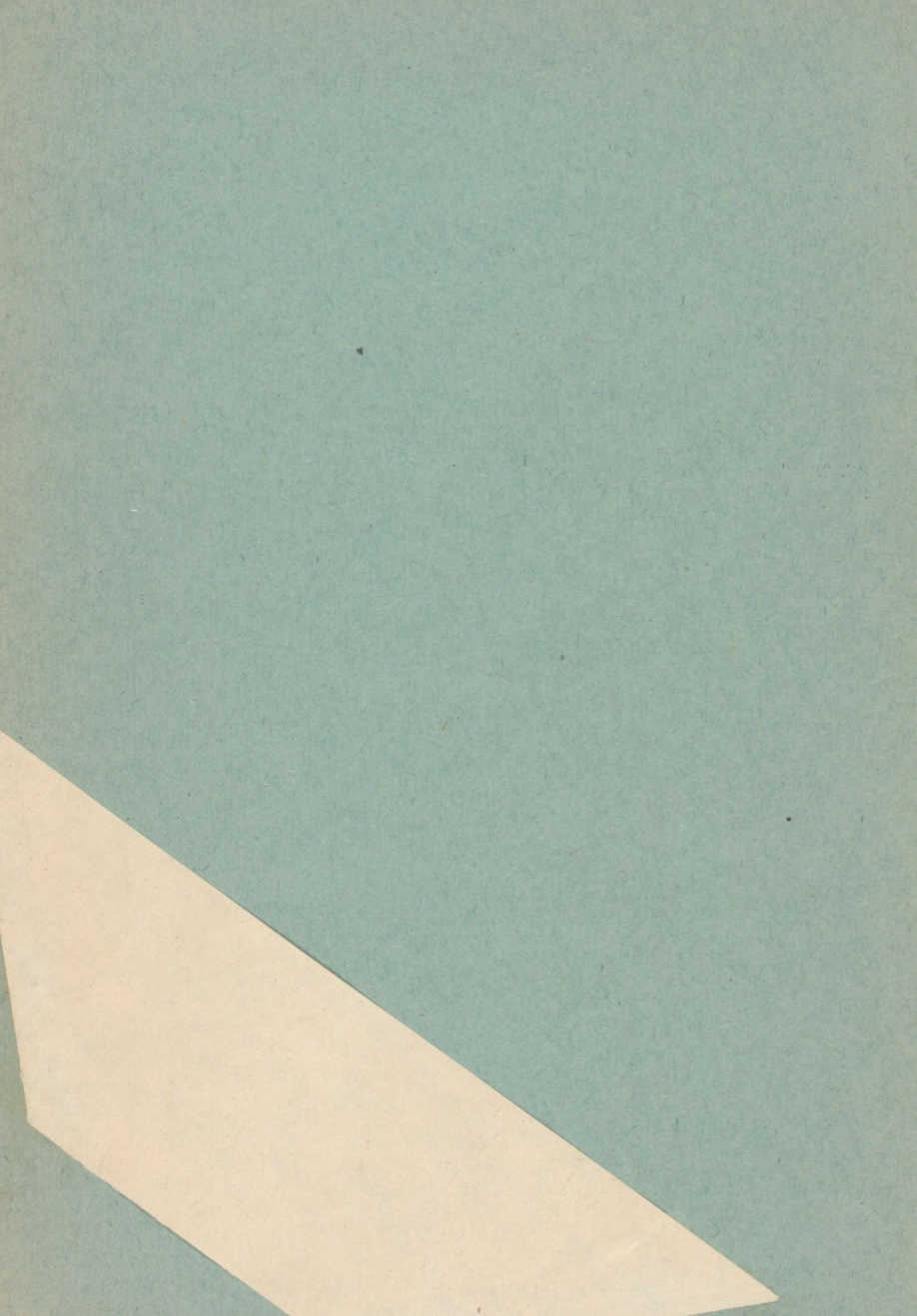


TARTU RIIKLIK ÜLIKOOI

H. VAHTER

**NAHAHAIGUSTE
PRAKTIKUM**

TARTU 1962



A-24448 195. 616. 5/6

TARTU RIIKLIK ÜLIKOOL
NAKKUSHAIGUSTE JA DERMATOLOOGIA KATEEDER

H. VAHTER

NAHAHAIGUSTE PRAKTIKUM

TEINE TRÜKK

TARTU 1962

Тартуский государственный университет
ЭССР, г. Тарту, ул. Ülikooli, 18
Х. Вахтер

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ ПО КОЖНЫМ
БОЛЕЗНЯМ

Второе издание
На эстонском языке



TARTU ÜLIKOOLI
RAAMATUKOGU

Vastutav toimetaja L. Nurmand
Korrektor E. Võhandu

=====

TRÜ rotaprint 1962. Trükipoognaid 5,6.
Tir. 500 eks. MB 02923. Tell. nr. 676.

Hind 17 kop.

Käesolev praktikumijuhend on ette nähtud õppevahendina Arstiteaduskonna raviosakonna üliõpilastele. Juhendi avaldamise vajadus oli tingitud sellest, et üliõpilaste kasutada ei ole eestikeelset õppevahendit naha- ja suguhaiguste praktikumiks ettevalmistamisel. 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, nahalöövete 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 kärbusest abstsessi tekkimises.

7. Krooniline põletik pärisnahas.

Sel puhul on esikohal kapillaaride endoteeli proliferatsioon ning infiltraadi tekkimine peamiselt lümfotsüütidest ning plasmarakkudest. Eristatakse kahe sugust 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 kaheksuguseid nahalööbeid: 1) esmased ehk primaarsed nahalööbed ja 2) teisesed ehk sekundaarsed nahalööbed.

Esmased nahalööbed.

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

1. Laik (macula).

Laiguks nimetatakse värvi muutnud kohta nahal. Laigule on iseloomulik see, et värvi muutus jääb 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 kasvajatist vohangut nahas.

5. Villike (vesicula).

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

6. Mädavill (pustula).

Mädavilliks nimetatakse epidermaalselt põiekest, mis on täidetud mädaga. Kui mädavill on seotud marrasnahaga, siis nimetatakse seda impetiigoks (impetigo). Kui mädavill on ühenduses karvanääpsuga, siis nimetatakse seda follikuliidiks (folliculitis). Kui mädavill on ühenduses rasunäärmelega, 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 nahalööbeelement.

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 elastase kaotanud nahal, kui see on disponeeritud venitusteks. Nii esinevad ragaadid sageli kätel, jälgadel, eriti nende painutus- ja sirutuspinnaal.

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 terve 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. Naishaigeil 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 jalataldadega.

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.

C. Sega-infektsioonist põhjustatud nahamädanikud.

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

A. Streptogeensed püodermiidid.

1. Impetigo streptogenes.

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

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

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

Streptogeense püodermiidi puhul eristatakse järgmisi erivorme:

1) impetigo fissurica;

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

2) panaritium superficiale;

Haiguskolded lokaliseeruvad sõrmedele, eriti küünevalli ümbruskonda.

3) impetigo bullosa;

Haigust iseloomustab nahale villilise lõõve tekkimine.

4) pemphigus neonatorum epidemicus;

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

5) impetigo papulata syphiloides.

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

2. Ecthyma.

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

Furunkuliks 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 fluktueerub) 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 paisetõveks. Paisetõbi ehk furunkuloos esineb harilikult sekundaarse haigusena. Nii kaasub paisetõbi sageli suhkruhaigusega või niisuguste nahahaigustega nagu sügelised, ekseem jt. Eristatakse kaheksa tüüpi paisetõbe: üldine ja kohalik. Esimesel juhul võib paiseid leida üle kogu keha, teisel juhul on paised lokaliseerunud teatud kindlale alale. Kui paised esinevad üksteisele lähedastikku, 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 paisest erinevad haiguskolde selle poolest, et nad ei perforeru nii kergesti nahapinnale.

C. Segastreptostafülogeensed püodermiidid.

1. Impetigo streptostaphylogenes.
2. Ulatuslik strepto-staphyloodermia.
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 novokainis.

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

b. Mittespetsiifiline immuunoteraapia.

Mittespetsiifilistest 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 trüpflavini vesilahusega.

Rp.

Solutionis tryptoflavini 1% 100,0

DS. Väline.

Follikuliidi ravimiseks kasutatakse 1%-list süntomüt-siinemuulsi.

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

tus, hea ventilatsioon, ruumide regulaarne koristamine;

- 3) väikeste nahavigastuste viivitamatu korrastamine;

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

Diagnos: diagnoosimisel lähtutakse iseloomulikest kettudega kaetud laikust, laikude lokalisatsioonist, haiguse kroonilisest kulust ja subjektiivsete vaevuste puudumisest.

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

Diferentsiaaldiagnoos: diferentsiaaldiagnostiliselt tu-leb 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 laiku-de tekkimisega nahavoltide, eriti kaenlaaukude, rindade alus-te või ingvinaalpiirkonda. Niisugused laigud on harilikult kaetud peenehelbeliste kettudega. Laikude laatumisest teki- vad nimetatud piirkondadesse ulatuslikud pruunikat värvust alad, mis ümbruses olevast nahast on järsku piirdunud.

Diagnoos: diagnoosimisel lähtutakse haiguskollete loka-lisatsioonist ja põletikunähtude puudumisest. Põletikuga komp-litseerunud juhtudel on diagnoosimine võimalik bakterioskoo-pilise ja bakterioloogilise uuringu abil.

Diferentsiaaldiagnoos: diferentsiaaldiagnostiliselt tu-leb erütrasmast eristada epidermofüütiaat 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, pintsel-damist 2%-lise joodi või haiguskollete sissemäärimist 5-10%-lise väävlisalviga.

Profülaktikaks on soovitatav naha puhtuse eest hoolitsemi-ne. Isikud aga, kes on põdenud keratomükoose, peavad perioo-

diliselts nahka puhastama 1%-lise salitsüülpriiritusega.

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) jalapõidade epidermofüütia, 2) kubeme epidermofüütia.

Jalapõidade 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 skvamooosne haigusvorm. Düshidrootilise haigusvormi puhul tekivad jalataldadele kollaka värvusega läbipaistvad vesivillikesed, mis ei lõhke, vaid kuivavad, kattudes selle tagajärjel kettudega. Juhul, kui villikesed lõhkevad, jätavad nad järele leemendavaid erosioone, millesse võivad kergesti sattuda mädatekitajad mikroobid. Selle tagajärjel tüsistub epidermofüütia sageli nahamädanikuga - villikeste asemel tulevad nüüd nähtavale punase äärisega ümbritsetud mädavillid, erosioonid ja koorikud. Mõnikord tekib isegi turse ja käimist takistav terav valulikkus. Epidermofüütioni 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 kubemevoltide 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, haiguskohal ei ole nii järsult piirdunud ning esineb lõõvete sümmeetriline paigutus, eriti ekseemi puhul.

Ravi: epidermofüütia üldiseks ravimiseks kasutatakse 10%-list kaltsiumkloriidilahust, 10%-list naatriumbromiidi- ja 0,25%-list novokainilahust veeni või B₁-vitamiini süstimisi musklisse. Paikseks raviks kasutatakse kaaliumhüperman-ganaadi vanne või rahustavaid mähiseid 1%-lise resortsiini-, 0,25%-lise põrgukivi-, või rivanolilahusega kontsentratsiooniga 1:1000. Ägedate haigusnähtude möödumisel minnakse üle 10%-lise naftalaanpasta, 10%-lise ASD-tsinkpasta või 2-5%-liste väävlivõi 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 ööseks 40%-lise formaliiniga niisutatud vatti. Haige pesu, sukad ja sokid tuleb aga enne pesemist keeta leeliselega. Väga tähtis on ka korrapärane jalgade pesemine, haudumiste ja hõõrdumiste vältimine, nende esinemisel aga õige ravi teostamine. Ühiskondliku profülaktika abinõudest on tähtis eeskujuliku puhtuse säilitamine saunades, dušširuumides ja basseinides ning neis 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 reflektoorse (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 isikul, 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%-lisi aniilinvärvide (briljantrohelise, metüülvioleti jt.) vesilahuseid.

Trihhomükoosid.

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

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

Trihhofüütia (trichophytia).

Trihhofüütiaid 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 haiguskolde-d 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-tekitaajat 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 trihhofüütia peana-hal väikeste ümmarguste roosakaspunaste laikude tekkimine. Haiguskolde-d 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 haiguskoljed, 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, krobaliseks 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 lapseeas 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 kõrvalekaldu-
misi närvisüsteemi talitluses, või häireid siseseretsioonis
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
laigakesi. Mõnikord kulgeb täiskasvanute krooniline trihho-
füütia juustega kaetud peanahal difuusse ketendamisenä, mis
väga meenutab kõõma; erineb kõõmatõvest äga 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 trihhofüütiaid eristada 1) mikroobsest ekseemist, 2) epidermofüütiaist, 3) erisipeloidist ja 4) roosast ketendusest.

Sügavat trihhofüütiaid aga sagedamini 1) follikuliidist ja 2) teistest mädapöletikulistest protsessidest.

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

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

Mikrospooria (microsporia).

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

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

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

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

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

Lubiraig (favus).

Lubiraia tekitajaks on nahaseen achorion Schönleini.

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

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

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

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

Trihhomükooside ravimine.

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

Laialdasemalt kasutatakse epilatsiooniks röntgenikiiriristust. 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 määrida pead ravivahenditega, sest need võivad nahka ärritada.

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

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

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

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

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

Häid tagajärgi annab A.M. Arijevitši poolt esildatud nn. koorimismeetod. Selle meetodi rakendamisel määratakse pead 2-3 päeva pärast juuste väljalangemist salviga, mis koosneb 12,0 g-st salitsüülhappest, 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 epilatsioonipintsetiga. Järgneva kümne päeva jooksul pestakse pead iga päev nuustiku või harja abil sooja vee ja seebiga; siis pannakse pähe veel kord sama salvi, mille järel 2-3 nädala jooksul jälle iga päev pead pestakse. Kui ka pärast teist/koorimist on pähe jäänud murdunud juuste tüükaid ja musti punkte, siis tehakse veel kolmas koorimine. Lubiraia, täiskasvanute kroonilise trihhofüütia, roostekarva mikrospoorumist põhjustatud mikrospooria ja paljukoldelise pindmise trihhofüütia puhul on soovitatav teha kolm koorimist; koorimiste vaheaegadel hõõrutakse igaks ööks pähe Wilkinsoni salvi ja hommikul pärast pesemist määratakse pead 2-5%-lise jooditinktuuriga.

Energiline ravi pärast röntgeniepilatsiooni põhjustab vahel juustega kaetud peanaha ärritust ja nahapõletikku: punetust, turset, määrgumist, sügelemist, kipitust ja valu. Niisugusel korral katkestatakse antiparasitaarne ravi kuni ägedate põletikunähtude kadumiseni ja määratakse mähised rivanooliga, pliiveega 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 haigell, 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	Plaastrite 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

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

Epiliin avaldab epileerivat toimet mitte ainult plaastriga mõjustatud piirkonnas, vaid ka väljaspool, s.o. kogu juustega kaetud peanaha ulatuses. Üksikutel juhtudel täheldatakse epiliiniga mõjustamise piirkondades follikulaarset tüüpilist ärritusnähte ja üksikjuhtudel peavalusid. Niisugusel korral tuleb ravimine epiliiniga ajutiselt katkestada. Peale juuste täielikku eemaldamist teostatakse juustega kaetud peanaha ravimist niisamuti nagu röntgeniepilatsiooniga haigeil. Viimastel aastatel on läinud korda võtta kasutusele uusi preparaate, mis võimaldavad juustega kaetud peanaha trihhomükoside ravimist ilma epilatsiooniga teostamata. Niisuguste preparaatidena leiab kasutamist grisovin, mida tuntakse ka erinevates maades griseofulvini ja fultsiini nime all. Grisovini manustatakse 0,25 g tablettides. Esimesel nädalal 6 tabletti, teisel nädalal 3-4 tabletti 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.

Onühhomükoside (küünte seenhaiguste) ravi põhineb kahjustatud küüneplaatide eemaldamisel ja järgneval antiparasiitsete vahendite kasutamisel küünealumiku raviks. Parim vahend küünte eemaldamiseks on onühholüsiin, mis sisaldab 15% baariumsulfiidi (G.K. Andriasjani järgi). Onühholüsiini pulber segatakse vähese veega pudrutaoliseks ja pannakse paksu kihina (kuni 0,5 cm) kahjustatud küüneplaadile. Iga 2-3 minuti järel niisutatakse pudrutaolist massi 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 skalpelliga ära. Seejärel pannakse küüneplaadile uuesti 30-40 minutiks onühholüsiini; niisugust protseduuri korratakse 2-3 tundi vältel mitu korda, kuni kogu küüneplaat on eemaldatud. Pärast seda asetatakse küünealumikule salvikompress resortsiin-

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

Rp.

Ac. salicylici
Resorcini
Ac. lactici $\bar{a}a$ 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 kahestatud küüneplaat võib eemaldada ka A.N. Araviski meetodi järgi. Selleks pannakse küüneplaadile paksu kihina 50%-list kaaliumjodiidisalvi.

Rp.

Kalii jodati
Lanolini $\bar{a}a$ 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 kaaliumjodiidi-salvi 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 paljudel juhtudel ei ole võimalik piirduda ainult haiguskollete kohaliku, välise raviga, sest kõrvalekaldumised organismi üldseisundis 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 kehtib ka pindmist trihhofüütia ja mikrospooriat põdevate haigete kohta, kellel ilmnevad samasugused nähud.

Eriti tähtis on üldine ravi täiskasvanuil, kes põevad kroonilist trihhofüütia. See haigus on alati seotud närvisüsteemi, siseelundite ja sisenõristusnäärmete talitluse ühete või teiste häiretega. Peale ravi üldtugevdavate vahenditega määratakse neile haigeile vastavate näidustuste puhul endokriinseid preparaate - ovariini, follikulini, sünestrooli naistele, spermiini ja metüültestosterooni meestele. Jäsemete 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 formaliniauru 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 lubiraa 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 väljaheitega). 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 immuunibioloogilisest reaktiivsusest võib välja kujuneda väga mitmesuguseid nahatuberkuloosi kliinilisi vorme.

Sagedamini esinevaks nahatuberkuloosi vormideks on:

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

Lupus vulgaris.

Lupus vulgaris ehk söötraig on kõige sagedamini esinev nahatuberkuloosi vorm. Naha infitseerumine võib siin toimuda hematogeenselt, per continuitatem või eksogeense inokulatsiooni 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 läbimõdduga punakas, mõnikord kergelt punakaspruun sõlmeline moodustis, mis on harilikult kaetud õhukese epidermisega.

Eristatakse väga mitmesuguseid Lupus vulgarise kliinilisi vorme:

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

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

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

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

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

6. Lupus vulgaris disseminatus - 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 haiguskoldees roosi tekkimist, lümfiringe häiretest elefantiasist ja haiguse pikemaajasel kestmisel malignisatsiooni ning nahavähi arenemist.

Diagnoos: *Lupus vulgaris* diagnoosimine algab juba anamneesiga (haiguse krooniline kulg, subjektiivsete vaevuste puudumine). Edasi on haiguse diagnoosimisel tähtis haiguskollete lokaliseerimine ning tüüpilise kõbrukese ehk luupoomi esinemine. Diagnoosi kinnitamiseks kasutatakse lihtsat võtet. Kui esemeklaasiga haiguskoldele vajutada (diaskoopereerimine), siis muutub nahk haiguskolde kohalt kollakaspruuniks (positiivne õunažele 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, tuberkuloossete kollete leidmine kopsus röntgenoloogilisel uurimisel või tuberkuloidse põletiku kindlakstegemine histoloogilise uurimuga. Üldises vere analüüsis leitakse settereaktsiooni kiirenemine, verepildis noori vorme (nihe vasemale) ning rütmilise lümfotsütoosi.

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

Ravi: Lupus vulgarise üldiseks ravimiseks kasutatakse D₂-vitamiini piirituselahust, mida manustatakse suu kaudu. 100-150 000 TÜ 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 ultraviolettkiirritust.

Lupus vulgarise prognoos on lootust 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 valutu 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 lokaliseerimine, 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'ist eristada 1) süfiliitilist gummat, 2) kroonilist haavanduvat püodermiat, 3) paiset, 4) induratiivset erüteemi ja 5) sporotrihhoosi.

Kõige sagedamini tuleb scrophuloderma'ist 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 autoinokulatsioonil teel, see on haige oma ekskreetidega, näiteks röga, uriini või väljaheitel. 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 kulgevat vähihaavandit.

Lichen scophulosorum.

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

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

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

Tuberculosis cutis papulo-necrotica.

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

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

Erythema induratum Bazin'i.

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

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

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

Lupus erythematodes.

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

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

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

Patogeneesis on tähtsad sisesekreetsiooni 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 degeneratsiooni 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 tsütoplastmast 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 "rosettivorm", kus rakuväline mass on ümbritsetud segmenttuumalistest leukotsüütidest.

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

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb Lupus erythematodes'est eristada kroonilistel juhtudel: 1) Lupus vulgaris't, 2) Rosacea't, 3) 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 ravitulemusi AKTH, kortisooni, prednisooni ja prednisolooniga, kusjuures viimaseid kombineeritase viimasel ajal resochiniga.

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

Lupus erythematodes on tõsise prognoosiga haigus. Akuut-
sed 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 raskekuju-line 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 leep-
ra 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 1874.a. Kuni käesoleva ajani ei ole selgitatud nakkuse mehhanismi. Peetakse võimalikuks haiguse tekitajate sattumist organismi ülemiste hingamisteede ja nahavigastuste kaudu.

Leepra puhul kirjeldatakse mõnest kuust kuni mitmekümne aastani kestvat inkubatsiooniperioodi.

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

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

Lepra indiferenta.

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

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

ei esine 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) neuroloogilisele, 3) rinoloogilisele, 4) oftalmoloogilisele uurimisele.

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

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

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

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

Leproossete 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 leeprakahtlasel juhul (lepra puhul täheldatakse riniite, koorikuid, haavandunud infiltraate).

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

Praktikas teostatakse leepira 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 (närviretseptorite kahjustusest). Saadakse mittetäielik või negatiivne reaktsioon. Kontrolliks soovitatakse teha sama proov tervel nahal.

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

3. Higieritusproov joodi ja pilokarpiiniga. Peale 0,2 ml 0,5-1% pilokarpiini süstimist annavad jood ja tärkelis 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 mittedelgete leproossete elementide kohtadele, mis jääb kauemaks ajaks püsima.

Laboratoorne diagnostika.

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

b. Värvimine.

Torsujev soovib kasutada järgmist Ziel-Nilseni modifikatsiooni:

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

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

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

Leepra tekitajaid võib kasvatada sōtmeil (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 tūpilisem ning kus on kõige aktiivsemad pōletikutunnused. Fikseerida 10% -lises formaliinis vōi 96% -lises alkoholis. Kui tahetakse värvida histoloogilistes lõikudes leepra tekitajaid, siis fikseerida järgmises lahuses: formaliini (40%) 100,0, naatriumkloriidi 8,0, destilleeritud vett 1000,0. Lepromotoosse leepra puhul on tūüpiline leproosne pōletik. Tuberkuloitse leepra puhul on tuberkuloidne pōletik. Indiferentse leepra puhul on lihtne krooniline pōletik.

Bioloogiline diagnostika.

Lepromiini test.

Kasutatakse eriti leepra vormi kindlaksmääramiseks ja prognostilisel otstarbel.

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

Huvitav on lepromiini testi ja WaR-1 vahekord leepra haigel, teatavasti lepromatoosse leepra puhul lepromiinitest 0, WaR aga positiivne.

Röntgenogramm on eriti tähtis luude muutuste fikseerimiseks.

Üksikute leepravormide diagnoosimisel arvestatakse järgmisi tunnuseid.

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

Karakteersed kliinilised nähud nahas, limanahkadel (eriti silmas ja ülemistes hingamisteedes), perifeersetel närvidel 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 resistentsele. 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 resultaate (negatiivsed või kergelt positiivsed), histoloogiline struktuur lihtsa põletiku tüüpi. Stabiilsus vähem väljendatud kui kahel esimesel tüübil. Esineb võimalus nii progresseeruvaks kui ka regresseeruvaks arenguks.

Diferentsiaaldiagnostika.

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

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

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

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 hüperatroofiad: Sclerodermia, cutis ver-tius gyrata, idiopaatiline atroofia;

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

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

Suguorganid.

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

Peanahk.

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

Silmad.

- 1) trahhoom,
- 2) süfiliitiline iriit.

Suu limanahk.

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

Ülemised hingamisteed.

- 1) söötraig ninas,

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

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

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

- I nädal 2 x 2,0 ml,
- II nädal 2 x 2,5 ml,
- III nädal 2 x 3,0 ml,
- IV nädal 2 x 3,5 ml,
- edasiseelt 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 musklisse 2 x
nädalas, alates 0,5 - 1 ml ja 5 - 10 ml. 20 - 30 süstimise
järel 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 .

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

S ü g e l i s e d (Scabies).

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

Nakatumine sügelistesse võib toimuda otseselt ja kaud-selt. Otseselt toimub nakatamine kõige sagedamini koos maga-misel. Võimalik on aga nakatamine 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 painutuspindadel, rindade all, kõhul, eriti vöö piirkonnas, genitaalidel ja reite siseküljel. On iseloomulik, et vabaks jäävad harilikult näo ja selja piirkond. Erandi moodustavad väikesed lapsed, kellel õrna naha tõttu sügeliskäigud võivad

lokaliseeruda igale kehaosale.

2. Intensiivne naha sügelemine. See ilmneb eriti õhtuti.

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

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

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

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

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 väävli-salviga. 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 väävli-salvi 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 desinsektatsioon ning naha puhtuse eest hoolitsemine.

VII P R A K T I K U M .

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

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

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

Kliiniline sümptomatoloogia. Dermatiitidele on iseloomulik järgmiste haigusstaadiumide esinemine.

1. Erütomatoosne staadium - sel puhul tekivad kahjustatud piirkonda punased laigud või difuusne punetus.
 2. Papuloosne staadium - tekivad väikesed sõlmekesed või difuusne turse.
 3. Vesikuloosne haiguse staadium - sel puhul tekivad nahale villikesed ja isegi villid.
 4. Erosiivne staadium - villikeste lõhkemisest tingitult tekivad erosioonid.
 5. Koorikuline staadium - mille puhul haiguskoldel tekivad koorikud.
 6. Skvamoosne ehk ketendamisstaadium, mis on harilikult iseloomulik haiguskollete paranemisele.
- Dermatiidile on iseloomulik harilikult ühe staadiumi järgnemine teisele, seejuures võib aga põletikuline protsess

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

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

Seoses keemiatööstuse kiire arenguga ja uute keemiliste
ainete kasutamisele võtmisega püsib nendest ainetest põhjus-
tatud professionaalsetesse dermatiitidesse ja ekseemidesse hai-
gestumine käesoleval ajal ühesugusel tasemel ja näitab viimas-
tel aastatel tõusutendentsi allergiliste dermatiitide ja ekseem-
ide osas (Dolgov'i ja Lindgreni andmed).

Meie tingimustes põhjustavad professionaalset dermatiiti
ja ekseemi kõige sagedamini mitmesugused põlevkiviõlid, naf-
taproduktid, nikkelsulfaat, kaaliumbikromaat, formaldehüüd,
sooda, tärpentiin, mõned värvained nagu ursool ja nitroühen-
did; mõned liimid ning mitmesugused pesemisvahendid.

Pikemaajaline, sageli kuni aastapikkune kokkupuutumine
tööstuslike allergeenidega võib viia organismi sensibilisee-
rumisele ja dermatiidi või eksematoosse reaktsiooni tekkimi-
sele. Algul kujuneb välja naha sensibiliseerumine ühe aller-
geeni suhtes. Sel puhul on tegemist monovalentse allergeeni-
ga. Edasiselt kujunevad allergeenideks keemiliselt lähedased
ained nn. grupiallergeenid. Näiteks ülitundlikkuse puhul tär-
pentiinile kujuneb edasiselt välja kõrgeenenud tundlikkus kõi-
gi ainete suhtes, mis sisaldavad eeterlikke õlisisid. Kui aller-

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

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

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

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

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

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

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

muste hindamine, testi tulemuste praktiline väärtus.

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

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

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

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

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

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

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

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

T a b e l 1

Sagedamini esinevate allergeenide piirkontsentratsioonid epikutaansete nahatestide teostamiseks.

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

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

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

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

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

T a b e l 2

Dermatiidi eristamine ekseemist.

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

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

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

streptotermiat, epidermofüütiat ja neurodermiiti. Sellepärast on diferentsiaaldiagnostilisel eesmärgil vajalik samaaegselt nahatestidega arvatavatele allergeenidele teostada bakterio-koopilisi ja kulturaalseid uuringuid mikroobidele ja seenetele, samuti intrakutaanseid nahatestide bakterite ja seente vaktsiinidega. Sellejuures ei tohi jätta aga arvestamata võimalust, et mikroobid ja seened võivad kaasuda ka sekundaarselt ning tunduvalt komplitseerida professionaalse haigestumise arenemist. Samal ajal esineb isegi võimalus, et mikroobid ja seened võivad mõnikord olla professionaalse haigestumise esmaseks põhjuseks. Nõukogude Liidus kasutuselevõetud ulatuslike profülaktiliste abinõude tulemusel on aga viidud niisugustesse professionaalsetesse nahahaigustesse haigestumine miinimumini ning need moodustavad võrreldes keemilistest ainetest põhjustatud professionaalsete nahahaigustega ainult tähtsusetu osa.

Esitatust nähtub, et professionaalse dermatiidi ja ekseemi diagnoos on tõsine ja komplitseeritud ülesanne. Samuti osutub küllalt keeruliseks arsti taktika edasiste raviprofülaktiliste ürituste suhtes. Üldiselt lähtutakse põhimõttest, et iga konkreetse haigusjuhu puhul tuleb küsimusele läheneda individualiseeritult, vältides šablooni. Näiteks kontaktekseemiga juhtudel, kus organismi sensibiliseerumine toimus tööstuslike allergeenidega aegamööda, toimub ka organismi desensibiliseerumine aeglaselt. See on tähtis töötaja teisele tööle üleviimisel. Kui umbes aasta pärast kontrolltesti tulemused osutuvad negatiivseks, esineb isegi siis endisele töökohale asudes veel retsidiivi võimalusi. Siin oleneb küsimuse otsustamine sageli töötaja kvalifikatsiooni astmest, elueast, tööstaazist ja organismi üldseisundist. Kõrgemas elueas on kõrge kvalifikatsiooniga töötajal raske ümber spetsialiseeruda. Võimalikuks osutub see harilikult nooremate ja väiksema kvalifikatsioonistmega töötajate juures. Seevastu ekseemiga juhtudel, kus haigestumine on tingitud obligatoorselt toksilistest ainetest, kombineeritult mitmesuguste füüsikalise-keemiliste ärritajatega, toimub haige suunamine harili-

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

L i s a 1

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

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

VIII P R A K T I K U M .

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

E k s e e m (Eczema).

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

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

Eksogeensed allergeenid:

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

Endogeensed allergeenid:

- 1) mitmesugused ainevahetuse vahe- ja lõpp-produktid,
- 2) sisesekreetsioonihäired,
- 3) seede-häired,
- 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 printsibiist.

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 haiguskindes võib leida korraga mitmesuguseid nahalööbe elemente. See ongi ekseemi kõige põhilisem tunnus, mida üldiselt tuntakse polümorfismi nime all.

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

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

Kliiniliselt eristatakse akuutset ja kroonilist ekseemi.

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

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

Objektiivselt 1) lööves esinev polümorfism, 2) haigus-

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

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb ekseemi eristada:

- 1) dermatiidist, 2) kroonilisest 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 te näärmete talitluses võib kasutada ka hormoonoteraapiat.

Paikne ravimine on sümptomaatiline. Ägedate haigusnähtude esinemisel mõjuvad leevendavalt mähised 2%-lise boorhappe, kummelitee või mõne teise vesilahusega. Leevenduse möödumisel võib kasutada vesipastasid boorhappe, ihtüooli lisandiga. Alaägedate ja krooniliste ekseemide 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 aa 25,0

Glycerini

Aq. calcis aa 25,0

MDS. Väline

Rp.

Naphthalani 3,0

Pastae zinci ad 30,0

M.f. Pastae DS. Väline.

Rp.

ASD- fr.3 3,0

Pastae zinci ad 30,0

M.f. Pastae DS. Väline

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

IX P R A K T I K U M .

Selle praktikumi käigus tutvuvad üliõpilased viiruseliste 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 lõõve tekkimisega suu limanahal, keelel ning mõnikord ka genitaalide piirkonnas. Harilikult tekib punetaval foonil ümmarguse kujuga villike, mis on piiristatud karminpunase äärisega. Villi sisu muutub kiiresti häguseks, keskoht langeb sisse ning villike lõhkeb, jättes järele erosiooni, mis tekitab haigele subjektiivselt valulikkust.

Haigestumine on akuutse kuluga, kestab harilikult 6-8 päeva. G.I. Meštšerski peab afte atüüpiliseks ohatiseks. Aftide all kannatavad harilikult neuropaatilised isikud, kellel haigus kaldub retsidiveeruma.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb afte eristada süfiilitilistest paapulitest limanahal. Sel puhul täheldatakse aga suuremat infiltratsiooni ja teisi teise sүүfilise tunnuseid nagu polüadeniit, nahalööbed, positiivsed seeroreaktsioonid.

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 hoolitseta isikliku hügieeni eest.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb tüükaid, eriti vulgaarseid tüükaid, eristada tüükalisest nahatuberkuloosist, mille puhul haiguskolded on harilikult ümbritsetud punase põletikulise rõngaga. Teravaid kondüloome tuleb aga eristada laiadest kondüloomidest, mis esinevad teisese süüfilise haigil genitaalide piirkonnas. Need on värvuselt sinakaspunased, 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 aceticı 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 haiguskohad lokaliseeruvad nina, suu või genitaalide piirkonda ja kannavad vastavat nimetust herpes nasalis, herpes labialis ning herpes progentialis.

Haigestumine võib kulgeda mõnikord ka kliiniliste iserasustega: 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 progentialis, 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 klooretüüliga.

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 paresteesia. Mõnikord esineb ka temperatuuri tõus 38-39°C järgi.

Nahanähud algavad erüteemi tekkimisega, millele kiiresti arenevad grupeeritud vesivillikesed, algul seroosse, hiljem mädase erifusega. 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).

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

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

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

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

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

Ravi. 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 nahalõveks erosioon, koorikud ja pigmendilaigud.

Villid on ümmarguse või ovaalse kujuga, väga erineva suurusega ning iseloomulikud selle poolest, et algavad järsult näiliselt tervelt nahalt. Sageli haigestuvad ka limanahad ning mõnikord ilmuvadki haigusnähud esimesena limanahkadel, näiteks suu limanahal. Haiguse alguses üldnähud puuduvad. Seoses aga haigusnähtude arenemisega nahal, ilmuvad ka üldnähud nagu palavik, kloriidide retensioon, eosinofiilia, kaheksia 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) Epidermlüsis hereditaria't 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 erütrodermiast, 2) retsidiveeruvast skarlatiniformsest eksfoliatiivsest erütrodermiast 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 puuderdada desinfitseerivate põletikuvastaste puudritega.

Dermatitis herpetiformis Dühring.

Herpetiformne dermatiit on polümorfse lööbega iseloomustuv villiline krooniline dermatoos.

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

Kliiniline sümptomatoloogia: kliiniliselt iseloomustab haigust polümorfne nahalööbe tekkimine, kus peale villide võivad esineda laigud, ja kublad ning sekundaarsetest nahalööbe elementidest erosioonid ja koorikud. Nahalööbe elementidel on kalduvus 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%.

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

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb eristada 1) vulgaarsest pemfigusest, 2) multiformsest erüteemist, 3) vöötohatisest, 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 viirusoloogilisi uurimismeetodeid (elektroonmikroskoopia jt.). Enamik autoreid on aga seisukohal, et psoriaasi puhul on tähtis haige närvisüsteemi funktsionaalne seisund, millele viitavad ka rohked kliinilised tähelepanekud.

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

Psoriaasikolded paigutuvad kõige sagedamini juustega kaetud peanahale, eriti juuste ja silenaha piirile, jäsemete si-
rutuspindadele, eriti küünarnukkidele ja põlvedele. Haigestu-
da võivad ka küüned, väga harva suu limanahk.

Subjektiivselt võib esineda naha sügelemine.

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

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

Diagnos. Diagnoosimisel on tähtis haiguse krooniline
iseloom, tüüpiliste ketendavate paapulite esinemine, sümmeet-
ria ning eelistatud lokaliseerimise kohad. Diagnoosimisel ka-
sutatakse veel lihtsat võtet ja nimelt, kui skalpelliga hai-
guskollet kaapida, siis tulevad nähtavale 3 tüüpilist fenomee-
ni: 1) steariinlaigud, mis väljenduvad selles, et kaapimisel
eralduvad haiguskoldelt valkjad ketud, 2) psoriaatiline memb-
raan, s.o. vahataoliselt läikiv kile, mille eemaldamisel tu-
leb 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) eksfoliativset dermatiiti, 7) kroonilist difuusset streptodermiat.

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

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

XI P R A K T I K U M .

Selle praktikumi käigus tutvuvad üliõpilased 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
malignisatsiooni võimalus, mille puhul sünnimärkides tekib
värvuse muutusi, esineb tendents suurenemiseks, radiaarsus
põletikuliste muutuste kaasumine ning haavandumine.

Veresoonkoetüüpi sünnimärgid - Naevi vasculosi.

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

Neurofibromatoos - Neurofibromatosis cutis.

Kliiniliselt esinevad sel puhul: 1) mitmesuguses suuru-
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 higinäärmekeo-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, paisetest, 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, senilsete verrukate tekkimine jt.

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

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

Professionaalsed ja olustikulised haigused, mis võivad viia vähi tekkimiseni.

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

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

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 tekib erosioon, mis läheb üle haavandiks. Haavand on korrapärase kujuga, servad ulatuvad nahapinnast vähe kõrgemale, on tiheda konsistentsiga. Haavandi põhi on konarlik ning kaetud mõnikord nekrootilise koorikuga.

See vähivorm annab metastaase regionaarsetesse lümfisõlmedesse, võib kasvada infiltreruvalt 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 sõlmekeste 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.

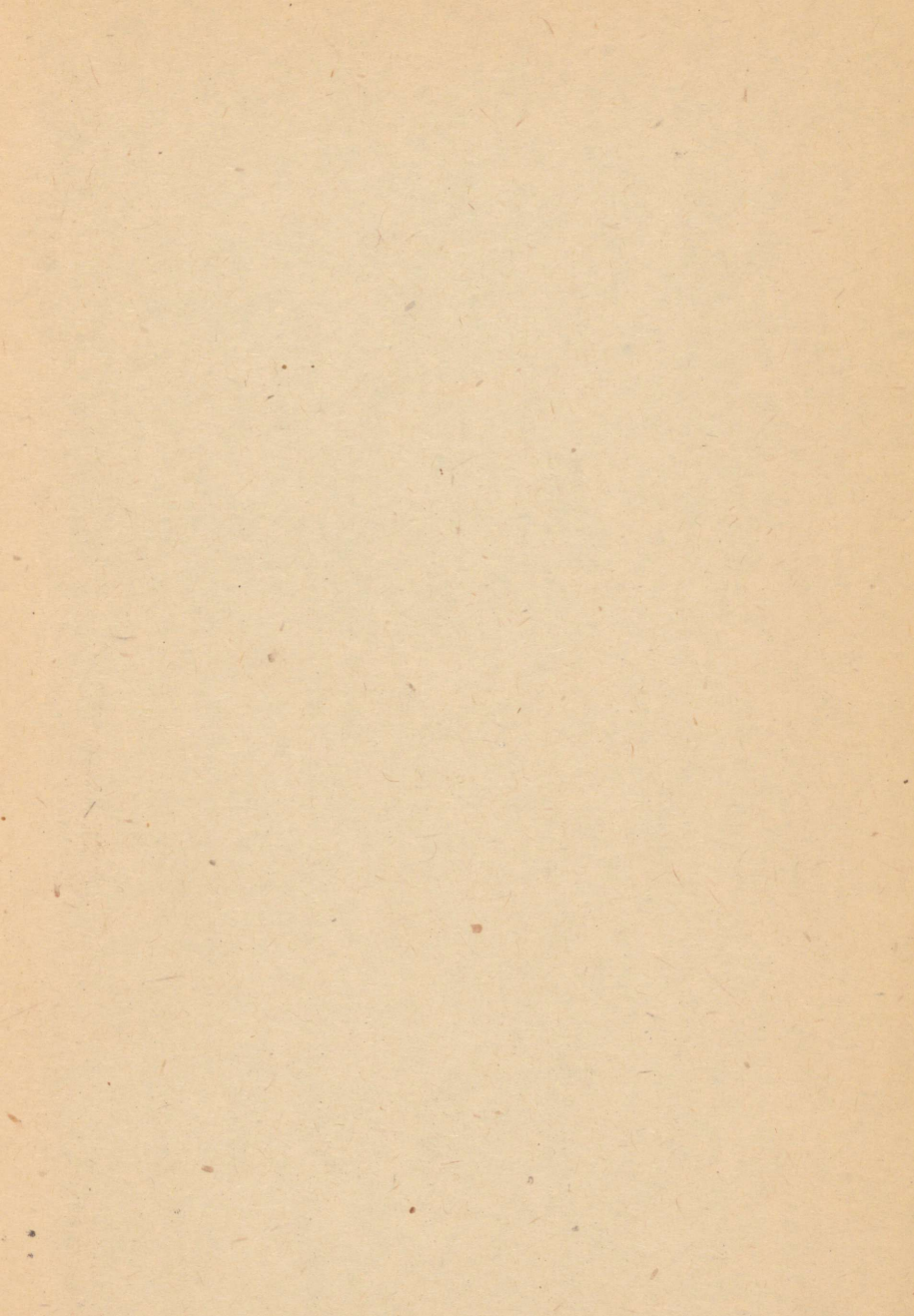
Ravi. Ravi teostamisel tuleb arvestada kasvaja iseloomu ja staadiumi, kusjuures eesmärgiks on kasvaja jäägitu eemaldamine. Ravi võib olla kirurgiline, kiiritusravi või medikamentoosne.

Medikamentoosetest ravivahenditest on Nõukogude Liidus võetud kasutusele Gordejevi vedelik. 1952.a. võttis G.P. Menšikov kasutusele preparaat omaini, mida haiguskolletele aplikseeritakse salvina. Samal aastal kasutas tšehhi arst I. Liška nahavähi ravimiseks podofilliinsalvi, mida edukalt rakendatakse mitmesuguste prekantseroosete seisundite ravimiseks.

Kirurgilistest ravimeetoditest kasutatakse ekstsisiot ja elektrokoagulatsiooni. Viimastel aastatel leiab üha enam kasutamist kiiritusravi: röntgenlähifookusravi, ravimine radioaktiivsete isotoopidega, vanematest ravimeetoditest leiab kasutamist raadiumiravi raadiuminõelte ja mullažina.

S I S U K O R D.

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
	Dermatiit	60
VIII	PRAKTIKUM	70
	Ekseem	70
IX	PRAKTIKUM	74
	Viiruselised nahahaigused	74
	Villilised dermatoosid	78
X	PRAKTIKUM	82
	Soomus-sammaspool	82
XI	PRAKTIKUM	85
	Nahakasvajad	85



Hind 17 kop.

A

24448

5620499

TÜ RAAMATUKOGU



1 0300 00562049 9