakse mittespetsiifilist desensibiliseerivat ravi. Tõhusaid tulemusi saime histaglobiiniga (gammaglobuliini 6,0; histamiini 0,001%-list lahust 1,0 ja steriilset füsioloogilist lahust 93,0). Ravimit süstitakse 2 ml naha alla 4-6-päevaste vaheajadega, kokku 4-5 korda.

Erüsipeloidi ravitakse peamiselt sulfoonamiidpreparaatide ja kvartserüteemi abil. Lüpsjate sõlmekesed ei vaja enamasti erilist ravi. Sekundaarse infektsiooni vältimiseks asetatakse nahale side 0,1%-lise rivanooliga.

Seenhaiguste puhul rakendatakse seeni hävitavaid vahendeid (griseofulviini, nüstatiiini ja lokaalselt 2-5%-list jooditinktuuri).

Kõige olulisem on kutse-nahahaiguste ravimisel õige töökorraldus.

Kutse-dermatoosidega (äge dermatiit või kroonilise dermatoosi ägenemine) haiged, kes vajavad ambulatoorset või statsionaarset ravi, vabastatakse tööst töövõimetuslehega.

Pärast tervenemist jäetakse endisele tööle need töölised, kellel nahahaigus oli tingitud ohutustehnika reeglite rikkumisest ja kellel nahatestide tulemused olid negatiivsed; samuti töölised, kes põdesid mõningaid professionaal-seid infektsioosseid dermatoose (antraks, paravaktsiin).

Sellistel juhtudel, kui tööline haigestumisel töötas antud erialal vaid lühikest aega, kutse-dermatooos esines esmakordselt ja nahatestide tulemused olid negatiivsed või oli tegemist professionaalse infektsioosse dermatoosiga (kandidoos) või professionaalsete küüntekahjustustega, tuleb tööline pärast ravi lõppu ajutiselt (2 kuuks) üle viia teisele tööle, kus puudub kontakt nahka ärritavate ainetega.

Retsidiveeruvate kutse-dermatooside esinemisel, samuti juhtudel, kus nahatestide tulemused olid positiivsed, on vaja selline tööline üle viia teisele tööle (ilma tähtajata), sest organismi kõrgeenenud tundlikkus võib püsida kaua.

Mõningatel juhtudel (näiteks kiirituskahjustused, toksiline melanoderma jt.) tuleb kvalifikatsiooni kaotamise ja töötasu alanemise korral suunata tööline ATEK-isse invaliidsuse III või II grupi taotlemiseks kutsehaiguse tõttu.

VIII P R A K T I K U M .

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

E k s e e m (Eczema).

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

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

Eksogeensed allergeenid:

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

Endogeensed allergeenid:

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

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

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

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

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

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

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

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

Kliiniliselt eristatakse akuutset ja kroonilist ekseemi.

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

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

Objektiivselt 1) lööves esinev polümorfism, 2) haigus-

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

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb ekseemi eristada:

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

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

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

Rp.

Sol. acidi borici 2% 200,0
DS. Väline

Rp.

Acidi borici 1,0
Zinci oxydati
Talci āā 25,0
Glycerini
Aq. calcis āā 25,0
MDS. Väline

Rp.

Naphthalani 3,0

Pastae zinci ad 30,0

M.f. Pastae DS. Väline

Rp.

ASD- fr.3 3,0

Pastae zinci ad 30,0

M.f. Pastae DS. Väline

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

IX P R A K T I K U M .

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

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

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

Sagedamini esinevateks viiruselisteks dermatoosideks on:

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

Aftid (Aphtae).

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

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

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

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

Üldraviks kasutatakse rivanooli, urotropiini jt. viirusevastaseid vahendeid.

Nakkuslik mollusk (*Molluscum contagiosum*).

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

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

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

Tüükad (*Verrucae*).

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

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

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

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

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

Rp.

Acidi salicylici 1,0

Acidi acetici glacialis 9,0

MDS. Väline, haiguskoldele asetamiseks.

Rp.

Podophyllini 1,0

Spiritus vini

Aetheris sulfurici aa 5,0

MDS. Väline

Lihtne ohatis (Herpes simplex).

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

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

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

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

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

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb ohatist eristada im-

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

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

Vöötohatis (Herpes zoster).

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

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

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

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

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

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb vöötohatist eristada: 1) tuulerõugetest, 2) lihtsast ohatisest ja 3) impetiigost.

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

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

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

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

Villtõbi (Pemphigus).

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

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

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

Pemphigus vulgaris.

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

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

Haigus on kroonilise kuluga ning võib pahaloomulise pem-

figuse puhul 1-2 aastase kestuse järel lõppeda letaalselt.

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

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

Pemphigus foliaceus.

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

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

Pemphigus vegetans.

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

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

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

Dermatitis herpetiformis Dühring.

Herpetiformne dermatiit on polümorfse lööbega iseloomustuv villiline krooniline dermatoos.

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

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

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

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

vest ning 6) Herpes gestationis'est.

Ravi. Ravimiseks kasutatakse kortikosteroide, häid tule-
musi saadakse ka DDS ja sulfonamiidpreparaatidega. Paikne ra-
vimine toimub vastavalt haiguse tunnustele.

Dermatitis herpetiformis on võrreldes pemfigusega tundu-
valt parema prognoosiga haigus.

X P R A K T I K U M .

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

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

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

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

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

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

Subjektiivselt võib esineda naha sügelemine.

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

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

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

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb psoriaasist eristada

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

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

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

XI P R A K T I K U M .

Selle praktikumi käigus tutvuvad üliõpilased nahakasvaja-
jate kliiniku, diagnoosi ja ravi küsimustega.

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

Sünnimärgid.

Eristatakse järgmisi sünnimärke:

Pigmentsünnimärgid - Naevi pigmentosi.

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

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

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

Veresoonkoetüüpi sünnimärgid - Naevi vasculosi.

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

Neurofibromatoos - Neurofibromatosis cutis.

Kliiniliselt esinevad sel puhul: 1) mitmesuguses suurus-
ses pigmendilaigud (melanodermia), 2) kasvajalised moodusti-

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

Peale niisuguste nahanähtude võivad haigel esineda psüühilised häired.

Healoomulised nahakasvajad.

Healoomulisteks nimetatakse niisuguseid nahakasvajaid, milles puuduvad malignisatsioonile iseloomulikud tunnused.

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

2) Hydradenomata - need on higinäärmekoe-tüüpi healoomulised kasvajad.

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

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

Pahaloomulised nahakasvajad.

Pahaloomulistest esinevad sagedamini epiteliaalse koe tüüpi nahakasvajad.

Nahavähk.

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

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

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

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

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

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

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

Professionaalsed ja olustikulised haigused, mis võivad viia vähi tekkimiseni.

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

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

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

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

Epithelioma spinocellulare.

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

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

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

Epithelioma basocellulare.

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

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

Vähikolle algab sõlmekese tekkimisega, mis on kaetud koorikuga. Kooriku eemaldamisel tuleb nähtavale kergesti vetruv erosioon. Haiguse kestmisel tekib haiguskolde servadele uusi, tiheda konsistentsiga, pärlmutriläikelisi sõlmekesi.

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

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

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

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

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

SISUKORD.

I	PRAKTIKUM	4
	Patoloogilised protsessid nahas	4
	Nahalööbed	6
	Haige uurimise skeem	9
II	PRAKTIKUM	11
	Nahamädanikud	11
III	PRAKTIKUM	19
	Nahaseenhaigused	19
IV	PRAKTIKUM	37
	Nahatuberkuloos	37
V	PRAKTIKUM	46
	Lepra	46
VI	PRAKTIKUM	57
	Sügelised	57
VII	PRAKTIKUM	60
	Kutse-nahahaigused	60
VIII	PRAKTIKUM	75
	Ekseem	75
IX	PRAKTIKUM	79
	Viiruselised nahahaigused	79
	Villilised dermatoosid	83
X	PRAKTIKUM	87
	Soomus-sammaspool	87
XI	PRAKTIKUM	90
	Nahakasvajad	90

Вахтер Керман Тимофеевич
ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ ПО КОЖНЫМ БОЛЕЗНЯМ
Издание четвертое, дополненное
На эстонском языке

Тартуский государственный университет
СССР, г.Тарту, ул. Вилкооли, 18

Vastutav toimetaja L. Nurmand
Korrektor M. Raissa

TRÜ rotaprint 1968. Paljudamisesele antud 20. II 1968.
Trükipoognaid 6. Pingtrükipoognaid 5,88. Arvestus-
poognaid 5,4. Trüklarv 800. Faber 30 x 42. 1/4.
MB 09492. Tell. nr. 715.

Hind 20 kop.

Hind 20 kop.

A

29671

4413045
'''

TÜ RAAMATUKOGU



1 0300 00441304 5