V. Mihhejev · T. Nevzorova

NÄRVI- JA VAIMUHAIGUSED

A 21885

V. V. MIHHEJEV ja T. A. NEVZOROVA

NÄRVI- JA VAIMUHAIGUSED

EESTI RIIKLIK KIRJASTUS
TALLINN 1958

Originaali tiitel:

В. В. Михеев и Т. А. Невзорова

НЕРВНЫЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

Второе исправленное издание

Главной инспекцией по медицинскому образованию Министерства здравохранения СССР рекомендован для медицинских училищ

Государственное Издательство
Медицинской Литературы
Медгиз — 1956 — Москва

Tõlkinud G. Loogna

TARTU ÜLIKOOLI
RAAMATUKOGU

ARHIIVKOGU

SISSEJUHATUS

Samuti nagu teiste meditsiinialade arenemine, on ka neuroloogia ja psühhiaatria arenemine tihedalt seotud loodusteaduse edusammudega. XIX sajandi teine pool ja XX sajandi algus kujutavad endast loodusteaduse ja järelikult ka arstiteaduse intensiivse ning laialdase arenemise perioodi. Suurte vene teadlaste — D. I. Mendelejevi, I. M. Setšenovi, I. P. Pavlovi ja I. V. Mitšurini — nimedega on seotud tähtsad avastused loodusteaduses, mis on meie eesrindliku teaduse arenemisele suurt mõju avaldanud. Kodumaine arstiteadus, sealhulgas neuroloogia ja psühhiaatria, on kogu oma arenemise vältel olnud eesrindlik sellepärast, et ta on rajatud materialistlikule käsitusele, mille järgi organism on teda ümbritseva keskkonnaga lahutamatult seotud ühtne tervik.

Vene arstiteaduse tähelepanuväärsed esindajad — terapeudid M. J. Mudrov (1776—1831), G. A. Zahharjin (1829—1897), S. P. Botkin (1832—1889), A. A. Ostroumov (1844—1908), kirurg N. I. Pirogov (1810—1881), füsioloog V. J. Danilevski (1852—1926) ja paljud teised rõhutasid korduvalt ning arendasid laialdaselt mõtet, et organismi kõikide süsteemide funktsioonid on tihedas vastastikuses seoses ja et selle seose tagab esmajoones närvisüsteem, mis läbib organismi kõiki kudesid.

V. J. Danilevski, üks silmapaistvamaid vene füsiolooge, kirjutas oma töös «Uurimised peaaju füsioloogia alal», et on olemas fakte, mis näitavad, et ühelt poolt peaaju, teiselt poolt südame, soolte, emaka, seemnepõiekeste ja teiste siseelundite vahel on olemas mingi otsene seos.[1] Samuti tõestas ta eksperimentaalselt, et peaaju koore eri piirkondade ärritamisel elektrivooluga tekivad muutused siseelundite talitluses. Kuulus vene klinitsist-terapeut S. P. Botkin rõhutas korduvalt, et südame, veresoonte, põrna ja teiste siseelundite normaalne töö on seotud neuro-psüühilise talitlusega ja et selle häire põhjustab patoloogilisi nähtusi siseelun-

[1] В. Я. Данилевский, Исследования по физиологии головного мозга, М., 1876, стр. 9.

dites. Ta ütles: «Pärssivate psüühiliste momentide mõju all oleval inimesel on meie tähelepanekute järgi põrn suurenenud.»[1]

Käesolevaks ajaks on füsioloogia ja kliiniku käsutuses suurel hulgal fakte, mis kinnitavad S. P. Botkini poolt rohkem kui 50 aasta eest avaldatud seisukohtade õigsust. On teada, et kui maofistuliga koerale näilise söötmise ajal, kui tal läbi fistuli eritub maomahla, kassi näidata, siis mahla eritumine lakkab otsekohe. On kindlaks tehtud, et kassil lakkab soole peristaltika, kui kass on sattunud raevu. On teada ka fakte vastupidisest olenevusest aju ja siseelundite vahel: krooniliste südamehaiguste puhul võib vereringe häire minna nii kaugele, et aju ei saa enam küllaldasel hulgal hapnikku, ja arenev anokseemia põhjustab kõrgema närvitalitluse häire.

Esitatud andmetest tuleneb seisukoht, et närvisüsteem avaldab organismi mistahes funktsioonidele reguleerivat mõju ning tagab kõikide elundite ja kudede normaalse funktsiooni. See närvisüsteemi mõju kogu organismi funktsionaalsele seisundile on närvismiteooria aluseks.

Kõrgema närvitalitluse igakülgsele uurimisele ja närvismiidee arendamisele olid pühendatud viimased 35 aastat I. P. Pavlovi teadusliku loomingu teest. Tema hiilgavale õpetusele tingitud refleksidest eelnesid kodumaise füsioloogia rajaja I. M. Setšenovi tööd, kes, relvastatuna oma aja eesrindlike ideedega, esimesena avaldas julgelt ja otsustavalt seisukoha, et igasuguse psüühilise talitluse aluseks on peaaju reflektoorne talitlus. Vaimses tegevuses ei ole I. M. Setšenovi arvates midagi üleloomulikku, müstilist, uurimisele ja tunnetamisele kättesaamatut või midagi kogu organismi funktsioonidest eraldatut. Igasuguse vaimse tegevuse aluseks on peaaju funktsioon. Oma suurepärases raamatus «Peaaju refleksid», mis ilmus aastal 1863, kirjutas I. M. Setšenov: «Eranditult kõik psüühilised aktid... arenevad refleksi teel.»[2] I. M. Setšenov arvas, et ainult peaaju suurte poolkerade füsioloogia tundmaõppimine võib anda võtme psüühiliste nähtuste tõeliselt teaduslikuks uurimiseks. I. M. Setšenovi poolt avaldatud mõtted andsid purustava hoobi idealistlikele kujutlustele psüühilisest tegevusest kui mingist mõistatuslikust, saladuslikust alast, mida ei saa objektiivselt uurida. I. M. Setšenovi materialistlikud ideed on kõrgema närvitalitluse füsioloogia, peaaju füsioloogia teoreetiliseks aluseks.

Aju füsioloogia ja patofüsioloogia aluste edasiarenemine ning kujunemine ühtseks, terviklikuks materialistlikuks õpetuseks kõrgemast närvitalitlusest on seotud suure vene füsioloogi Ivan Petrovitš Pavlovi nimega.

Oma eksperimentaalsetes otsingutes lähtus I. P. Pavlov print-

---

[1] С. П. Боткин, Курс внутренних болезней, т. 1, СПБ, 1899, стр. 288.

[2] И. М. Сеченов, Рефлексы головного мозга, изд. АН СССР, 1949, стр. 110.

siibist, et kogu organism, tema kõik elundid ja süsteemid moodustavad ühtse terviku, kusjuures organismi kohanemises väliskeskkonnaga etendavad juhtivat, aktiivset osa närvisüsteemi kõrgemad osad.

Tuleb uhkusega märkida, et I. P. Pavlovi vaated psüühilisele talitlusele arenesid mitte ainult füsioloog I. M. Setšenovi ja klinitsist S. P. Botkini ideede mõjul, vaid ka mööd unud sajandi eesrindlike publitsistide ja kirjanike — A. I. Herzeni, V. G. Belinski, N. A. Dobroljubovi, N. G. Tšernõševski — materialistlike ideede mõjul, kes, avaldades oma materialistlikke vaateid psüühikale, rõhutasid organismi terviklust ja kesknärvisüsteemi tähtsust.

I. P. Pavlov oma õpilastega tegi eksperimentaalselt kindlaks närvisüsteemi mõju organismile kui tervikule ning selgitas peaaju kõrgemate osade funktsioone ja tähtsust organismi ja väliskeskkonna vastastikuste vahekordade kujunemises.

Koertel süljeeritusprotsessi uurides selgitati, et süljeeritus võib toimuda reflektoorselt, kui suuõõne süljenäärmeid vahetult toiduga ärritatakse (tingimatu refleks). Süljeeritus võib aga pärast mõningat kasvatamist toimuda ka ainult söötmiseks vajalike tingimuste ettevalmistamisel — toidu nägemisel või toidu lõhna haistmisel. Seda nn. «psüühilist sekretsiooni» tõlgendati varem kui koera «soovi», s. t. subjektiivselt vaatekohalt. I. P. Pavlov tõestas, et «psüühilise» süljeerituse aluseks pole samuti midagi muud kui refleks, kuid mitte kaasasündinud, tingimatu refleks, vaid eluprotsessis omandatud refleks, mis on tekkinud selle tõttu, et toidu nägemine ja haistmine on korduvalt kokku langenud toidu söömisega. Neid eluprotsessis omandatavaid ja välistest tingimustest olenevaid reflekse nimetas I. P. Pavlov tingitud refleksideks. Nende aluseks on ajutiste tingitud seoste kujunemine ja kinnistumine peaaju koores (üksikasjalisemalt vt. lk. 37).

Selle avastusega rajati tingitud reflekside õpetuse alus.

Et selle õpetuse olemusele on pühendatud eri peatükk, siis sellel siin pikemalt ei peatuta, vaid ainult mainitakse, et õpetus kõrgemast närvitalitlusest on I. P. Pavlovi tööde lõppetapiks ja kodumaise teaduse uhkuseks.

Enne organismi patoloogiliste seisundite tundmaõppimist peab tutvuma tema normaalse seisundiga, normaalse füsioloogiaga, sest ei ole võimalik tegelda patoloogilise füsioloogiaga, kui ei tunta normaalset füsioloogiat. Kudede ja elundite füsioloogia tundmaõppimine on lahutamatult seotud nende anatoomia tundmisega, sest kõik füsioloogilised protsessid on seotud kudede ja elundite teatava struktuuriga. Järelikult peab närvi- ja vaimuhaiguste tundmaõppimisele eelnema üksikasjaline tutvumine närvisüsteemi anatoomilise ehitusega ning tema normaalse ja patoloogilise füsioloogiaga.

Ilmeka kujutluse haigusest, patoloogilisest seisundist, annab I. P. Pavlov oma töödes seedimise füsioloogia alalt.

Patoloogiline seisund on tema arvates organismi kohtumine, kokkupuutumine mingi erakordse tingimusega või igapäevaste tingimuste ülemäärase suurenemisega. Mehaaniline löök, järsk soojenemine või jahtumine, patogeensete mikroobide atakk — need ületavad tavaliste tingimuste raamid. Organismi tasakaal häirub ja ta rakendab tegevusse keha kaitseseadised. Toimub võitlus, mis lõpeb kas vaenlase lüüasaamisega ja kaitseseadiste töö lakkamisega või vaenlase võiduga; viimasel juhul tekib organismi ühe või teise osa kahjustus või elundite seose rike, ebakõla terviklikus organismis, areneb haigus.

Organismi võitluses erakordsete tingimustega etendab peaosa närvisüsteem, mis seostab kogu organismi ühtseks tervikuks ja läbib kõiki tema struktuurseid osi. Seepärast on äärmiselt tähtis tunda närvisüsteemi ehitust ja funktsioone, et mõista organismi kõiki patoloogilisi seisundeid.

NEUROLOOGIA JA PSÜHHIAATRIA LÜHIKE AJALUGU

Närvisüsteemi haiguste uurimisega tegelevad teadused jaotatakse neuroloogiaks ja psühhiaatriaks.

Närvisüsteemi haigused, mis on seotud peamiselt liikumise ja tundlikkuse häiretega, meeleelundite talitluse riketega ja mitme-

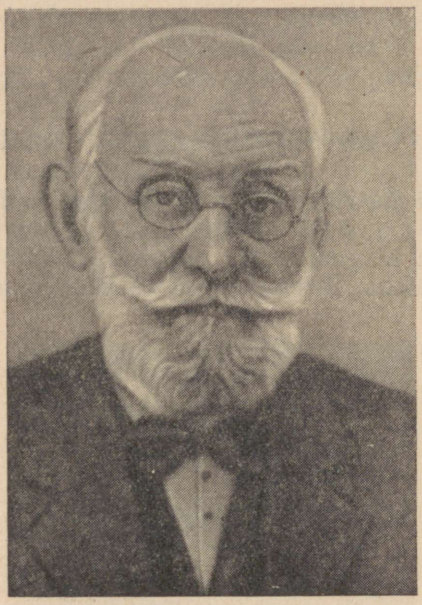


I. M. Setšenov

suguste siseelundite funktsioonide häiretega närvikeskuste või juhteteede kahjustuse tagajärjel, kuuluvad neuroloogia valda.

Haigused, kus on ülekaalus kõrgema närvitalitluse rikked ning mis avalduvad inimese ja teda ümbritseva keskkonna õigete suhete katkemises, ümbritseva maailma tunnetamise häiretes ja käitumise häiretes, kuuluvad psühhiaatria valda.

Teravat piiri neuroloogia ja psühhiaatria vahel ei ole, sest närvihaiguste kliinilises pildis leiame ka haige psüühika häireid, psühhiaatria kliinilises pildis on ka liikumise ja tundlikkuse häireid. Et aga nende teaduste ajaloo tundmaõppimist hõlbustada, on otstarbekohane käsitleda neid eraldi.



I. P. Pavlov

Neuroloogia on võrdlemisi noor teadus. Kui tema alguseks lugeda Justin Djadkovski (1784—1841) arvamust, et närvisüsteem etendab organismis juhtivat osa, siis on neuroloogia iga 120 aastat. Kui aga tema algust siduda iseseisva kliinilise neuroloogia eraldamisega, siis on selle teaduse iga ainult 85 aastat. Nende aastate jooksul on aga saavutatud palju ja uhkusega võib öelda, et meie kodumaa teadlased — füsioloogid ja neuropatoloogid — on neuroloogia arendamiseks väga palju teinud.

Esmajoones tuleb nimetada füsiolooge — I. M. Setšenovi ja I. P. Pavlovit.

I. M. Setšenov (1829—1905) näitas väga selgesti, et inimese igasuguse toimingu, samuti ka tema psüühilise talitluse aluseks on väline meeleelundite ärritus. Setšenov arvas, et «kõik teadliku ja teadvusetu elu aktid on oma päritolult refleksid»[1]. Samuti näi-

[1] И. М. Сеченов, Рефлексы головного мозга, изд. АН СССР, 1942, стр. 137.

tas ta, et kogu närvitalitlus koosneb erutus- ja pidurdusprotsessidest.

I. P. Pavlov (1849—1936) oma väljapaistvate töödega kõrgema närvitalitluse uurimise alal tegi kindlaks, et tingimatute, kaasasündinud reflekside baasil kujunevad ajukoores ajutised seo-



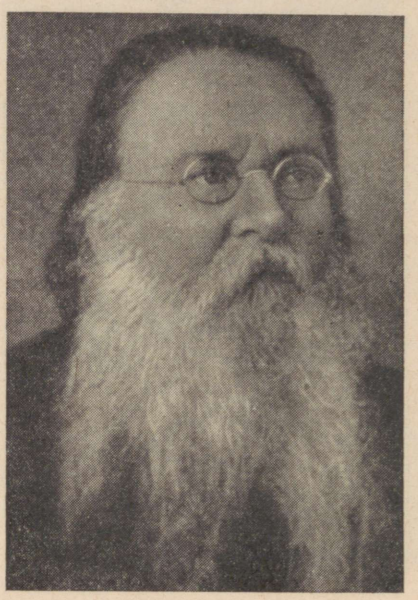
N. J. Vvedenski

sed, tingitud refleksid, kusjuures varem ükskõikseks jättev tingitud ärritaja, kombineerudes tingimatu toiteärritajaga, muutub toimivaks signaalseks ärritajaks (näiteks valgus või heli muutub signaaliks sülje või maomahla eritumisele). Tingitud refleksid on ebapüsivad: nende kujunemiseks vajalikkude tingimuste häirumisel nad kustuvad, pidurduvad.

N. J. Vvedenski (1852—1922) ja A. A. Uhtomski (1875—1942) tööd on samuti neuroloogiliste uurimiste aluseks. Õpetus kronaksiast, s. t. õpetus lihase poolt ajaühikus tehtavate elektriliste võngete arvust, on samuti Vvedenski rajatud; talle kuulub ka prioriteet õpetuses üheaegsest painutajalihaste kokkutõmbumisest ja sirutajalihaste lõtvumisest.

Uhtomski võttis tarvitusele mõiste dominandist kui juhtivast erutuskoldest, mis pidurdab kõiki teisi kortikaalseid koldeid ja isegi tugevneb nende teiste ärritajate arvel. Vvedenski, Uhtomski ja Pavlovi uurimised täiendavad üksteist harmooniliselt.

Kõneldes kodumaise neuroloogia loojatest, tuleb esmajoones märkida A. J. Koževnikovi (1836—1902), kes alates 1869. aastast juhatas esimest maailmas närvihaiguste kateedrit Moskva ülikoolis. Kateedri baasiks oli algul Novo-Jekaterininskaja, seejärel Staro-Jekaterininskaja haigla, alates 1890. aastast aga Koževnikovi poolt loodud närvihaiguste kliinik Devitšje väljal.



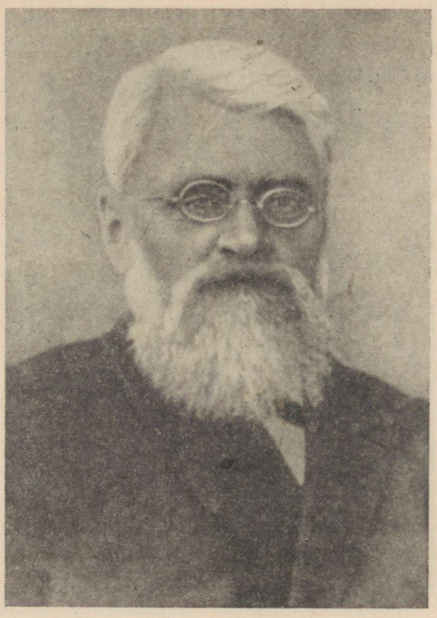
A. A. Uhtomski

A. J. Koževnikov on neuropatoloogide Moskva koolkonna rajajaks. Väljapaistva teadlasena, vilunud klinitsistina ja hea organisaatorina töötas Koževnikov läbi rea teaduslikke probleeme. Näiteks esmakordselt tema poolt kirjeldatud erilist langetõve vormi *(epilepsia partialis continua)* on maailma teaduses hakatud nimetama Koževnikovi langetõveks.

Tema õpilased, kodumaised teadlased V. K. Roth (1848—1916), S. S. Korsakov (1854—1900), L. O. Darkševitš (1858—1925) ja G. I. Rossolimo (1860—1928), jätkasid hiilgavalt oma õpetaja elutööd ja igaüks neist on andnud teaduse varaaita suure panuse. V. K. Rothi nimega on seotud reienärvi kahjustuse eriline vorm — *meralgia paraesthetica* ehk Rothi tõbi. Psühhiaatrina jättis S. S. Korsakov kustumatu jälje neuropatoloogiasse: alkohoolne polüneuriit koos tugeva mäluhäirega hiljutiste sündmuste suhtes on maailma kirjanduses saanud Korsakovi psühhoosi nimetuse.

L. O. Darkševitš — Kaasani neuropatoloogide koolkonna rajaja — oli suurepärane klinitsist ja anatoom. Ta kirjeldas tuumi aju tagumise komissuuri kohal, mida on hakatud nimetama Darkševitši tuumadeks.

G. I. Rossolimo, I Moskva Riikliku Ülikooli professor, andekas pedagoog, teadlane, laste neuropatoloogia rajaja, on maa-



A. J. Koževnikov

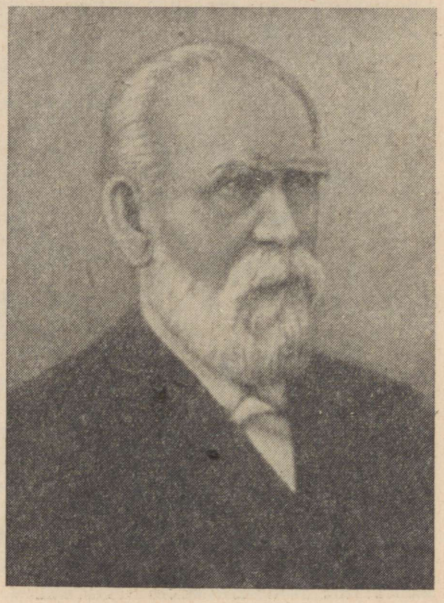
ilma neuroloogias tuntud Rossolimo patoloogilise varbarefleksi kirjeldajana.

Peterburis (nüüd Leningradis) juhatasid I. M. Balinski (1827—1902) ja I. P. Meržejevski (1838—1908) Venemaal esimest vaimuhaiguste kliinikut ning ühtlasi arendasid neuroloogiat, sest vaimu- ja närvihaiguste kateeder oli ühine. V. M. Behterev (1857—1927), kes aastast 1894 juhatas sellist ühist närvi- ja vaimuhaiguste kateedrit Peterburi Sõjaväe-arstiteaduse Akadeemias, arendas laialdast tegevust neuroloogia alal ning on kirjutanud üle 700 töö. Tema nimi on antud uutele haigusvormidele (lülisamba puitumine ehk Behterevi tõbi) ja tema poolt kirjeldatud anatoomilistele moodustistele (Behterevi tuum), patoloogilistele refleksidele (Behterevi refleks) ja ravimitele (Behterevi mikstuur). Hiilgava organisaatorina ja lektorina, kirgliku uurijana ja väsimatu novaatorina oli ta ustav oma rahvale ja läks temaga kõhklematult kaasa, ala-

tes Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni esimestest päevadest. Behterevil oli palju õpilasi, nende hulgas ka andekas neuropatoloog M. I. Astvatsaturov.

Rida Behterevi, Rothi, Rossolimo ja Darkševitši õpilasi töötab neuropatoloogia alal veel tänapäeval.

Kiievi ülikooli töötajaist tuleb nimetada V. A. Betz'i (1834—1894). Betz'i kui meisterlikku neurohistoloogi võib õigusega



V. K. Roth

pidada ajukoore rakulise ehituse (tsütoarhitektoonika) õpetuse rajajaks, sest juba tol ajal jaotas ta ajukoore 11 piirkonnaks. Tema nime kannavad eesmise tsentraalkääru V kihi hiidpüramiidrakud (Betzi rakud), kust saab alguse eferentne kortikospinaalne (püramiid-) tee.

Esitatud lühikesest ülevaatest piisab, et saada kujutlust neuroloogia tormilisest arengust võrdlemisi lühikese aja vältel. Tähtis on ka see, et see areng ei jäänud peatuma.

Olles varustatud Marxi-Engelsi-Lenini-Stalini dialektilise materialismi teooriaga, minnes I. P. Pavlovi poolt märgitud teed, jätkavad nõukogude neuropatoloogid ja füsioloogid oma eelkäijate tööd.

Psühhiaatria ajaloo juured ulatuvad kaugesse minevikku. Kuulus vana-kreeka arst Hippokrates mainib erilisi haigusi, mida ta nimetab vaimuhaigusteks ning mille põhjust ta näeb kogu organismi haiguses. Kuni XVIII sajandini oldi aga arvamusel, et

vaimuhaiged ei vaja arstiabi, et neis avaldub midagi üleloomulikku; neile vaadati kui patustele, kellesse on asunud kurivaim, kui määratsejatele, pöörastele. Sellise vaate tagajärjeks oli Lääne-Euroopa riikides sajandite vältel «nõidade» põletamine tuleriidal, vaimuhaigete aheldamine eluks ajaks.

Venemaal oli suhtumine sellistesse haigetesse palju humaansem, alates juba sellest, et vaimuhaigeid Venemaal ei surmatud.



S. S. Korsakov

Aastal 1721 andis Peeter I ukaasi, milles soovitas ehitada «hullumaju ja hospidale» inimeste jaoks, kes «elavad ebasündsalt... teevad ebasündsaid tegusid». Kuid alles aastal 1776, kolm aastat pärast Katariina II ukaasi eraldi maja määramise kohta «nõdrameelsetele», avati Moskvas Jekaterininskaja haigla juures politseile alluv psühhiaatriline osakond koos invaliididekodu ja vaestemajaga.

Peterburis avati spetsiaalne maja «hullumeelsete ravimiseks» aastal 1779. Moskvas avati esimene psühhiaatriline haigla aastal 1809; see töötab veel meie päevil.

XIX sajandi 20-ndatest aastatest alates hakkab Venemaal arenema teaduslik psühhiaatriline mõte, hakatakse lahendama praktilise meditsiini küsimusi, teostatakse vaimuhaigete loendusi. Möödunud sajandi 40-ndad aastad avaldasid psühhiaatria arenemisele soodsat mõju: vene teadlaste-psühhiaatrite teaduslik mõte arenes

lahutamatus seoses humanismi ja demokratismi ideedega, mis iseloomustasid kogu tolle perioodi meditsiini. Moskva ülikooli professorid (mittepsühhiaatrid) M. J. Mudrov, J. J. Djadkovski ja G. I. Sokolski aitasid kaasa psüühiliste protsesside olemuse materialistliku käsituse arenemisele. Näiteks pühendas J. J. Djadkovski sisehaiguste kateedri professorina oma loengutes suurt tähelepanu närvi- ja vaimuhaigustele. Seejuures avaldas ta selgesti eesrindlikke materialistlikke vaateid haiguste olemusele. Ta ütles: «Inimese elu ei ole muud midagi... kui alaline vastastikune



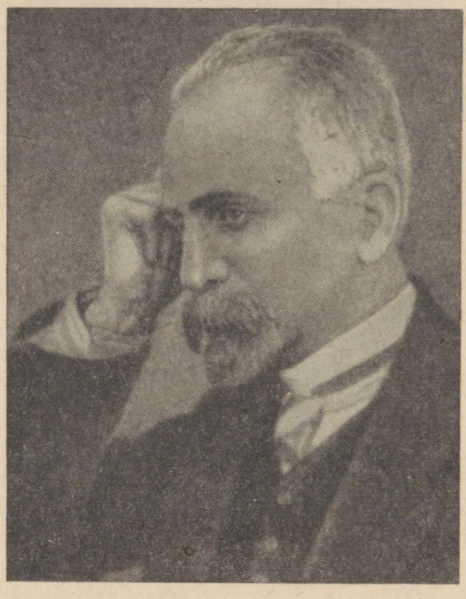
L. O. Darkševitš

mõjutamine organismi ja ümbritseva keskkonna vahel... Haigus on inimese sisemiste jõudude ja ümbritseva looduse vahelise proportsiooni rike... ei ole mingit haigust ilma materiaalsete muutusteta keha mingis süsteemis või elundis. Närvihaiguste olemuse seletamiseks ja nende teadlikuks ravimiseks tuleb arstil otsida neis materiaalseid muutusi...., ja niinimetatud vaimuhaigused on keha haigused.»[1] J. J. Djadkovski andis huvitava vaimuhaiguste klassifikatsiooni.

Tuleb rõhutada ajalooliselt tähtsat asjaolu, et kodumaine teaduslik psühhiaatria ei arenenud ülikoolide ega teaduslike insti-

[1] Т. И. Юдин, Очерки истории отечественной психиатрии, 1951, стр. 50—51.

tuutide seinte vahel, vaid praktilistes raviasutustes. Juba XIX sajandi algul, aastal 1811, määrati I Moskva Psühhiaatrilise Haigla arstiks psühhiaater Z. I. Kibaltšitš, kes on palju teinud selleks, et vaimuhaigete raviasutuses viibimise tingimusi parandada; ta likvideeris ahelad ning asendas need vaigistustooli ja rihmadega. Kibaltšitš kirjutas psühhiaatria alal teadusliku töö, milles ta avaldas oma vaateid vaimuhaiguste tekkimise ja ravi kohta. Teenindava personali koosseisu kuulus tema juures peale kahe valvuri ka üks arst.



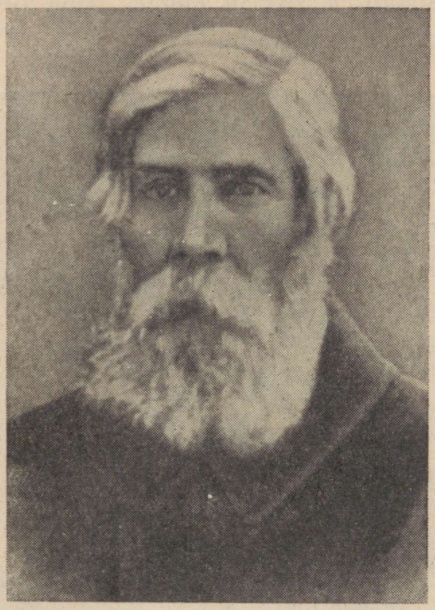
G. I. Rossolimo

Aastal 1828 määrati Moskva Psühhiaatrilise Haigla arstiks V. F. Sabler, kes töötas seal 1870. aastani. Sabler viis läbi rea täiendusi: ahelad kaotati lõplikult, likvideeriti politseilise järelevaataja koht, haigla juhatajaks määrati peaarst (1832), juurde võeti kaks arsti-ordinaatorit, hakati pidama haiguslugusid, organiseeriti töökojad, muretseti muusikariistad haigetele õppimiseks ja meelelahutuseks. Vene arst-humanist Sabler teostas esimesena rahutute haigete eraldamise paranejatest.

Oma praktilises tegevuses ja teaduslikes töödes pööras Sabler tähelepanu siseelundite seisundile mitmesuguste vaimuhaiguste puhul.

XIX sajandi lõpul oli üheks kõige tähelepanuväärsemaks vene psühhiaatriks, kes omandas ülemaailmse kuulsuse, tolleaegse Peterburi psühhiaatrilise haigla arst V. H. Kandinski. Tema uuri-

mised käsitlesid paljusid psühhopatoloogilisi sümptoome: hallutsinatsioone, psüühilist automatismi, erilisi mälu ja mõtlemise häireid. V. H. Kandinski õpetus hallutsinatsioonidest ja pseudohallutsinatsioonidest oli selle tähtsa psühhiaatriaprobleemi tõelise teadusliku uurimise alguseks. V. H. Kandinskile kuulub prioriteet skisofreenia psühhopatoloogia uurimise alal.



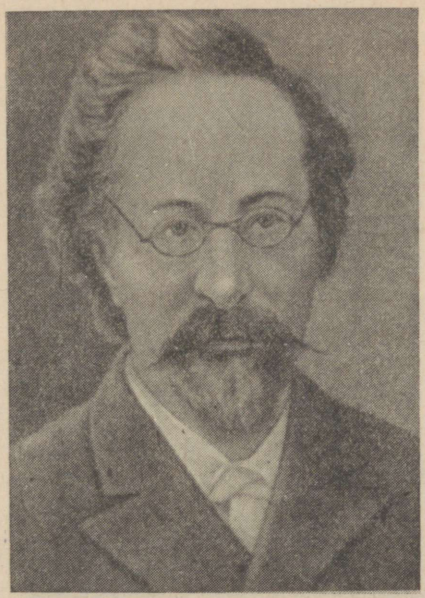
V. M. Behterev

XIX sajandi lõpul ja XX algul saavutati vaimuhaiguste olemuse uurimises tunduvat edu. Üldistatakse kogutud kliinilist materjali, kasutatakse anatoomilisi andmeid, tehakse tõsiseid katseid vaimuhaiguste põhjuste ja patogeneesi selgitamiseks. Oli kogutud faktilisi andmeid, mis tõestasid, et vaimuhaigused olenevad peaaju koore kahjustusest.

Loomade fülogeneetilise arenemise võrdlevad andmed näitasid, et mida keerukama vormiga on looma käitumine ja kohanemine ümbritsevale keskkonnale, seda keerukama ehitusega on tema aju. Ontogeneesiprotsessi täpsem jälgimine näitas, et vastavalt lapse arenemisele ja kasvamisele, vastavalt tema võimete suurenemisele õppimiseks, harjumuste, teadmiste omandamiseks, muutub keerukamaks ka tema aju struktuur. Kui kasvamisperioodil arenes ajus mingi patoloogiline protsess (meningiit, entsefaliit jne.), siis lapse vaimne arenemine kas pidurdus või jäi hoopis seisma. Patoloogilise anatoomia edusammud (vaimuhaigete laipade lahkamine) kin-

nitasid, et psüühiliste häiretega kaasnevad real juhtudel morfoloogilised muutused ajus. Lõpuks näitasid eksperimentaalsed vaatlused, et ühtede või teiste ajupiirkondade eemaldamine loomal tekitab ühed või teised psüühilise talitluse häired.

Kõikide nende andmete kompleksist tuleneb paratamatult järeldus, et vaimuhaigus on tingitud peaaju funktsiooni häirest.



V. A. Betz

Vaatamata määratu suurele kogutud faktide hulgale kohtas igasugune katse vaadelda vaimset tegevust aju funktsioonina siiski visa vastupanu ja ei leidnud üldist tunnustust. Selle põhjus seisab kõigepealt põlises võitluses materialismi ja idealismi vahel. Idealistid eraldavad psüühilised nähtused materiaalsest substraadist ja püüavad psüühilisi häireid uurida väljaspool seost ajuga. Peale selle, veel lühikese aja eest puudus objektiivne teaduslik meetod kõrgema närvi- (psüühilise) talitluse uurimiseks; seetõttu ei olnud võimalik vaadelda aju talitlust füsioloogia ja patofüsioloogia seisukohalt.

Kesknärvisüsteemi kõrgemate osade füsioloogia ja patofüsioloogia objektiivse uurimise meetodi loomise teene kuulub, nagu eespool öeldud, meie kodumaistele teadlastele I. M. Setšenovile ja I. P. Pavlovile.

Teaduslike psühhiaatriliste koolkondade rajajad — I. M. Balinski Peterburis ja S. S. Korsakov Moskvas — rakendasid

psühhiaatrias suure vene füsioloogi I. M. Setšenovi ja klinitsisti S. P. Botkini ideid.

I. M. Balinski ütles oma loengutes, et arst ei tohi kunagi unustada, et tal on tegemist mitte üht või teist liiki vaimuhaigusega, vaid teatava haigega. Ta oli Venemaal esimene professor, kes ülikooli kateedrilt õpetas tõeliselt inimlikku suhtumist vaimuhaigetesse. Tema ideed viidi ellu kliinilise osakonna loomisel vaimuhaigetele aastal 1859.



V. H. Kandinski

I. P. Meržejevski, Balinski õpilane, olles psühhooside tekkimise küsimuses materialistlikul seisukohal, uuris anatoomilisi muutusi progressiivse paralüüsi puhul ja somaatilisi häireid psühhoosi teiste vormide korral. Ta oli vene psühhiaatrite ja neuropatoloogide I kongressi juhatajaks ja esitas seal ettekande «Vaimu- ja närvihaiguste arenemist soodustavatest tingimustest Venemaal . . .» Selles ettekandes rõhutas ta tsaari-Venemaa sotsiaalsete tingimuste mõju vaimuhaiguste arenemisele.

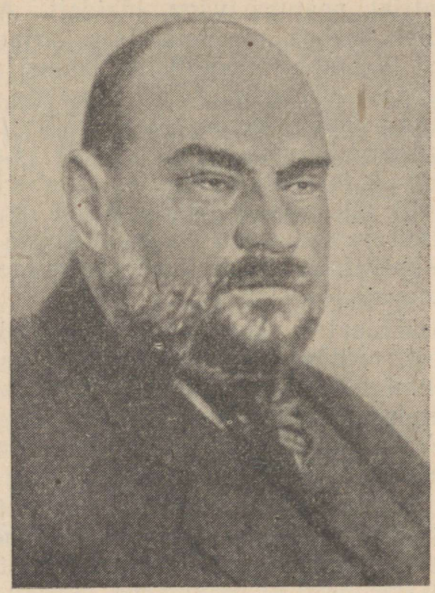
Meržejevskil oli palju väljapaistvaid õpilasi, nende hulgas ka V. M. Behterev, anatoomilis-füsioloogilise suuna rajaja psühhiaatrias.

Kritiseerides subjektiivset idealistlikku psühholoogiat, püüdsid V. M. Behterev ja tema kaastöölised luua objektiivset psühholoogiat. V. M. Behterevi suureks teeneks on ka see, et ta propageeris arsti kui ühiskonnategelase osa, kelle ülesandeks «peab olema

mitte ainult haigete ravimine, vaid ka elanikkonna tervishoid sõna kõige laiemas mõttes»[1].

Juba aastail 1908—1911 nimetas V. M. Behterev kapitalismi neuro-psüühiliste haiguste allikaks ja nõudis kapitalistliku korra likvideerimist.

Moskva kliinilise kooli rajajat, maailmakuulsat vene teadlast S. S. Korsakovi peetakse õigusega nosoloogilise (*nosos* — haigus) suuna rajajaks psühhiaatrias. Kui enne Korsakovi psühhiaatrias



P. B. Gannuškin

üksikute sümptoomide kombinatsiooni peeti iseseisvaks haigusvormiks (näiteks katatoonia, melanhoolia), siis Korsakov andis teaduslikult põhjendatud käsituse haigusest kui protsessist, millel on teatav kindel põhjus, algus, kulg ja lõpe. Nagu juba öeldud, nimetatakse kogu maailmas Korsakovi järgi haigust, mida tema aastal 1889 esimesena kirjeldas, nimelt alkohoolset polüneuriiti tugeva mäluhäirega ja ebatõeliste mälestustega. S. S. Korsakov kirjeldas skisofreenia (düsnoia) kliinilist pilti ja kulgu. Ta pööras erilist tähelepanu keskkonna välistegurite osale vaimuhaiguste tekkimises, mida enne teda peeti peamiselt pärivuse teel edasiantavateks haigusteks. S. S. Korsakovi tegevus oli väga mitmekülgne. Ta oli suur klinitsist ning ühtlasi ühiskonnategelane, kes viis läbi laialdase organisatsioonilise töö psühhiaatria alal.

[1] В. М. Бехтерев, Основы учения о функциях мозга, т. VI, стр. 826.

Pidades alalist sidet semstvo arstidega ja ühiskonnategelastega, soodustas S. S. Korsakov laialdaselt haigete «mittekitsendamise» süsteemi juurutamist.

Suured kodumaised psühhiaatrid, semstvo psühhiaatria esindajad M. P. Litvinov, V. I. Jakovenko ja P. P. Kaštšenko, tegid palju psühhiaatrilise abi arendamise ja organiseerimise alal semstvotes. Nende algatusel ehitati ka linnavälised vaimuhaiglad, mis töötavad veel praegugi.

Laste psühhiaatrial peatume väga lühidalt. Alles möödunud sajandi teisel poolel hakkas meditsiinilises kirjanduses ilmuma hulgaliselt kliinilisi ja patohistoloogilisi kirjeldusi mitmesugustest psühhoosidest lapseeas; vähehaaval kõigutas see traditsioonilist seisukohta, mis eitas psühhooside arenemise võimalust lastel (välja arvatud mitmesugused nõdrameelsuse vormid). Laste psühhiaatria tõeline õitseng algas pärast Suurt Sotsialistlikku Oktoobrirevolutsiooni, kui riik võttis laste tervise kaitse oma kätte. Organiseeriti spetsiaalsed raviasutused vaimuhaigetele lastele, laiendati abikoolide võrku vaimselt mahajäänud laste jaoks, kus lapsed-oligofreenid omandavad tööoskuse.

Ehkki laste psühhiaatria kujunemise algul esines püüe eraldada teda üldisest psühhiaatriast, lähenesid siiski üsna varsti need kaks distsipliini teineteisele. Laste psühhopatoloogia aluste läbitöötamisel etendas juhtivat osa rida psühhiaatreid, kellest tuleks nimetada V. A. Giljarovskit, G. J. Suhharevat, M. O. Gurevitšit, N. I. Ozeretskit, T. P. Simsonit ja paljusid teisi.

Lastel võivad esineda samad haigused mis täiskasvanuilgi, kuid nende kliinilised avaldused, kulg ja lõpe on mõningal määral omapärased; sellel peatutakse eripsühhiaatria vastavates peatükkides.

Laialdane psühhiaatriline abi organiseeriti meie maal pärast Suurt Sotsialistlikku Oktoobrirevolutsiooni. Siin tuleb mainida selliseid kodumaiseid psühhiaatreid nagu V. P. Ossipov, V. A. Giljarovski, P. B. Gannuškin, J. K. Krasnuškin, T. A. Geier, T. I. Judin.

Nõukogude tervishoid, lähtudes haiguste profülaktika põhimõttest, pööras tähelepanu vaimuhaiguste varajaste vormide vältimisele ja õigeaegsele avastamisele. Võitlus süüfilise ja alkoholismiga vähendas järsult nende vaimuhaiguste esinemist, millede aluseks on see infektsioon ja intoksikatsioon. Morfinism on NSV Liidus muutunud haruldaseks nähtuseks, esinedes ainult üksikjuhtudena, kokainism aga puudub täiesti. Töötajate üha paranevad materiaalsed elutingimused meie maal, kus töö on lakanud olemast sundus ja on muutunud au, kuulsuse ja kangelaslikkuse asjaks, kus töötajad on rahulikud oma homse päeva pärast, — see kõik vähendab vaimuhaiguste arvu, esmajoones selliste nagu reaktiivsed seisundid ja mitmesugused neurootiliste reaktsioonide vormid.

Nõukogude arstiteadus, samuti nagu kõik teised teaduse alad, on nõukogude võimu aastail saavutanud sellise õitsengu, mida ei tunne ükski teine riik maailmas.

Kapitalistlikes maades on meditsiiniline abi peamiselt eraarstide käes, keda ei huvita profülaktilise printsiibi arendamine meditsiinis. Teenindava personali koosseis haiglates on viidud äärmise miinimumini.

Ravi eest erahaiglates võetakse nii kõrget tasu, et see ravi on kättesaadav ainult rikastele. Riiklikes vaimuhaiglates on tingimused haigetele rasked. Sellised vaimuhaigete «rahustamise» abinõud nagu hullusärgid, nahkrihmad, võrgud on kapitalistlike maade vaimuhaiglates kasutamisel isegi veel käesoleval ajal.

Kapitalismimaades ei ole vaimuhaigete arvu vähenemise tendentsi. Selle põhjus seisab kapitalistliku korra enese puudustes, mis paratamatult tekitab tööpuudust, vaesust, nälga, süüfilist ja narkomaaniaid. Pingeline «külma sõja» olukord, kindlusetus homse pärast, tööpuudus, üle jõu käiv, kurnav töö — see kõik soodustab vaimuhaigete arvu kasvamist.

Füsioloogiline suund, mis on saja aasta vältel olnud vene psühhiaatria põhiliseks suunaks, on jäänud selleks ka kaasaegses nõukogude psühhiaatrias.

I. P. Pavlov ja tema õpilased andsid füsioloogilise seletuse mitmetele niisugustele psühhopatoloogilistele sündroomidele, mis varem olid arusaamatud, näiteks patofüsioloogilised mehhanismid, mis on mitmete psüühiliste haigestumiste (skisofreenia, maniakaal-depressiivne psühhoos, neurasteenia, hüsteeria, psühhasteenia) aluseks, hüpnoosi toime mehhanismi olemus.

Haige psüühika kaitsmise printsiip pandi ravi aluseks. Ravivkaitsev teraapia loomuliku une pikendamise näol (vt. «Vaimuhaigete ravimise üldised põhimõtted ja peamised meetodid») on leidnud laialdast rakendamist mitte ainult psühhiaatrias, vaid ka somaatilises meditsiinis.

K. M. Bõkov ja tema kaastöölised on rohkearvuliste eksperimentaalsete uurimistega kindlaks teinud tiheda funktsionaalse olenevuse peaaju koore ja iga siseelundi vahel. K. M. Bõkovi uurimised sel alal kinnitavad närvismi-ideed; neilt positsioonidelt saab paljude haiguste päritolu selge põhjenduse. Selliste haiguste hulka kuuluvad haavand- ja hüpertooniatõbi.

Suurt osa füsioloogilise suuna arenemises psühhiaatrias etendasid paljude psühhiaatrite-klinitsistide vaatlused ja uurimised. Nende hulgast tuleb kõigepealt nimetada V. A. Giljarovskit, V. P. Protopopovit, J. A. Popovi, A. G. Ivanov-Smolenskit, A. S. Tšistovitšit, M. M. Assatianit.

NSV Liidu Teaduste Akadeemia ja NSV Liidu Meditsiiniliste Teaduste Akadeemia ühine sessioon 1950. aasta juunis-juulis soodustas tunduvalt suure vene füsioloogi I. P. Pavlovi teadusliku pärandi edasiarendamist. Sessioonil toodi esile mõnede nõukogude teadlaste, sealhulgas ka neuropatoloogide ja psühhiaatrite vead,

kes püüdsid I. P. Pavlovi õpetust moonutada, alavääristada, asendada suure füsioloogi materialistlik õpetus idealistlike reaktsiooniliste «teooriatega», mis olid laenatud lääne kodanlikelt teadlastelt.

Antipavlovlikuks tuleb pidada nn. psühhomorfoloogilist suunda. Psühhomorfoloogilise suuna pooldajad ignoreerisid I. P. Pavlovi füsioloogiaõpetust, lokaliseerides psüühilised funktsioonid ja psühhopatoloogilised häired peaaju rangelt piiratud aladele, sagaratesse, isegi üksikutesse käärudesse ja vagudesse. Nad püüdsid psüühilist talitlust mehhanistlikult seletada ainult ajusiseste vahekordadega, jättes sotsiaalse teguri osa täiesti kõrvale.

Kodanlikus arstiteaduses on laialdaselt levinud ka psühhosomaatiline suund, millel pole midagi ühist marksistliku õpetusega psüühilise ja somaatilise dialektilisest ühtsusest ja vastastikusest tingitusest.

Mõned nõukogude psühhiaatrid püüdsid psühho-somaatilist suunda rakendada nõukogude psühhiaatrias, kuid need katsed leidsid ühisel sessioonil psühhiaatrite enamiku poolt õiglast hukkamõistu.

Kapitalistlikes maades on laialdaselt levinud Freudi reaktsiooniline teooria, mille järgi juhtivat osa inimese psüühilises talitluses etendavad «alateadvuslikud» protsessid ehk instinktid, kõigepealt suguinstinkt. Järelikult eitab freudism sotsiaalse keskkonna, töötegevuse ajaloolist osa psüühika kujunemises. Materialistliku õpetuse seisukohalt on aga selge, et inimese käitumist reguleerivad põhiliselt mitte pimedad instinktid, vaid sotsiaalsed ajendid ja ideed, mis peegeldavad väliseid keskkonna tingimusi.

Seega osutub materialistlik pavlovlik füsioloogia ainsaks tõeliselt teaduslikuks meditsiini aluseks, mis on täielikus vastavuses marksistlik-leninliku filosoofiaga.

Kahe akadeemia ühine sessioon tähistas pavlovliku õpetuse lõplikku võitu psühhiaatrias ja neuroloogias ning suure vene füsioloogi õpetust alavääristada püüdvate psühhiaatrite ja neuropatoloogide väikese grupi täielikku ideelist purustamist. Pärast seda sessiooni asus kogu nõukogude psühhiaatria ja neuroloogia pavlovlikule teele.

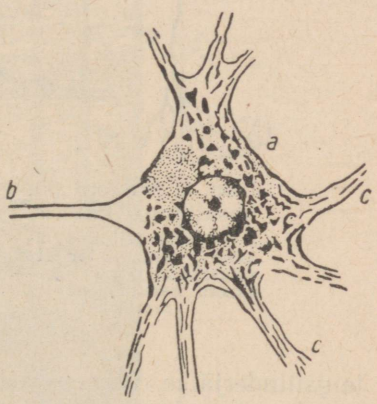
Nõukogude neuroloogia ja psühhiaatria edusammud on saavutatud tänu kommunistliku partei ja Nõukogude valitsuse suurele abile ja tähelepanule.

ÜLDOSA
NEUROLOOGIA

KESK- JA PERIFEERSE NÄRVISÜSTEEMI ANATOOMIA JA HISTOLOOGIA

Pea- ja seljaaju moodustavad kesknärvisüsteemi, neist lähtuvaid perifeerseid närve, mis innerveerivad inimese keha kõiki lihaseid, nahka, kõiki elundeid ja kudesid, nimetatakse aga perifeerseks närvisüsteemiks.

Kesk- ja perifeerne närvisüsteem on ehitatud mitmesuguse kujuga (kolmetahulised, püramidaalsed, hulknurksed, ovaalsed) rakkudest, mis koosnevad protoplasmast ja tuumast (joon. 1).



Joon. 1. Närvirakk (värvitud metüleensinisega). Hästi on nähtavad närviraku protoplasma, tigroidipangad ja tuum (suurendus 800 korda). *a* — raku keha; *b* — telgsilinder (akson); *c* — dendriitjätked.

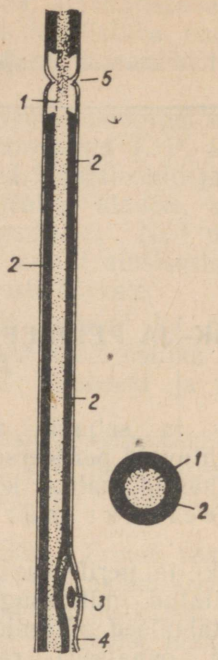
Kõikidest teistest rakkudest erinevad närvirakud selle poolest, et neist lähtuvad jätked; ühte, eriti pikka jätket nimetatakse telgsilindriks ehk aksoniks; teisi, rakukeha lähedal puuokste taoliselt harunevaid jätkeid nimetatakse dendriitideks (joon. 2).

Telgsilinder on kaetud valge rasvataolise ainega, mis moodustab nn. müeliinkesta. Ristilõikel on näha, et see kest kujutab endast otsekui silindrit, mille keskel asub teljena närviraku jätke. Selle järgi nimetatakse seda jätket telgsilindriks. Samuti nagu isolatsioon elektrijuhtmetel, takistab müeliinkest telgsilindrite kokkupuutumist üksteisega. Perifeersed närvikiud on peale müeliinkesta kaetud veel Schwanni kestaga, mis koosneb tuumadega rakkudest; seejuures katab iga rakk oma piirkonda nii, et kahe kõrvuti asetseva piirkonna vahel moodustub nn. Ranvier' soonistis (joon. 3).

Närvirakku kõigi tema jätketega nimetatakse neuroniks. Neuronid on tavaliselt üksteisega ühenduses, kusjuures ühe raku



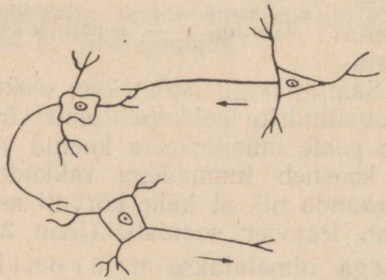
Joon. 2. Neuroni skemaatiline kujutis.
1 — dendriitjätked; *2* — akson, telgsilinder ehk telgsilinderjätke; *3* — aksoni harunemine lõpmeteks.



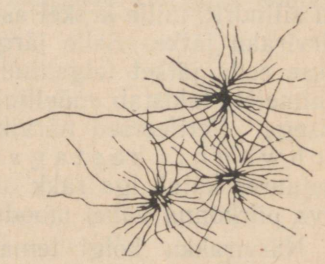
Joon. 3. Närvikiu piki- ja ristilõige.
1 — telgsilinder; *2* — müeliinkest ehk -tupp; *3* — tuum; *4* — Schwanni kest; *5* — Ranvier' soonistis.

telgsilinderjätke ühineb teise raku dendriitjätkega; moodustub nn. neuronite ahel (joon. 4).

Arvatakse, et erutus (vt. tagapool) kandub edasi dendriitjätketelt läbi raku keha telgsilindrile (närviraku dünaamilise polaarsuse seadus).

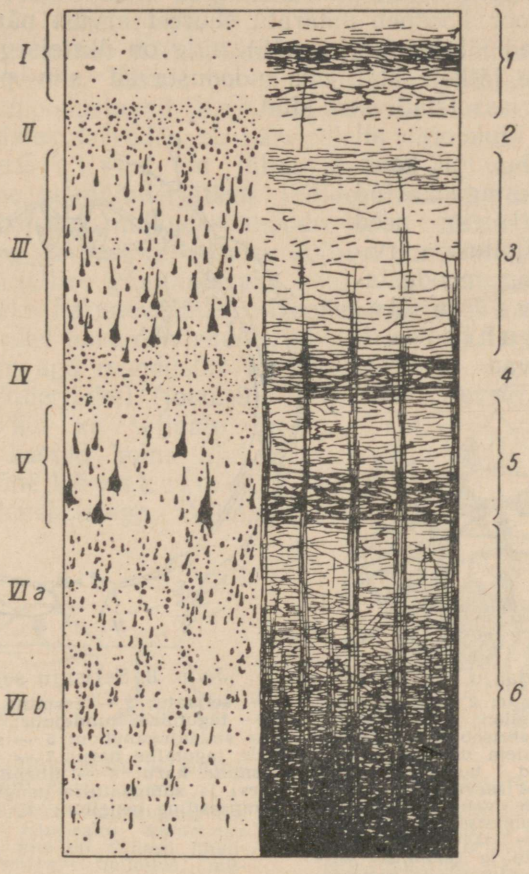


Joon. 4. Neuronite ahel.



Joon. 5. Neuroglia rakud.

Pea- ja seljaajust lähtuvad telgsilinderjätked moodustavad perifeerse närvisüsteemi. Seega kujutavad endast perifeerne ja kesknärvisüsteem lahutamatut tervikut.



Joon. 6. Närvirakkude mitmekihiline asetus ajukoores (vasakul). Müeliinkiudude asetus samades kihtides (paremal).

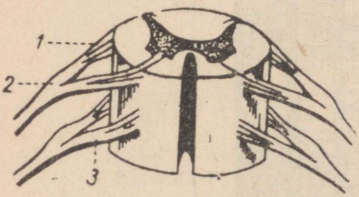
Peale närvirakkude ja nende jätkete on närvisüsteemis olemas veel glioossed rakud, mida kõiki kokku nimetatakse gliaks. Glia on hajunud üle kogu kesknärvisüsteemi, kusjuures eriti rohkesti on teda närvirakkude ümbruses. Rohkearvuliste peenikeste jätkete tõttu on gliarakud tähekujulised; need jätked moodustavad üksteisega põimudes otsekui vildi (joon. 5), milles asuvad närvirakud koos oma jätketega. Iga närvirakku ümbritsedes moodustab glia selle ümber otsekui isolaatori.

Peale selle leidub närvisüsteemis rohkearvuliselt sidekoelisi rakke veresoonte ümber.

Ajukoe histoloogilise ehituse iseärasuste järgi jaotatakse ta anatoomiliselt hall- ja valgeolluseks.

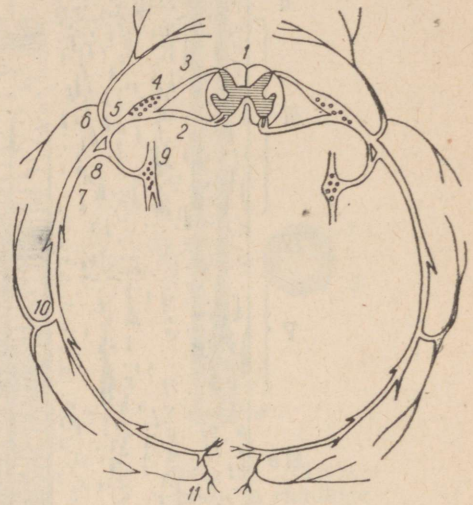
Peaaju hallollus moodustab poolkerade pindmise kihi, mis on kõigest mõne millimeetri paksune; seda nimetatakse ajukooreks. Ajukoor koosneb määratu suurest arvust närvirakkudest; need asetsevad kihtidena (joon. 6) ning on üksteisega ühenduses rohkearvuliste jätkete abil, mis moodustavad siin peamiselt nn. ühendus- ehk assotsiatiivsed kiud.

Vahetult ajukoore all asub valgeollus, mis koosneb müeliinkestaga kaetud telgsilinderjätketest; need lähtuvad hallolluse närvirakkudest ning moodustavad alanevad ja ülenevad juhteteed, mis ühendavad ajukoort madalamal olevate osadega.



Joon. 7. Seljaaju ristilõige.

1 — tagumine juur; *2* — lülidevaheline seljaajuganglion; *3* — eesmine juur. Hallollus asetseb liblikakujuliselt, eesmine laiem osa moodustab eesmised sarved, tagumine kitsam osa — tagumised sarved. Valgeollust eesmiste sarvede vahel nimetatakse eesmisteks sammasteks, tagumiste sarvede vahel — tagumisteks sammasteks, eesmiste ja tagumiste sarvede vahel — külgmisteks sammasteks.



Joon. 8. Seljaaju segment.

1 — seljaaju; *2* — eesmine, motoorne juur; *3* — tagumine, tundejuur; *4* — lülidevaheline seljaajuganglion; *5* — seljaajunärv, *6* — selle tagumine haru; *7* — perifeerse närvi eesmine haru; *8* — ühendusharu seljaajunärvi ja sümpaatilise ganglioni vahel; *9* — sümpaatiline ganglion; *10*, *11* — nahaharud.

dega. Hallollust leidub ka sügaval koore all peaaju poolkerade sees koorealuste tuumade näol.

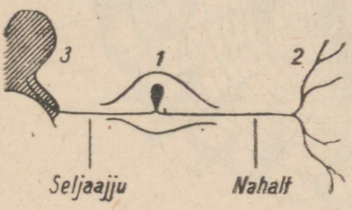
Seljaajus eristatakse samuti hall- ja valgeollust. Hallollus koosneb närvirakkude kogumeist, moodustab seljaaju keskosa ning on ristilõikes liblika või H-tähe kujuga (joon. 7).

See hallollus on närvikiudude kaudu ühenduses lihastega, nahaga, veresoontega ja üksikute siseelunditega (joon. 8). Tema laiemat, ettepoole ulatuvat osa nimetatakse seljaaju eesmisteks sarvedeks, kitsamat osa tagumisteks sarvedeks. Seljaaju jaotatakse paremaks ja vasakuks pooleks, mida ühendavad valge ja hall nide. Hallolluse keskel on seljaaju tsentraalkanal.

Seljaaju hallolluse ümber asuv valgeollus jaotatakse *eesmisteks*, *külgmisteks* ja *tagumisteks sammasteks*. Eesmised sambad on eesmiste sarvede vahel, tagumised tagumiste sarvede vahel, külgmised — kummalgi pool eesmise ja tagumise sarve vahel (joon. 7).

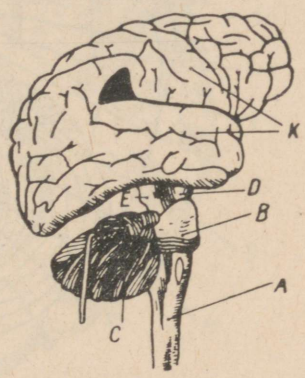
Hallollus koosneb närvirakkudest, mille peamine mass asub eesmistes sarvedes. Rakud on siin hulknurksed, suured; nende telgsilindrid moodustavad *eesmised*, *motoorsed juured*. Tagumistes sarvedes on närvirakud väiksemad. *Tagumised*, *tundejuured* on lülidevaheliste sõlmede (ganglionide) rakkude telgsilinderjätked. Lülidevahelised ganglionid asuvad lülidevahelistes mulkudes, moodustades otsekui juurte paksenemused, ning koosnevad ovaalse kujuga ganglionirakkude kogumeist. Igast sellise ganglioniraku keha väljaulatuvast osast lähtub üks kaheks harunev jätke. Nendes rakkudes osutub perifeeriaga seoses olev haru dendriidiks, rakust seljaaju tagumisse sarve suunduv haru aga moodustab aksoni (telgsilinderjätke) (joon. 9).

Nii pea- kui ka seljaaju on väljastpoolt kaetud kolme ajukelmega — ühe *kõvakelmega* ja kahe pehmekelmega. Viimas-



Joon. 9. Lülidevahelise seljaajuganglioni raku skeem.

1 — lülidevahelise seljaajuganglioni rakk; *2* — närviraku dendriidile vastav jätke, mis on nahaga ühenduses; *3* — seljaaju hallollus, millesse ulatuvad lülidevahelise seljaajuganglioni telgsilinderjätked.



Joon. 10. Peaaju skemaatiline kujutis.

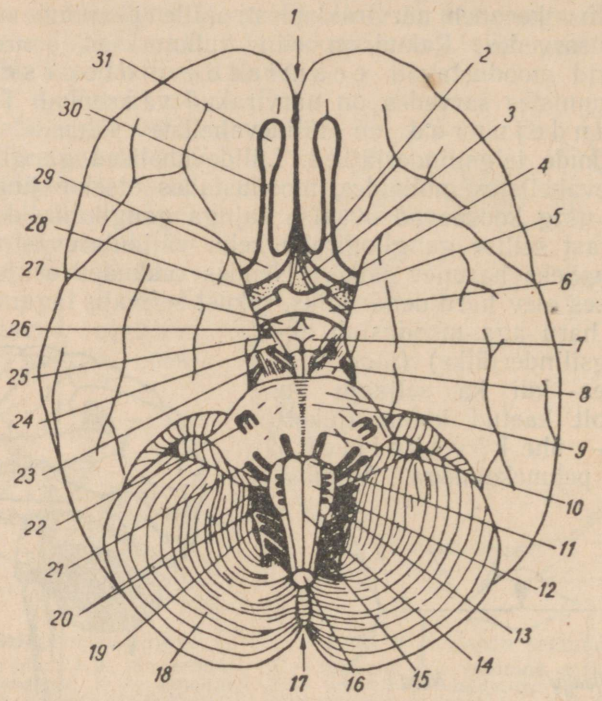
A — piklik aju; *B* — Varoliuse sild; *C* — ajuke; *D* — ajuvarred; *E* — nelikküngastik; *K* — aju suured poolkerad (Varoliuse sild ja ajuke moodustavad tagaaju, ajuvarred ja nelikküngastik kuuluvad keskajusse).

test nimetatakse ühte *ämblikuvõrkkelmeks* (*arahnoideaks*) ja teist *soonkelmeks*. Kõvakelme katab pea- ja seljaaju tihke kestana. Soon- ja ämblikuvõrkkelme liibuvad aju pinnale kahe lestmena, mille vahel moodustub ämblikuvõrkkelmealune ruum (ehk *subarahnoidaalruum*).

Peaaju (joon. 10 ja 11) jaguneb *suurteks poolkeradeks*, *vaheajuks*, *keskajuks*, *tagaajuks* (ajuke ja Varoliuse sild) ning *piklikuks ajuks*.

Ajuke ehk väikeaju asub suurte poolkerade tagumise osa all, Varoliuse silla alumise osa ja pikliku aju kohal. Piklik aju kui

seljaaju vahetu jätk läheb eespool üle Varoliuse sillaks. Varoliuse sillast kõrgemal on keskaju, mis koosneb ajuvartest ja nelikküngastikust. Keskaju ja suurte poolkerade vahel asub vaheaju. Vaheaju ei ole peaaju välisel vaatlusel nähtav, sest ta on kaetud suurte



Joon. 11. Ajupõhimik.

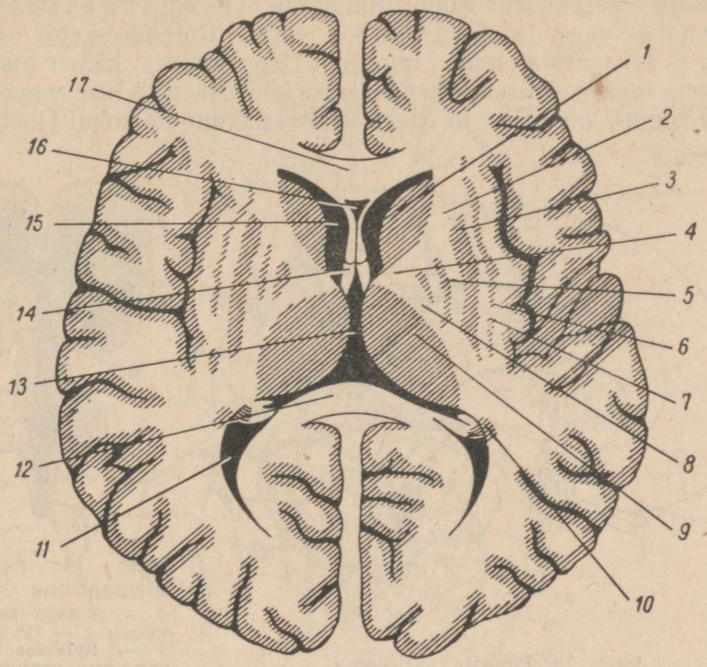
1 — aju pikilõhe; *2, 3* — lõppleste; *4, 5, 6* — II (nägemis-) närv ja selle ristmik; *7* — nibukeha; *8* — vartevaheline auk; *9* — Varoliuse sild; *10* — VI (eemaldaja-) närv; *11, 12* — püramiidteede kulgemise koht; *13* — XII (keele-alune) närv; *14, 15* — pikliku aju vaod; *16* — piklik aju; *17* — lõhe ajukese poolkerade vahel; *18* — ajuke; *19* — XI (lisa-) närv; *20* — X (uit-) närv ja IX (keele-neelu) närv; *21* — VIII (kuulmis-) närv ja VII (näo-) närv; *22* — V (kolmik-) närv; *23* — IV (ploki-) närv; *24* — III (silmaliigutaja-) närv; *25* — ajuvarred; *26, 27* — ajuripatsi algus; *28* — eesmine mulgustatud ollus; *29, 30, 31* — I (haistmis-) närv.

poolkeradega. Tema nähtavale toomiseks tuleb suured poolkerad horisontaalselt läbi lõigata. Vaheaju peamisteks moodustisteks on n ä g e m i s k ü h m u d (joon. 12). Keskaju, Varoliuse sild ja piklik aju moodustavad kokku a j u t ü v e.

Peaajus eristatakse a j u p õ h i m i k k u, s. o. tema lamedat, kolju põhimikul lebavat pinda, ja kumerat, kolju võlvi all asuvat pinda.

Suurte poolkerade ja ajukese poolkerade pind on kaetud vagudega. Ajuolluse osa kahe vao vahel nimetatakse aju käärudeks.

Peaaju suured poolkerad jagunevad otsmiku-, kiiru-, kukla- ja oimusagarateks, mis asuvad umbes samanimeliste koljuluude kohal.



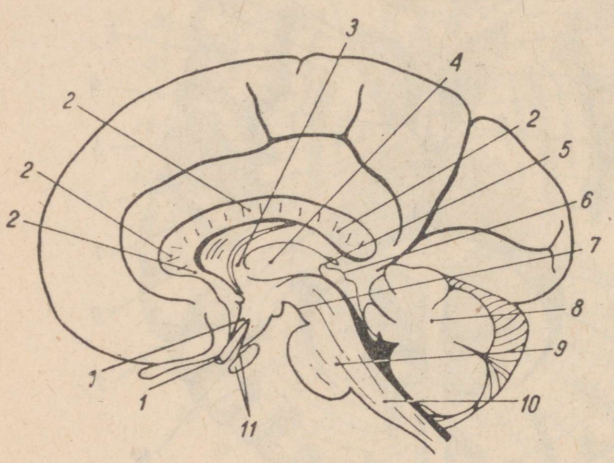
Joon. 12. Peaaju horisontaalne lõige.

1, 10 — sabatuum; *2, 4, 8* — sisekihn; *3* — koor; *5* — kahkjas kera; *6, 7* — eesmüür; *9* — nägemiskühm; *11, 15* — külgmine vatsake; *13* — kolmas vatsake; *12, 17* — mõhnkeha ehk suur ajunide; *14* — võlvi sääг; *16* — läbikumav vahesein.

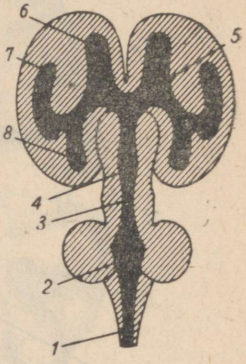
Aju põhimikul on näha 12 paari peaajunärve ehk kraniaalnärve, millest 10 paari lähtuvad aju tüvest (joon. 11). I ehk haistmisnärv asub otsmikusagarate alumisel pinnal; II on nägemisnärv; tema kiud ristuvad eespool türgi sadulat; III ehk silmaliigutajanärv lähtub ajuvarte vahelt; IV ehk plokinärv kulgeb ajuvarte äärt mööda; V ehk kolmiknärv lähtub Varoliuse silla keskmistest osadest; VI ehk eemaldajanärv kulgeb Varoliuse silla alumise ääre ja pikliku aju vahelt; VII ehk näonärv ja VIII ehk kuulmisnärv lähtuvad Varoliuse silla, pikliku aju ja ajukese vahelt, piirkonnas, mida nimetatakse silla-ajukese vaheliseks

nurgaks; XI ehk lisanärv lähtub rea juurtega pikliku aju alumistest osadest; IX ehk keele-neelu närv, X ehk uitnärv ja XII ehk keelealune närv lähtuvad pikliku aju välimistest osadest ja tema paksenenud, nn. bulbaarsest (ladinakeelsest sõnast *bulbus* — sibul, mugul) piirkonnast, mistõttu need kolm närvi (IX, X, XII närvipaar) on ühendatud bulbaarsete närvide grupiks.

Peaaju vagudest tuleb nimetada tsentraalset ehk Rolando vagu ja Sylviuse vagu. Rolando vagu eraldab ajukoore kiirupinda, tema tagumist tsentraalset kääru otsmikusagarast, selle eesmisest tsentraalsest käärust. Sylviuse vagu moodustub oimu-, otsmiku- ja kiirusagara kokkupuute kohal (joon. 20).



Joon. 13. Peaaju pikilõige.
1 — nägemisnärv; *2* — suur ajunide; *3* — külgmisi vatsakesi kolmanda vatsakesega ühendav ava; *4* — nägemis- ehk tundekühm; *5* — käbinääre; *6* — nelikküngastik; *7* — ajuvarred; *8* — ajuke; *9* — Varoliuse sild; *10* — piklik aju; *11* — hüpofüüs ehk ajuripats.

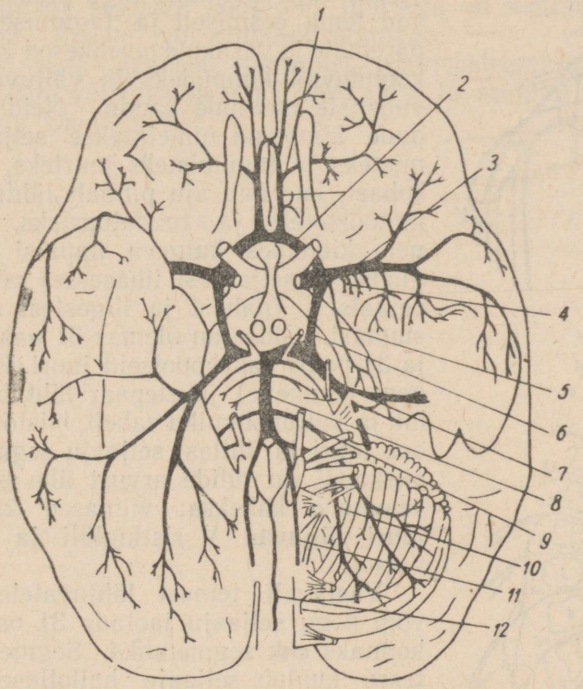


Joon. 14. Ajuõõnte skemaatiline kujutis.
1 — seljaaju tsentraalkanal; *2* — IV vatsake; *3* — Sylviuse veejuha ehk aju veejuha; *4* — III vatsake; *5, 6, 7, 8* — külgmised vatsakesed (eesmiste, alumiste ja tagumiste sarvedega).

Vahetult ajukoore all asuvat ja ajurakkude pikkadest, lehvikuna koonduvatest telgsilinderjätketest koosnevat valgeollust nimetatakse kiirpärjaks. Lähenedes peaaju keskmistele osadele, jaotub valgeollus siin asuvate koorealuste hallide tuumade (sabatuum, koor, kahkjas kera ja nägemis- ehk tundekühm) vahel kitsasteks kihtideks ja teda nimetatakse sisekihnuks (joon. 12, 21, 24).

Ajuvartes asuvad ka hallid rakulised moodustised — punased tuumad ja mustollus. Valgeollus (juhteteed) asub ajuvarte alustes.

Peaaju sisemuses on õõned — vatsakesed: kaks külgmist (eesmiste, tagumiste ja alumiste sarvede ehk osadega), mis lähevad üle kolmandaks, nägemiskühmude vahel asuvaks vatsakeseks; kolmas vatsake läheb omakorda üle kitsaks kanaliks, nn. Sylviuse veejuhaks, mis asub nelikküngastiku all. Varoliuse silla ja pikliku aju kõrgusel Sylviuse veejuha laieneb, moodustades neljanda ajuvatsakese. Viimane kitseneb ja läheb üle seljaaju tsentraalkanaliks (joon. 13 ja 14).



Joon. 15. Ajupõhimiku arterid.

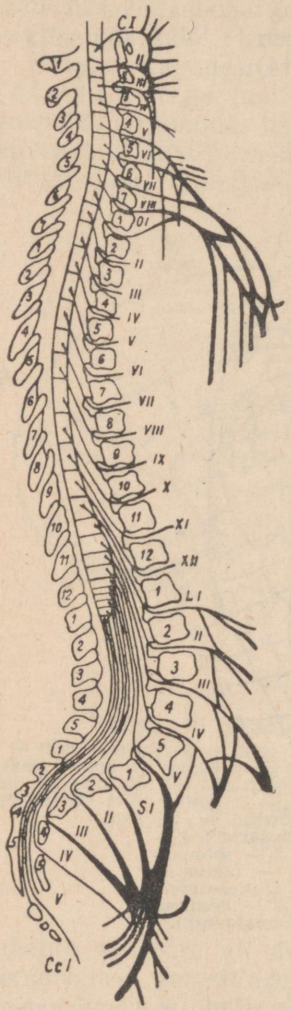
1 — eesmine ajuarter; *2* — eesmine ühendusarter; *3* — keskne ajuarter; *4* — koorealused arterid; *5* — soonpõimikuarter; *6* — tagumine ühendusarter; *7* — tagumine ajuarter; *8* — põhimikuarter; *9* — keskne ajukesearter; *10* — alumine ajukesearter; *11* — lüliarter; *12* — eesmine seljaajuarter (joonisel vasakul on ajuke eemaldatud).

Vatsakestes ringleb ajuvedelik, mida produtseerivad vatsakestes leiduvad soonpõimikud.

Nagu öeldud, on kõik vatsakesed üksteisega ühendatud; neljas vatsake on peale selle ühenduses pea- ja seljaaju ämblikuvõrkkelmealuse (subarahnoidaalse) ruumiga.

Peaaju varustavad rikkalikult verega kaks arteriaalset süsteemi, nimelt sisemised unearterid (*a. carotis interna*) ja lüliarterid (*a. vertebralis*) (joon. 15).

Seljaaju on pikliku aju vahetuks jätkuks ning asub lülisambakanalis. Seljaaju kättesaamiseks tuleb eemaldada lülide ogajätked. Seljaaju kujutab endast silindrilist moodustist, mille suurim diameeter on 10—12 mm. Alumises otsas omandab see silinder koonuse kuju (*conus medullaris*).



Joon. 16. 31 seljaaju segmenti, hobusesaba, õlapõimik ja nimmeristluu põimik. Lülid on märgitud araabia numbritega, neile vastavad seljaaju segmendid rooma numbritega.

Täiskasvanud inimesel ei täida seljaaju kogu lülisambakanalit, vaid on kanalist lühem ja lõpeb II nimmelüli kõrgusel (joon. 16). Seljaaju kogu pikkuses lähtuvad tema eesmiselt ja tagumiselt pinnalt paremale ja vasakule peenikesed kiud. Need koonduvad kimpudeks ja väljuvad lülidevaheliste mulkude kaudu. Neid närvikiudude kimpusid nimetatakse seljaaju eesmisteks ja tagumisteks juurteks, olenevalt kohast, kus nad aju pinnalt lähtuvad, ehk motoorseteks ja tundejuurteks, olenevalt neis kiududes kulgeva impulsi tsentrifugaalsest (seljaajust lihasesse) või tsentripetaalsest (nahast ja liigestest seljaajju) suunast. Üldse on olemas 31 paari paremja 31 paari vasakpoolseid juuri. Kõige kõrgem (esimene) juurtepaar lähtub I kaelalüli ja koljupõhimiku vahelt, mistõttu kaelaosa juuri ja ühtlasi seljaaju segmente ehk piirkondi on lülide arvust ühe võrra rohkem, s. o. kaheksa; viimased kaks paari juuri väljuvad V ristluulüli ja õndraluu vahelt.

Vastavalt temast lähtuvatele juurtele võib kogu seljaaju jaotada 31 osaks, piirkonnaks ehk segmendiks. Segmendi mõistesse kuulub seljaaju hallolluse piirkond koos temast paremale ja vasakule lähtuva kahe paari juurtega.

Seljaaju segmente nimetatakse nende lülide järgi, mille lülidevaheliste mulkude kaudu nad on ühendatud juurtega. See seaduspärasus ei pea paika ainult seljaaju kaelaosa suhtes, kus, nagu juba öeldud, on mitte seitse, vaid kaheksa segmenti (joon. 16). Seega on seljaajus 8 kaela-, 12 rinna-, 5 nimme-, 5 ristluu- ja tavaliselt 1 õndraluusegment. Et juured väljuvad neile vastavate lülidevaheliste mulkude kaudu, seljaaju oma õndraluusegmendiga aga lõpeb juba teise nimmelüli kõrgusel, siis on kogu lülisambakanali alumine osa täidetud ainult

seljaaju juurtega, mis moodustavad nn. hobusesaba (*cauda equina*).

Lülisambakanalist väljunud juured ühinevad paarikaupa ja moodustavad spinaalnärvid (joon. 8), mis jagunevad peenikesteks tagumisteks ja jämedamateks eesmisteks harudeks. Kõrvuti olevate segmentide eesmised harud moodustavad üksteisega ühinedes lingusid ja põimikuid, millest saavad alguse perifeersed närvid.

Seljaaju iga segment koos oma juurtega on seotud temale vastava naha-, lihaste- või elundipiirkonnaga.

Pärast seda lühikest tutvumist närvisüsteemi anatoomia ja histoloogiaga võib asuda tema normaalse ja seejärel patoloogilise füsioloogia käsitlemisele.

KESK- JA PERIFEERSE NÄRVISÜSTEEMI FÜSIOLOOGIA JA PATOFÜSIOLOOGIA

I. SELJAAJU FÜSIOLOOGIA

Inimese ja loomade närvisüsteemi talitluse põhiprintsiibiks on refleks, mille teostumiseks on vajalik närvikoe teatav struktuur. Reflektoorse mehhanismi abil tagatakse organismi seos väliskeskkonnaga, kust lakkamatult saabub määratul hulgal igasuguseid ärritusi. Vastuseks neile ärritustele toimub reflektoorselt organismi üks või teine talitlus. Kesknärvisüsteemi osadest on seljaaju ja peaaju tüveosa vahetult seotud retseptoorsete aparaatidega, kuhu saabuvad ärritused ümbritsevast maailmast.

Vastavalt oma anatoomilis-histoloogilisele ehitusele teostab seljaaju põhiliselt kahte funktsiooni: 1) segmentaar-reflektoorne funktsioon, mis on seoses seljaaju hallollusega ning tema tagumiste ja eesmiste juurtega, ja 2) juhtimisfunktsioon, mis on seoses seljaaju valgeollusega; viimane kujutab endast ülenevate ja alanevate juhteteede summat.

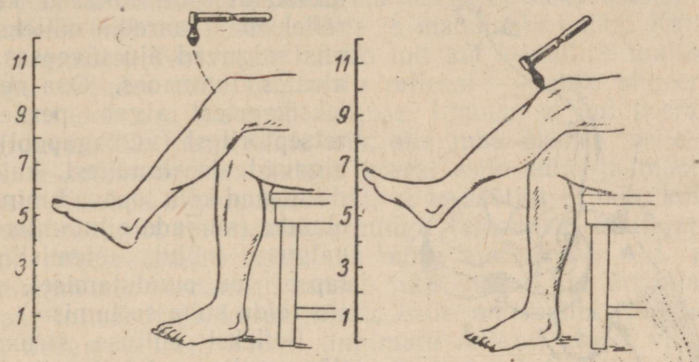
Seega teostavad need kaks ehituselt erinevat seljaajuosa erinevaid funktsioone; see kinnitab veel kord vormi ja funktsiooni marksistlikku dialektikat ning I. P. Pavlovi poolt mainitud seost dünaamika ja konstruktsiooni vahel.

Eesmised ja tagumised juured ning nendega ühenduses olevad seljaaju hallolluse piirkonnad moodustavad selle materiaalse substraadi, mille abil organismis teostuvad elementaarsed *tingimatud refleksid*.

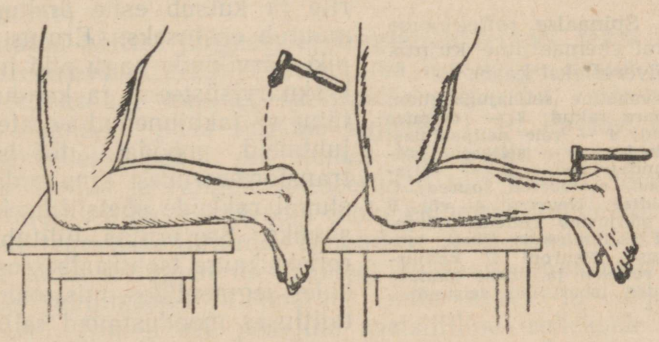
Tingimatute reflekside demonstratiivseteks näideteks on *põlve- ja ahhilleuse kõõluse refleksid*, mida neuroloogilises diagnostikas laialdaselt kasutatakse. Põlve kõõlusrefleksid seisavad selles, et reie nelipealihas tõmbub kokku, kui lüüa haamriga põlvekedrale kinnituva kõõluse pihta; ahhilleuse kõõluse refleksid on seoses sääre kolmpealihase kokkutõmbumisega löögi puhul ahhilleuse kõõlusele. Reie nelipealihase kokkutõmbumise tagajärjeks on sääre kerge ülesviskumine (joon. 17), sääre kolmpealihase kokkutõmbumisel paindub labajalg talla poole (joon. 18). Need refleksid on lapsel olemas juba sündimisest

peale, seetõttu nimetatakse neid ka *kaasasündinud reflekside*ks.

Skemaatiliselt võib tingimatu refleksi mehhanismi hästi näidata siin esitatud põlverefleksi varal spinaalse refleksikaare näol



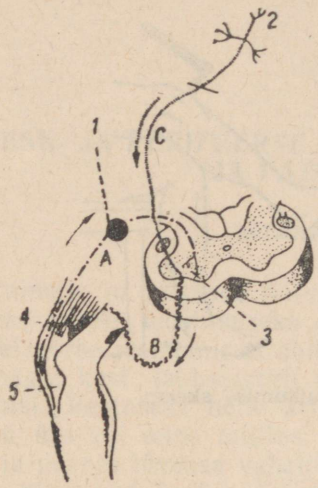
Joon. 17. Põlverefleksi esilekutsumise skeem.



Joon. 18. Ahhilleuse kõõluse refleksi esilekutsumise skeem.

(joon. 19). Reie nelipealihase kõõlust (joon. 19, *5*) tabavad mehaanilised ärritused kulgevad perifeerse närvi, antud juhul reienärvi tundeosa (joon. 19, *A*) mööda, kanduvad edasi tagumist juurt mööda ning antakse erutuslaine kujul edasi seljaaju tagumisse sarve ja sealt eesmise sarve rakkude dendriitidele (joon. 19, *3*). Eesmise sarve rakkude telgsilinderjätkeid mööda, eesmise juure koostises ning edasi perifeerse närvi motoorset osa (joon. 19, *B*) kaudu kulgeb erutuslaine reie nelipealihase juurde (joon. 19, *4*). Nii tagatakse struktuurselt spinaalne refleksikaar seljaaju tsentri-

petaalse ja tsentrifugaalse (tagumise ja eesmise) juure abil. Pisut ette rutates märgime, et kõikide spinaalsete (tingimatute) reflekside kulg toimub peaaju reguleeriva mõju all (joon. 19, *C*; selletust vt. tagapool).



Joon. 19. Spinaalse reflektoorse mehhanismi skemaatiline kujutis (põlverefleksi kaar).

1 — lülidevaheline seljaajuganglion; *2* — ajukoore rakud; *3* — eesmise sarve rakud; *4* — reie nelipealihas; *5* — põlvekeder; *A* — seljaaju tagumised, tundejuured; *B* — seljaaju eesmised, motoorsed juured; *C* — püramiidtee. Neuroni *A* või *B* kahjustus põhjustab refleksi nõrgenemise või kadumise ja lihase toonuse languse. Neuroni *C* kahjustus tingib refleksi ja lihase toonuse kõrgenemise (spastiline seisund).

Analoogiliselt spinaalsele refleksikaarele on ehitatud ka teiste reflekside kaared, näiteks need, mis sulguvad aju tüveosas, koorealustes tuumades. Osa neist refleksikaartest algab perifeersetest retseptoritest (vt. tagapool), teised algavad siseelunditest, kuid eranditult nad kõik lõpevad mingis tööelundis (silmade pilutamine tugeva valguse mõjul, imemisliigutused lapsel suu puudutamisel, süljeeritus toidu suhu sattumisel).

Refleksi ehituse struktuurilis-dünaamiline printsiip seisab selles, et välismaailma või organismi sisekeskkonna üks või teine agens avaldab mõju perifeersele retseptorile ja kutsub esile ärrituse, mis muutub erutuseks. Erutus saabub piki närvikiude nagu piki juhtmeid kesknärvisüsteemi ja kandub sealt tänu väljakujunenud seostele teisi juhtmeid mööda tööelundisse, transformeerudes omakorda selle elundi rakkude spetsiifiliseks protsessiks. See erutus lülitub ümber refleksikaare tsentraalses osas kõikides segmentides, mis oma ühises talitluses moodustavad seljaaju ja peaaju tüveosa tervikliku segmentaar-reflektoorse aparaadi.

II. KESKNÄRVISÜSTEEMI KÕRGEMA OSA FÜSIOLOOGIA

Kesknärvisüsteemi kõrgema osa füsioloogia erineb oluliselt tema madalamate osade füsioloogiast. Kesknärvisüsteemi madalamate osade füsioloogia seisab tingimatutes refleksides, mille abil teostub organismi terviklus, tema liigi säilimine ja elementaarne tasakaalustus ümbritseva keskkonnaga, kesknärvisüsteemi kõrgema osa füsioloogia aga moodustub tingitud reflekside väga keerukatest kombinatsioonidest. Tingitud refleksid arenevad inimese ja looma kogu elu vältel, võimaldades pidevalt välis- ja sisekesk-

konna — meid ümbritseva maailma ja meie eneste organismi — tingimustele täpselt ja valivalt reageerida.

Tavaline eksperimentaalne tingitud refleks kujundatakse laboratooriumis järgmiselt.

Eelnevalt tuuakse koeral operatiivsel teel välja süljenäärmejuha ja moodustatakse mao fistul ehk uuris, et oleks võimalik täpselt kindlaks määrata erituva sülje ja maomahla hulka. Katse ise seisab järgmises. Teatavasti kutsub toit kui keemiline maitseärritaja suhu sattudes esile tingimatu refleksi — rohke süljeerituse, makku sattudes aga maomahlaerituse. Ilmneb, et kui koera söödab korduvalt üks ning sama isik, siis juba üksnes selle isiku lähenevate sammude kõla kutsub koeral esile sülje ja maomahla eritumise. Kui koera söödetakse nii, et ta söötjat ei näe, kuid iga kord enne söötmist rakendatakse mingit täiendavat ärritajat, näiteks heli- või valgusärritajat, siis mõne aja pärast, s. t. pärast antud tingimuste kordamist, kutsub juba üksnes see ärritaja ilma tingimatu toiteärritaja kasutamiseta esile maomahla ja sülje eritumise. Seega kujuneb koeral tingimatu refleksi alusel välja tingitud refleks. Kui aga pärast tingitud refleksi väljakujunemist kutsuda seda korduvalt esile ilma tingimatu ärritajaga kinnitamata või lasta tingimatu ärritaja hilineda, siis tingitud refleks pidurdub, kustub (sisemise aktiivse pidurduse avaldumine).

Esitatud näitest järgneb, et tingimatu refleks tekib ilma igasuguse eelneva ettevalmistuseta, ilma igasuguse tingimuseta, tingitud refleks aga kujuneb spetsiaalse võtte abil, teatavate tingimuste loomisel. Seda selgitab kujukalt I. P. Pavlov, öeldes, et esimese refleksi puhul on olemas närvivoolu otsene juhtimine väljakujunenud ja rangelt formeerunud teid mööda, teise refleksi puhul tuleb see tee närvivoolu jaoks eelnevalt kujundada, luua ja ajutiselt tegevusse lülitada. Tähendab, et «kesknärvisüsteemis on olemas kaks erisugust tsentraalset aparaati: aparaat närvivoolu otseseks juhtimiseks ja aparaat selle sisse- ja väljalülitamiseks...»[1]. Nimelt see peaajule spetsiifiline reflekside (ajutiste seoste) kujunemise mehhanism teebki närvisüsteemi kõrgemad osad erakordselt keerukaks funktsionaalseks süsteemiks, täpseimaks instrumendiks sidepidamise jaoks organismi rohkearvuliste osade eneste vahel ja kogu organismi ning meid ümbritseva maailma poolt määratu suurel arvul avaldatavate mõjude vahel.

Kui kujutleda inimese ja alaliselt muutuva väliskeskkonna vastastikuste vahekordade kogu keerukust ja mitmekesisust, siis muutub arusaadavaks, et ainult tingimatutest seostest kui alalistest seostest ei ole küllalt, vaid et on vajalik suur hulk ajutisi seoseid, tingitud reflekse.

Tingitud-reflektoorne talitlus oleneb analüsaatorite abil teos-

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, 1951, изд. 7-е, стр. 450.

tuvast ajukoore seosest ümbritseva tegelikkusega ja organismi enese sisekeskkonnaga. Analüsaatorid koosnevad kolmest osast: 1) analüsaatori perifeersest lõpmest ehk perifeersest retseptorist (nahanaastud, silma võrkkesta kolvikesed ja kepikesed, Corti organ), 2) juhteosast, kuhu kuuluvad perifeerne närv, seljaaju tagumine juur, selja- ja peaaju ülenevad juhteteed, ja 3) analüsaatori tsentraalsest ehk kortikaalsest lõpmest.

Kogu peaaju koor osutub retseptoorseks, analüsatoorseks seadiseks ja isegi motoorne tee, mis on seotud meie tahteliste liigutustega, saab alguse liigutusanalüsaatorist.

Närvitalitluse aluseks on peale erutusnähtuste, nagu nägime tingitud reflekside kustumise näitel, ka pidurdusnähtused. Nagu kirjutab I. P. Pavlov, koosneb «... närvitalitlus üldse erutus- ja pidurdusnähtustest. Need on otsekui ühe närvitalitluse kaks poolt»[1].

Erutus- ja pidurdusprotsessid toimuvad teatavate seaduste järgi. Nendeks seadusteks on irradiatsioon, kontsentratsioon ja vastastikune induktsioon.

Tingitud reflekside kujundamisel võib selgesti märgata, kuidas ärritus algul irradieerub mööda koort ning seejärel kontsentreerub. Nii kujuneb algul tingitud refleks mistahes helile, seejärel aga ainult teatavale rangelt kindlale toonile. Võib samuti jälgida, kuidas ühes ajukoore punktis tekkinud erutus irradieerub tugevnemisel mööda koort. On hästi teada, et ajukoore teatava punkti lühiajaline ärritus kutsub esile piiratud lihasterühma liigutused; kui ärritust jätkatakse, astuvad tegevusse üha uued lihased, kuni kramp haarab kõik skeletilihased.

Seda saab väga hästi vaadelda operatsioonilaual, kui väikese elektroodi asetamisel haige paljastatud eesmise tsentraalkääru alumisele osale haigel tekivad näo, seejärel käe, kere ja jala lihaste tõmblused.

Kui erutusprotsess kontsentreerub, kutsub ta oma toime aja vältel vastupidise protsessi esile naaberosades, toime lõppedes aga tema enda kohal. Teiste sõnadega, erutuskolle kutsub temaga piirnevates osades esile pidurduse (välise passiivse pidurduse avaldumine); seda nähtust nimetatakse negatiivseks induktsiooniks. Pidurduskolle vabastab pidurdusest teda ümbritsevad osad ja seda nähtust nimetatakse positiivseks induktsiooniks.

Ajukoore töö kõige iseloomulikumaks iseärasuseks on temas toimuvate protsesside erakordne liikuvus, muutlikkus. Olenevalt nii organismi sisekeskkonna kui ka ümbritseva välismaailma muutustest teostuvad ajukoores mitmesugused varem väljakujunenud reaktsioonid; tekivad ja kustuvad mitmesugused positiivsed ja negatiivsed tingitud refleksid, toimub keerukas analüüs ja süntees.

---

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, 1951, изд. 7-е, стр. 101.

See kõik toimub samade seaduspärasuste — närviprotsesside irradiatsiooni, kontsentratsiooni ja vastastikuse induktsiooni alusel. Kortikaalse talitluse selle iseärasuse tõttu toimub organismi vajalik kiire kohanemine väliskeskkonna alaliselt muutuvatele tingimustele, mis loob tema liikuva tasakaalu.

Olgugi et tingitud-reflektoorsed seosed on väga liikuvad, muutlikud, võivad nad elukogemuste omandamise protsessis kinnistuda, tugevasti fikseeruda; selle tagajärjel annab organism teatavas situatsioonis alati ühe ning sama reaktsiooni.

Seda fikseerunud tingitud-reflektoorset mehhanismi nimetatakse füsioloogias *dünaamiliseks stereotüübiks*. Dünaamiline stereotüüp on harjumuspärase tegevuse, töövilumuse jne. aluseks.

Inimese ja looma käitumisvormide muutumise, uute võtete, harjumuste omandamise aluseks on uute dünaamiliste stereotüüpide kujunemise keerukas närviprotsess.

III. MITMESUGUSTE ANALÜSAATORITE FÜSIOLOOGIA JA PATOFÜSIOLOOGIA

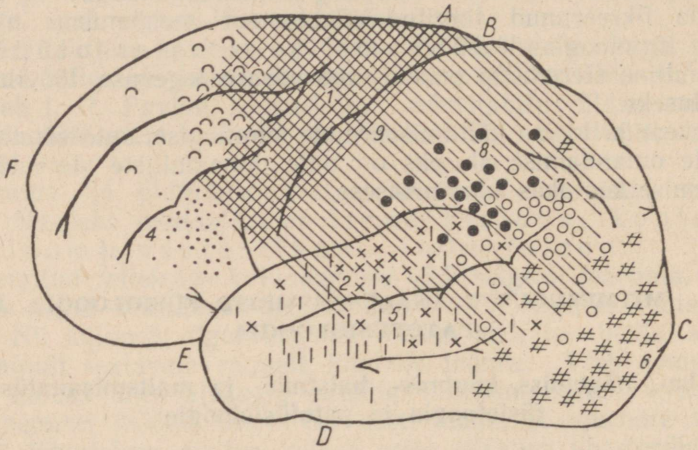
1. Naha-, nägemis-, kuulmis-, haistmis- ja maitsmisanalüsaatori füsioloogia ja patofüsioloogia

Uurimised on näidanud, et nahas leidub hulgaliselt neuroretseptoorseid tundeaparaate; nendega lõpevad lülidevaheliste ganglionide rakkude perifeersed jätked, kuna nende tsentraalsed jätked suunduvad tagumiste juurte koosseisus seljaajju. Järelikult kulgevad mainitud eksteroretseptoritega vastuvõetavad ärritused närvikiude mööda seljaaju tagumistesse sarvedesse. Sealt kanduvad ärritused üle seljaaju valgeollusesse, levivad selles ning jõuavad lõpuks ajukoore tagumise tsentraalkääru rakkudeni. Seal toimub nende ärrituste analüüs ja süntees, mistõttu seda ajukääru nimetatakse naha-analüsaatori kortikaalseks osaks. Samuti nagu kõik teised süntees-analüsaatorid, on ka naha-analüsaatoril oma tuum, oma keskus, mille rakud tagavad kõige täielikumalt antud analüsaatori spetsiifilist funktsiooni. Sellel analüsaatoril on suur perifeerne väli, mis ulatub naabruses asuvate süntees-analüsaatorite perifeersetele väljadele, nagu on näha joonisel 20.

Ilma selle naha-analüsaatorita ei saa olla aistingut, ja me tunneme pistet, puudutust ja soojust ainult seni, kuni on olemas lahutamatu seos perifeerse nahakehakese ja peaaju koores oleva tsentraalse naha-analüsaatori vahel. Selle seose katkemisel ükskõik kus kohas tekib tundetus.

Samasuguse ehitusega on ka teised kõrgemad tundeelundid, mis samuti teostavad organismi seost ümbritseva maailmaga. Võtame näiteks silma. Nägemisnärvi kiud silma võrkkestas suun-

duvad distantsretseptorite juurde, s. t. retseptorite juurde, millesse saabuvad ärritused kaugel asuvatelt ärritajatelt, antud juhul valgusallikast. Võrkkestas on niisugusteks distantsretseptoriteks kepikesed ja kolvikesed, milles valguslaine mõjul pigment rodopsiin laguneb. Tekib fotokeemiline reaktsioon — nende protsesside algstaadium, millede tulemusena tekivad biovoolud, mis kulgevad mööda nägemisnärvi ja nägemise juhteteid. Pärast mittetäielikku



Joon. 20. Aju kortikaalsed analüsaatorid.

Tsentraalvaost (*A*) eespool — liigutusanalüsaator (*1*), tagapool — naha-analüsaator (*9*); *2* — kõneanalüsaator; *4* — motoorne kõneanalüsaator; *5* — helianalüsaator; *6* — valgusanalüsaator; *7* — kirjakõne analüsaator (lugemiskeskus); *8* — tegevus. praksis, *F* — otsmikusagar; *B* — kiirusagar; *C* — kuklasagar; *D* — oimusagar; *E* — Sylviuse vagu.

ristumist aju põhimikul suundub nägemisnärv eesmisse nelikküngastikku ja nägemiskühmudesse. Edasi kulgevad nägemise juhteteed peaaju kuklasagara koorde ja lõpevad seal nägemisanalüsaatori rakkude juures. Kui hävib silma võrkkest või nägemisnärvid, nägemise juhteteedega seoses olevad subkortikaalsed tuumad või ajukoore kuklasagara piirkond, on tagajärg igal juhul ühesugune — nägemise kaotus.

Täpselt samal põhimõttel on ehitatud ka kuulmiselund. Helilained panevad võnkuma trummikile, mis on ühenduses kuulmeluukeste süsteemiga (vasar, alasi, jalus). Üks neist luukestest (jalus), toetudes trummiõõne labürindi seina ovaalsesse aknasse, nihkub kord sisse-, kord väljapoole ning paneb võnkuma teos asuva endolümfi. Karvakeste aparaat ja Corti organ, mis on kuulmisnärvi perifeerseks analüsaatoriks, hakkavad seetõttu samuti võnkuma. Tekib füüsikalis-keemiline protsess, mis on mööda kuulmise juhteteid levivate biovoolude allikaks. Kuulmise juhteteed

ristuvad osaliselt Varoliuse sillas, suunduvad tagumisse nelikküngastikku ja nägemiskühmu ning lõpevad viimaks tsentraalses helianalüsaatoris, peaaju oimusagara ülemise osa koores, otsekohe Sylviuse vao all. Kui vigastuvad sisekõrv, kuulmise juhteteed või mõlemad helianalüsaatorid, on tagajärjeks igal juhul kuulmise kaotus.

Keele ja nina limaskestas asuvatest tundekehakestest lähtuvate juhteteede ehitus on põhimõttelt sama. Nad lõpevad ajukoores maitsmis- ja haistmisanalüsaatoris, mis asuvad oimusagarate sisemisel pinnal.

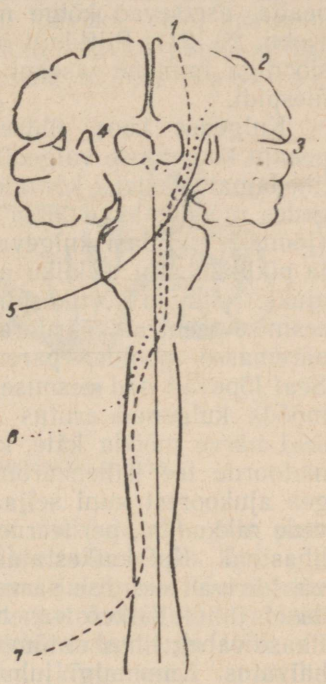
2. Liigutusanalüsaatori füsioloogia ja patofüsioloogia

Liigutusanalüsaatorile on omased mõned iseärasused. Kui eespool nimetatud analüsaatorid tagasid organismis mitut liiki tundlikkust, siis liigutusanalüsaator, nagu näitab juba tema nimetus, on seotud mitte ainult tundlikkusega, vaid ka liikumisega. Ühelt poolt toimub temas ärrituste analüüs, mis saabuvad lihastes, liigesekihnudes ja kõõlustes asuvatelt ning toimuvatest liigutusaktidest signaliseerivatelt retseptoritelt; teiselt poolt tekivad selles analüsaatoris impulsid, mis tingivad mitmesuguseid liikumisakte.

Täpse liikumisakti teostamiseks on aga vajalik nende impulsside pidev analüüs, mis saabuvad antud momendil tegevusse astuvast motoorsest luu- ja lihaseaparaadist.

Meie tahtelisteks liigutusteks on vajalikud «andmed» lihaste ja liigeste seisundi kohta. Ja tõepoolest, inimene ei saa käega teha õigeid liigutusi, kui tal ei ole «andmeid» selle kohta, millises asendis on tema käsi antud momendil ja kas see käsi on tal üldse olemas.

Motoorseteks süsteemideks, mis teostavad liigutusanalüsaatori töö tulemust, on motoorsed püramiidteed.



Joon. 21. Parempoolsete kortikospinaalsete (püramiid-) teede ja kortikobulbaarsete ehk kortikonukleaarsete seoste kulg. Ajukeskuste ristuv seos näo ja jäsemetega.

1 — parempoolne keskus jala lihastele; *2* — parempoolne keskus käe lihastele; *3* — parempoolne keskus näo lihastele; valgeollus allpool numbreid *1*, *2* ja *3* moodustab kiirpärja; *4* — vasak sisekihn; *5* — kortikonukleaarne tee vasaku näopoole jaoks; *6* — kortikospinaalne ehk püramiidtee vasaku käe jaoks; *7* — kortikospinaalne ehk püramiidtee vasaku jala jaoks.

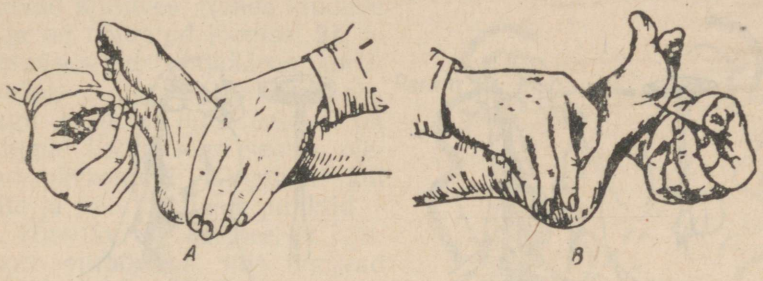
a) **Püramiid- ehk kortikospinaalne tee** (kulgeb ajukoorest ehk *cortex*'ist seljaajuni) algab närvirakkudest, mis asuvad liigutus-

analüsaatori kortikaalses osas, eesmises tsentraalkäärus. Need rakud eesmises tsentraalkäärus asuvad nii, et rakkude grupid, mille aksonid ulatuvad kuni seljaaju ristluusegmentideni ning on seega ühenduses jalgade alumiste osadega, asuvad käärude ülemistes piirkondades, seal, kus üks poolkera teisega peaaegu kokku puutub; rakud, mille aksonid on ühenduses kraniaalnärvidega, s. t. peaga, asetsevad kõige madalamal, otse aju oimusagara kohal (joon. 20, 21). Piltlikult öeldes, seoses kehaosade sellise lokalisatsiooniga inimene otsekui seisaks eesmises tsentraalkäärus, jalad ülespidi.

Kulgedes koos ühtse tervikuna, moodustavad püramiidteed peaaju koorealuse valgeolluse *kiirpärja*. Seal liibuvad nad üha tihedamalt üksteise kõrvale ning aju koorealuste tuumade vahel kulgedes moodustavad kitsa kihi, mida nimetatakse *sisekihnuks* (joon. 21). Edasi kulgevad nad ajuvartesse, sealt Varoliuse silda ja piklikku ajju. Pikliku aju alumises osas, ülemineku kohal seljaajuks, ristuvad kortikospinaalse ehk püramiidtee kiud: vasakpoolse eesmise tsentraalkääru rakkude telgsilindrid lähevad üle seljaaju paremasse poolde, parempoolse — seljaaju vasakusse poolde. Seal lõpevad nad eesmise sarve rakkude juures ning püramiidteed mööda kulgenud erutus kandub edasi eesmisi juuri ja perifeerseid närve mööda käte, kere ja jalgade lihastesse. Järelikult on motoorne tee kaheneuronilise ehitusega; tsentraalne neuron kulgeb ajukoorest kuni seljaaju ühe või teise segmendi eesmiste sarvede rakkudeni, perifeerne neuron aga eesmiste sarvede rakkudest lihasteni. Kui katkestatakse närvikiud püramiidtee mingis lõigus või hävivad eesmise sarve rakud ja eesmine juur, siis nii ühel kui teisel juhul katkeb vahetu seos ajukoore liigutusanalüsaatori ja lihase vahel; lihas ei tõmbu enam haige tahtel kokku, areneb lihase halvatus. Kummalgi juhul on aga halvatus kvalitatiivselt erinev (joon. 19).

Kui hävivad seljaaju nimmeosa eesmiste sarvede rakud või eesmised juured vasakul, siis tekib vasaku jala halvatus. On selge, et kuna hävivad eesmise sarve rakud, siis katkeb refleksikaar sellel kohal ning järelikult ei saa halvatud jalas reflekse esile kutsuda. Peale selle on niisuguse halvatud jala lihased lõdvad, mis ilmneb passiivsete liigutuste tegemisel. Jala lihaste toonus on sel juhul madalam kui samasuguste passiivsete liigutuste korral normaalses olekus. Antud juhul ei ole karta, et lihaste toonust ei määrata küllalt täpselt, sest haige ei saa oma halvatud jäsemega ei tahtlikult ega tahtmatult vastupanu avaldada. See on nn. *lõtv halvatus*, mille põhjustab perifeerse motoorse neuroni hävimine. Vähe sellest, mõne aja pärast hakkavad halvatud lihased kõhetuma ja atrofeeruma, sest ilma eesmise sarve rakkude troofilise toimeta hakkab lihaskoes arenema degeneratsiooniprotsess ning lihaskude asendub sidekoega. Seega iseloomustavad lõtva halvatust lihase toonuse nõrgenemine (atoonia), refleksi puudumine (arefleksia) ja lihase atroofia.

Samal juhul aga, kui püramiidtee katkestatakse kuskil kõrgemal samast seljaaju vasakpoolsest nimmeosast, näiteks vasakus rinnaosas, esineb samuti vasaku jala halvatus. Sel korral aga refleksid halvatud jalas ei kao, sest refleksikaared, mis sulguvad ristluuosas (ahhilleuse refleks) ja nimmeosas (põlverefleks) ei ole kahjustatud. Need refleksid osutuvad halvatud jalal isegi tugevamaks kui tervel jalal. Lihased ei muutu lõdvaks, vaid, vastupidi, pingsaks, nende toonus tõuseb. Veel enam, tekivad patoloogilised refleksid, mis tervel täiskasvanul puuduvad, näiteks Babinski refleks ja Rossolimo refleks.



Joon. 22.
A — normaalne tallarefleks; *B* — Babinski refleks.

Kui tervel inimesel tõmmata nõelaga üle jalatalla, siis painduvad varbad talla poole; see on normaalne tallarefleks. Kui sedasama teha kõrgenenud toonusega halvatud jalal, siis tõuseb suur varvas ülespoole (joon. 22). See on patoloogiline, Babinski refleks. Kui varvaste tallapoolsele pinnale anda kerge löök, siis normaalselt jäävad varbad liikumatuks, kõrgenenud spastilise toonusega halvatuse puhul aga painduvad kiiresti talla poole, otsekui tehes haaramisliigutuse. See on Rossolimo refleks (joon. 23).

Äsja kirjeldatud halvatuse tüüpi, mida iseloomustavad lihaste kõrgenenud toonus, tugevnenud kõõlusrefleksid ja patoloogiliste reflekside esinemine, nimetatakse spastiliseks halvatuseks. Selle puhul täheldatavad nähtused, mis on tingitud püramiidtee koostises kulgeva tsentraalse motoorse neuroni hävimisest, seletuvad sellega, et impulsse ajukoorest ei anta edasi seljaaju segmentaar-reflektoorsele aparaadile. Seljaaju segmentaar-reflektoorne aparaat on ajukoorega vastastikuse induktsiooni vahekorras; ajukoore pidurduse korral või siis, kui sealt ei saabu ärritusi seljaajju, tekib seljaajus erutusseisund. See aga tingib reflekside tugevnemise, s. t. ärrituste ülekande tugevamas astmes ning sellega ka lihaste kõrgenenud toonuse.

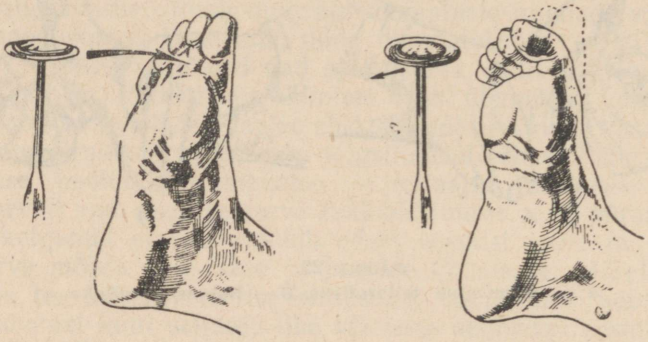
Seega eristatakse kaht liiki halvatusi: lõtv ehk perifeerne ja spastiline ehk tsentraalne halvatus.

Haiguse täpseks diagnoosimiseks ei piisa ainult halvatuse liigi kindlaksmääramisest, vaid on tarvis täpsustada kahjustuse loka-

lisatsioon. Lõtv halvatus võib tekkida seoses eesmise juure või selle rakkude hävimisega, aga ka perifeerse närvi kahjustuse, haavamise või põletiku tagajärjel.

Et kahjustuse lokalisatsiooni küsimust täpsustada, tuleb uurida kõiki tundlikkuse liike.

Kuna perifeerses närvis kulgevad seganärvid, s. t. nii motoorsete (eesmiste) kui ka tunde- (tagumiste) juurte kiud, siis iseloomustab perifeerse närvi kahjustust lõtv halvatus ja kõikide tundlikkuse liikide häire. Eesmise sarve või eesmise juure kahjustuse korral aga ei ole tundlikkus häiritud.



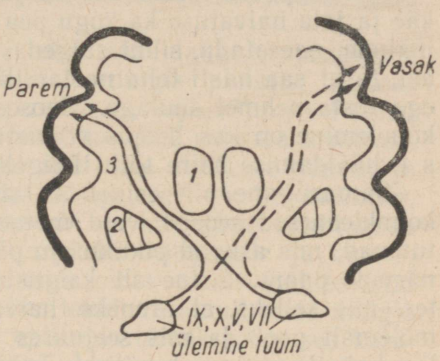
Joon. 23. Rossolimo refleksi uurimine.

Uuritakse mitmesuguseid tundlikkuse liike: valutundlikkust, temperatuuritundlikkust, taktiilset (puudutus-) ja lihaste-liigeste (liigestes toimuvate liigutuste ja lihaste asendi aisting) tundlikkust. Uurimise põhimõte seisab selles, et tehakse kindlaks, kas haigel on tundlikkus säilinud naha kõikides osades ning vajalikul määral: kas haige tunneb puudutust sõrmega või vatitupsutiga, nõela torget, ärritust kuuma, sooja ja külma veega täidetud katseklaasiga puutumisel, kas ta suudab neid temperatuure eristada ning, lõpuks, kas ta saab kinnisilmi öelda, millist sõrme või varvast tal puudutatakse, kummale poole neid painutatakse. Esineb ka mitte tundlikkuse kadumine (anesteesia), vaid kõrgenemine. Taktiilse tundlikkuse kõrgenemist nimetatakse hüperesteesiaks, valutundlikkuse kõrgenemist hüperalgeesiaks.

Spastilise halvatuse puhul tuleb kindlaks teha püramiidtee kahjustuse koht. Jalgade halvatuse, s. t. alumise parapleegia korral asub kahjustus seljaajus, allpool kaelaosa, s. t. madalamal sellest piirkonnast, millega on ühenduses kahjustamata käed. Kui on halvatud kõik neli jäset, on tegemist tetrapleegiaga; kahjustuse koht asub siis seljaaju kaelaosas või sellest kõrgemal. Samapoolse käe ja jala halvatuse, s. t. parem- või vasakpoolse

hemipleegia korral asub kahjustuse koht kõige sagedamini vasakus või paremas sisekihnus.

Sellise hemipleegia korral esineb peale käe ja jala spastilise paralüüsi ühtlasi ka miimilise lihastiku alumise poole halvatus samal poolel. Seejuures ei saa haige täielikult hambaid paljastada ega halvatud näopoolel põske punni ajada; suust välja sirutatud keel kaldub halvatud jäsemete poolele. See on seletatav sellega, et koos püramiidtee kortikospinaalsete kiududega kulgevad läbi sisekihnu ka kortikonukleaarsed kiud, mis ühendavad ajukoort (liigutusanalüsaatorit) motoorsete peaajunärvide tuumadega, mis asuvad ajutüves. Nende kiudude kulg on näidatud joonisel 21, *5*. Eesmises tsentraalkäärus, kortikaalses liigutusanalüsaatoris, nagu eespool juba öeldud, on jalgade liikumisega seoses olevad piirkonnad kõrgemal kui käte ja näo liigutuste punktid.



Joon. 24. Bulbaarsete närvide (IX, X, V ja VII ülemise tuuma) ja ajukoore kahepoolse seose skeem.
1 — nägemiskühm; *2* — koor ja kahkjas kera; *3* — kortikobulbaarsete seoste kulg läbi sisekihnu.

Huvitav on ka see, et ajukoore piirkonnad, mis tagavad selliste väikeste lihaste nagu labakäe ja näolihaste funktsiooni, on tunduvalt suuremad piirkondadest, mis on ühenduses tuharate ja reite võimsate lihasemassiivide funktsiooniga. See on seletatav asjaoluga, et aju struktuuride kujunemine vastab funktsioonide täpsustumisele ja peenenemisele ehk, mis on sama, tingitud-reflektoorsete seoste hulgale, mis võivad seal tekkida. Mitte ükski lihas ei ole aga oma töös peenem ega täpsem kui inimese labakäe või näo lihased.

b) **Kortikobulbaarsed teed.** Selliste motoorsete närvide nagu kolmiknärvi (V), uitnärvi (X), keele-neelu närvi (IX) ja näonärvi (VII) ülemise osa tuumadel on kortikaalse liigutusanalüsaatoriga kahepoolne seos nii ristuvate kui ka mitteristuvate kiudude abil (joon. 24). See kahepoolne seos avaldub selles, et V närvi, VII närvi ülemise haru ning IX ja X närvi poolt innerveeritud lihased tõmbuvad alati kokku sünkroonselt, üheaegselt. Me ei saa mäluda ühe poolega, ilma et ei pingulduks ka teine pool, me ei saa pinguldada ainult üht häälekurdu või tõsta pehme suulae ühtainust poolt. Mitte kõik inimesed ei saa vaheldumisi kord üht, kord teist silma sulgeda, vaid sulgevad korraga mõlemad. Vähesed oskavad ainult ühel poolel otsmikku kortsutada. Silma sulgemine ja otsmiku naha tõstmine on võimalik ainult näonärvi tuuma ülemise osa õige funktsiooni puhul.

Ajukoore motoorse tsooni või sisekihnu kahjustuse korral areneva hemipleegia pilti kuulub ainult alumise näopoole ja poole keele lihaste halvatus. Teised näo ja suukoopa lihased ei ole kahjustatud. See seletub sellega, et näonärvi alumine haru ja keelealune närv on seoses ainult ajukoore vastaspoolega, samuti nagu sellega on ühenduses käsi ja jalg. Motoorsete kraniaalnärvide kõik teised tuumad on ühenduses aju mõlema poolkeraga. Vasakpoolne hemipleegia on tingitud püramiidteede ja kortikonukleaarsete ühenduste parempoolsest kahjustusest, parempoolne hemipleegia aga nende vasakpoolsest kahjustusest.

Mõlemapoolse sisekihnu kahjustuse korral tekib peale mõlema käe ja jala halvatuse ka kogu pea lihaste halvatus: haigel on raske mäluda, naeratada, silmi sulgeda, keelt välja sirutada ja, mis peaasi, ta ei saa hästi teha neelamisliigutusi, pinguldada häälekurde ega tõsta pehmet suulage. Seoses sellega tekib haigel kõnehäire: kõnelemine on kas hoopis võimatu või kujuneb nn. d ü s a r t r i a, s. t. hääldamise häire tõttu langeb rida häälikuid kõnest välja.

Samasugune pilt esineb ka siis, kui ei ole kahjustatud kortikonukleaarsed seosed, vaid motoorsed kraniaalnärvid või nende tuumad, mis asuvad pikliku aju piirkonnas (IX, X ja XII kraniaalnärvide paar). Erinevalt kahjustustest kortikonukleaarsetes seostes, mis selleks, et areneks halvatus, peavad olema katkestatud mõlemalt poolt ja mis seejuures kutsuvad alati esile sümmeetrilise halvatuse, areneb närvide kahjustuse korral kas või ainult ühel poolel (näiteks uitnärvi ja keele-neelu närvi kahjustuse puhul paremal pool) düsartria ja neelamise häire (düsfaagia) või täielik võimetus kõnelda (anartria) ja neelata. On arusaadav, et perifeerne halvatus võib samuti olla kahepoolne ja sümmeetriline.

Kirjeldatud nähtusi perifeerse kahjustuse korral nimetatakse b u l b a a r s e k s h a l v a t u s e k s, tsentraalsete kahjustuste puhul aga p s e u d o b u l b a a r s e k s h a l v a t u s e k s. Bulbuseks nimetatakse pikliku aju laienenud osa, millest lähtuvad IX, X ja XII kraniaalnärvide paar; peamiselt need tagavad kõnelemise ja neelamise perifeerse aparaadi töö.

Pseudobulbaarse halvatuse, samuti nagu iga teise tsentraalse halvatuse korral on refleksid tugevnenud. Näos väljendub see imemisrefleksi ilmumises: kui puudutada haige huuli või koputada nina pihta, siis tõmbuvad ta huuled torru.

Bulbaarse halvatusega, samuti nagu iga teise perifeerse halvatusega, kaasneb halvatud lihaste atroofia. Tavaliselt väljendub selgesti keele lihaste atroofia.

Käte ja jalgade halvatus võib bulbaarse ja pseudobulbaarse halvatuse puhul ka puududa; bulbaarse halvatuse arenemiseks on küllalt ainult kraniaalnärvide tuumade või närvide eneste kahjustusest, pseudobulbaarse halvatuse tekkimiseks aga kortikonukleaarsete seoste kahjustusest, ilma et oleksid kahjustatud kortikospinaalsed teed, püramiidteed. Niisuguseid haigeid põetades tuleb meeles pidada, et neil on neelamise ja kõnelemise häired.

Peale funktsionaalsete ärajäämasümptoomide võivad esineda ka motoorsete juurte ja eesmiste sarvede rakkude, samuti ka kortikaalse liigutusanalüsaatori ärrituse nähud. Esimesel juhul (s. t. eesmiste juurte ja eesmiste sarvede rakkude kahjustuse puhul) võib täheldada peeni fibrillaarseid tõmblusi lihaskiududes, teisel juhul (kortikaalse kahjustuse korral) aga massiivsemaid krampliikke tõmblusi.

Kui laboratooriumi tingimustes ärritada elektrivooluga peaaju liigutusanalüsaatori pinda, siis, olenevalt kohast, kuhu elektrood asetati, toimub ühe või teise lihasterühma kokkutõmbumine; kord tekib see sääre, reie või kõhu lihastes, kord õlavarre-, küünarvarre või pea lihastes.

Sellist kliinilist «eksperimenti» võib täheldada ka praktikas. Kujutlegem, et eesmise tsentraalkääru mingis punktis, näiteks paremal pool ülemises piirkonnas, areneb kasvaja või on sel kohal ajule liibuvas ajukelmes pärast traumat hakanud vohama armkude. Aeg-ajalt hakkab niisugusel haigel äkki täie teadvuse juures ja tahtmatult vasak labajalg tõmblema. Mõne aja — vahel minutite, vahel isegi sekundite — pärast kandub see klooniline tõmblemine üle säärele, siis reiele, tõuseb mööda keha kõrgemale ja haarab lõpuks näo lihased. Jääb mulje, nagu oleks elektrivool levinud üle kogu eesmise tsentraalkääru, olles tekkinud ainult tema mingis ühes punktis. See on nn. Jacksoni epilepsia täielik hoog; see kujutab endast ajukoore motoorse tsooni ärrituse sündroomi ja on, nagu eespool öeldud, erutuse irradiatsiooni demonstratiivseks näiteks.

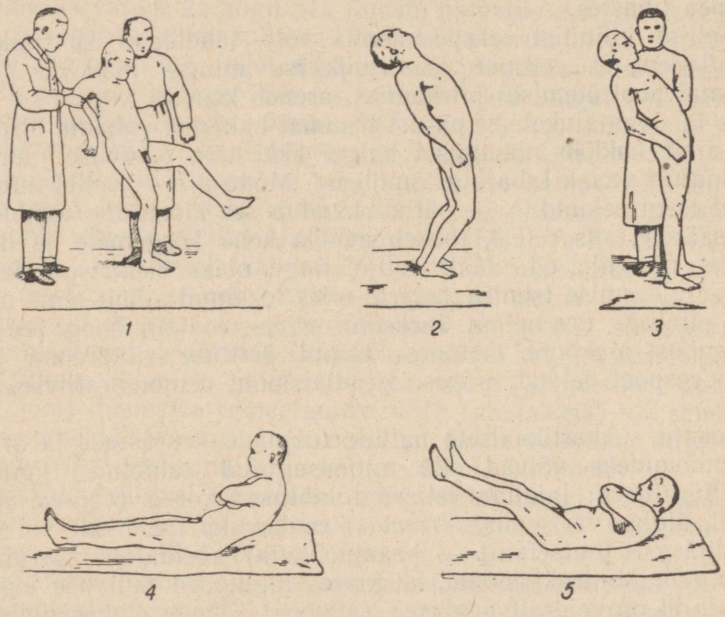
Peaaju subkortikaalsete hallide tuumade kahjustuse ja ärrituse sümptoomideks võivad olla mitmesugused tahtetud liigutused, sundliigutused: laiahaardelised tõmblused korea (*chorea minor*) puhul, üldine värisemine (*tremor*) raukusliku (seniilse) või entsefaliidijärgse (entsefaliit — peaajupõletik) aheldatuse korral, käte ja jalgade kontraktsioonid, kusjuures liigutused tahtelise tegevuse momendil on veidralt aeglased (atetoos). Tuleb silmas pidada, et subkortikaalne aparaat annab palju mitmekesiseid liigutuste muutusi; neid on isegi raske eri rühmadesse jaotada. Eriti demonstratiivne on selles suhtes liigutuste aeglus, aheldatus. Selline haige tõstab näiteks aeglaselt kätt üles, vahel seda liigutust poolel teel peatades; ta kätes täheldatakse värisemist; ta käib aeglaste sammudega ega tee seejuures üldse kaasnevaid liigutusi kätega, tema miimika on vaene, nägu otsekui jäigastunud.

IV. AJUKE JA LIIGUTUSANALÜSAATORI SÜSTEEM

Liikumishäired ei ole tingimata seotud ainult püramiidtee või koorealuse kahjustusega ning ei avaldu mitte ainult nõrkuse, halvatuse või jäigastumisena. On veel teisi juhteteid, mille funktsiooni häire kutsub esile teist, omapärast tüüpi liikumishäireid. Need on ajukesesüsteemi (tserebellaarsete) kahjustuste tagajärg.

Ajuke saab ülenevate juhteteede kaudu perifeeriast pidevalt signaale jäsemete ja kere asendist ruumis; see teostub naha ja lihaste seose arvel ajukesega, samuti ka ajukese tiheda seose tõttu vestibulaaraparaadiga, s. o. poolringkanalitega. Ajuke saadab eesmise sarve rakkudele reflektoorselt impulsse, mis sealt lähevad lihastele, hoides selle kaudu keha tasakaalus ning koordineerides ja kooskõlastades kõiki liigutusi.

Meie liigutuste koordineerimisest ja tasakaalustamisest võtavad suurel määral osa ajukoor ja subkortikaalne aparaat, mille kõik osad on juhteteede kaudu ühenduses ajukesega.



Joon. 25.

1 — kõnnak tserebellaarsete häirete korral; *2* — keha normaalne kaldumine taha; *3* — keha kaldumine taha ajukese kahjustuse korral (haige ei tee samaaegselt painutust põlveliigestes); *4* — istuli tõusmine normaalselt; *5* — istuli tõusmine ajukese kahjustuse korral.

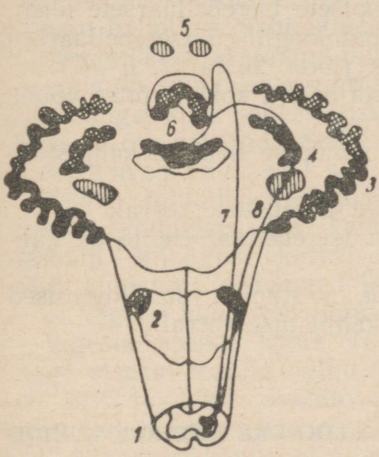
I. P. Pavlov käsitab organismi võimet maa suhtes liikuvat tasakaalu säilitada kui tasakaalustavat refleksi, mis normaalselt alati töötab, kuid ühtlasi on alati maskeeritud tahteliste liigutustega.[1]

Ajukese või tema ja perifeeria vaheliste seoste kahjustuse korral tekib i n k o o r d i n a t s i o o n, s. t. liigutused on kooskõlasta-

[1] I. P. P a v l o v, Valitud teosed, Eesti Riiklik Kirjastus, 1955, lk. 306.

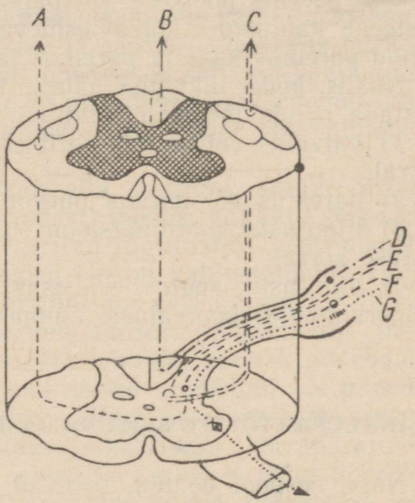
mata, kohmakad, mitte arvestuse kohased, kusjuures lihaste jõud on täielikult säilinud. Haigel ei toimu keha lihaste kokkutõmbumine kooskõlastatult; seetõttu ilmneb nn. asünergia (kreeka keeles *syn* — koos, *ergon* — töö, *a* — eitus).

Näitena võib tuua järgmise juhu: kui inimene normaalsetes tingimustes keha tahapoole painutab, tekib tal selle liigutuse teatavas staadiumis põlveliigestes kerge painutus, mis ei lase teda selili kukkuda. Ajukesesüsteemi kahjustusega haigel seda sünergiat ei ole ja ta kukub. Niisugune haige ei saa ka lamavast asendist ilma käte abita istuli tõusta: kere asemel hakkavad tal tõusma



Joon. 26. Ajukese seos seljaajuga.

1 — seljaaju; *2* — piklik aju; *3* — ajukese koor; *4* — ajukese koorealused tuumad; *5* — punased tuumad; *6* — ülenevate juhteteede lõppemise koht; *7, 8* — ülenevad spinotserebraalsed teed.



Joon. 27. Tagumine juur ja selle koosseisu kuuluvad kiud.

A ja *C* — seljaaju külgmised sambad; spinotserebellaarsed teed ning valu- ja temperatuuriärritusi juhtivad teed; *B* — tagumised sambad, mille kaudu toimub taktiilsete ja lihaste-liigeste ärrituste juhtimine; *D* — puudutus- ja lihaste-liigeste tundlikkust juhtivad kiud; tungimata seljaaju tagumistesse sarvedesse, suunduvad need tagumiste sammaste koosseisus otse üles; *E* — ajukesse kulgevad tundekiud; *F* — valu- ja temperatuuritundlikkust juhtivad kiud; *G* — eesmise sarve rakkudele ärritusi edasiandvad kiud.

jalad (joon. 25). Kõnnak meenutab joobnu kõnnakut, raskemal juhul ei saa aga haige üldse käia. Kui selline haige võtab mõnda eset, siis teeb ta kätega liigseid laiakaarelisi liigutusi, ei taba märki, ta käed värisevad.

Sõrme-nina proovi (sõrmega ninaotsa tabamine) puhul hakkab niisugusel haigel käsi ninale lähemale jõudes üha tugevamini kõikuma. Seda nähtust nimetatakse intentsioontreemoriks.

Kõnelemisel hakkavad keel ja teised lihased üleliia kokku tõmbuma, värisema; selle tõttu kujuneb *skandeeriv kõne* — haige hääldab sõnu silpide kaupa. Pilgu kõrvale pööramisel liiguvad silmamunad aeglaselt tagasi ning pöörduvad siis tõmblusega uuesti kõrvale. Silmamunade niisuguseid tõmblevaid liigutusi nimetatakse *nüstagmiks*.

Tuleb silmas pidada, et ajukese poolkerad, erinevalt suurtest poolkeradest, on motoorsete ja tunde-juhteteede kaudu perifeeriaga ühenduses mitte ristamisi, vaid samapoolselt. Järelikult kujunevad ajukese parema või vasaku poolkera kahjustuse korral liikumise häired vastavalt paremal või vasakul kehapoolel. Näiteks ajukese parema poolkera või parempoolsete tserebellaarsete ühendusteede kahjustuse korral esinevad patoloogilised tserebellaarsed nähud paremas käes ja paremas jalas (joon. 26 ja 27, *E—C*).

Niisiis, kõike liikumise häirete kohta öeldut kokku võttes võime eristada nende järgmisi kliinilisi vorme:

1) halvatus või nõrkus perifeerse motoorse neuroni kahjustuse korral;

2) halvatus või nõrkus püramiidtee kahjustuse korral;

3) liigutuste koordinatsiooni häire tserebellaarsete teede kahjustuse korral;

4) liigutuste aeglus, vähesus või, vastupidi, sundliigutused (hüperkineesid) koorealuste tuumade kahjustuse korral.

V. ANALÜSAATORITE SEISUND JA TUNDLIKKUSE HÄIRETE TÜÜBID

Nagu eespool öeldud, satuvad kõik tundeärritused, sealhulgas ka nahast lähtuvad, tsentripetaalseid, ülenevaid juhteteid mööda peaaju koorde, kus toimub nende analüüs ja süntees. Ülenevad juhteteed asuvad seljaaju tagumistes ja külgmistes sammastes; tagumistes sammastes kulgevad lihaste-liigeste ja taktiilset (puudutus-) tundlikkust juhtivad kiud, külgmistes sammastes temperatuuri- ja valuärritusi edasikandvad kiud. Tunde-juhteteede kogu mass läbib peaajus sisekihnu tagumisi osi, minnes enne seda piklikus ajus ja osalt seljaajus vastaspoolele. Seepärast annab vasakpoolse sisekihnu tagumise osa kahjustus parempoolse tundetuse pildi, parempoolse hemianesteesia — tundlikkuse, kõikide liikide puudumise kogu paremal kehapoolel.

Seljaaju ristipidise kahjustuse korral tema mistahes tasapinnal kaasneb parapleegia (kahe jäseme halvatus) või tetrapleegia (nelja jäseme halvatus) pildiga tundlikkuse kõikide liikide kadumine nendes kehaosades, mis on ühenduses seljaaju segmentidega allpool kahjustuskollet. Tähendab, tundlikkus jääb ära mingilt keha tasapinnalt kuni päris alla. Selline pilt esineb tavaliselt seljaaju põletikkude (müeliitide) või seljaaju kasvajate korral; see on *juhtetüüpi* tundlikkushäire.

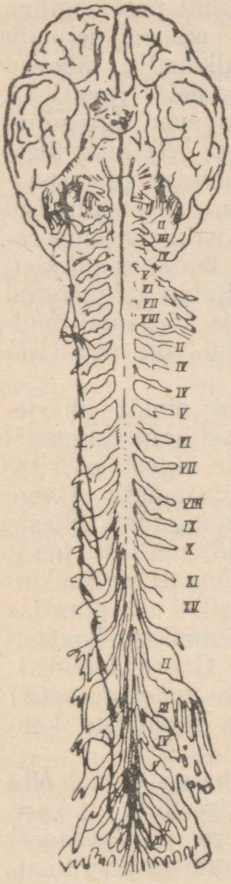
Kuna süva- (lihaste-liigeste) ja taktiilse tundlikkuse teed kulgevad seljaajus eraldi temperatuuri- ja valutundlikkuse teedest, siis võib esineda ka nn. dissotsieeritud ehk lahutatud tüüpi tundlikkushäire. Näiteks võib esineda ainult valu- ja temperatuuritundlikkuse häire, sagedamini neil juhtudel, mil patoloogiline protsess areneb tagumise sarve piirkonnas või eespool seljaaju tsentraalkanalit. Nimelt seal, eespool tsentraalkanalit, lähevad valu- ja temperatuuritundlikkuse teed vastaspoolele (joon. 27, *F—A*). Taktiilsete ja lihaseärrituste juhteteed kulgevad aga seljaaju tagumiste sammaste valgeolluses (joon. 27, *D—B*) ning ülespoole kulgedes suunduvad alles pikliku aju tasapinnas vastaspoolele. See nn. dissotsieeritud tüüpi tundlikkushäire, mis on tingitud seljaaju hallolluse kahjustusest, annab tavaliselt valu- ja temperatuuritundlikkuse ärajääma pildi kere ja jäsemete teatavas piirkonnas, mis on spinaalsete juurte abil ühenduses seljaaju kahjustatud segmendiga, kuna sellest piirkonnast madalamal ja kõrgemal tundlikkus ei ole häiritud. Seda tundlikkushäire tüüpi võib nimetada ka segmentaarseks.

Teistel juhtudel, vastupidi, võib olla häiritud ainult lihaste-liigeste tundlikkus, mis kandub edasi mööda seljaaju tagumisi sambaid. Niisugusel korral on häiritud liigutuste õigesti sooritamine, kusjuures motoorsed juhteteed ise on kahjustamata. Haige ei saa õigesti käia, sest liigutusanalüsaator ei saa signaale lihaste ja liigeste asendi kohta (kokkutõmbumisest, lõtvumisest jne.). Haige otsekui loobiks jalgu ülemäära kõrvale, kõnnak on ebakindel. Eriti tugevasti avalduvad need nähud kinnisilmi või pimedas käies, kui haige ei saa oma jalgade liigutusi silmadega kontrollida. Niisugust kõnnakut nimetatakse ataktiliseks (korrapäratuks); see esineb sageli seljaajukuive (spinaalne taabes — *tabes dorsalis*) puhul, millele on iseloomulik seljaaju tagumiste sammaste kahjustus.

Ka perifeersete närvide kahjustuse korral võib haige kõnnak olla ataktiline, sest ärrituste mitteküllaldase saabumise tõttu nahast, lihastest ja liigestest peaajju ei lähtu selle koore piirkondadest täpseid vastusimpulsse; selle tagajärjeks on liigutuste koordinatsiooni häire. Perifeerse närvi või seljaaju tagumise juure kahjustuse korral langevad välja kõik tundlikkuse liigid selles keha piirkonnas, mis antud närvikiu või -juure kaudu on ühenduses keskusega. Sellist tundlikkushäire tüüpi nimetatakse esimesel juhul perifeerseks, teisel aga radikulaarseks (*radix* — juur).

Peale tundlikkuse ärajääma tunnuste esinevad ka tundlikkuse ärrituse sümptoomid, mis avalduvad valudes piki perifeerse närvi kulgu — neuralgias. Nende valudega on tegemist näiteks perifeersete närvide hulgise põletiku puhul, kus neuralgia on neuriidi üheks kliiniliseks sümptoomiks. Esineb ka istmikunärvi neuralgiat (ishias), teiste spinaalsete närvide ja kolmiknärvi neuralgiat. Neuralgia esineb ka mitmete seljaaju haiguste (spinaalsete haiguste) korral, kui seljaaju tagumised, tundejuured on ärritussei-

sundis; seda nimetatakse radikulaarseks neuralgiaks. Valu levib piki neid perifeerseid närve, mille koosseisu kuuluvad tagumise juure kiud, mis on ärritusseisundis. Radikulaarsed valud on kõige sagedamini vöötavad, rindkeret ja kõhtu pitsitavad, sest patoloogiline protsess areneb peamiselt nimelt selja- ja rinnaosa juurtes, neist lähtuvad perifeersed närvid aga kulgevad roietevahemikes ja kõhuseinas.



Joon. 28. Kesknärvisüsteemi üldvaade eestpoolt. Sümpaatikusetüvi ehk piirväät on kujutatud ainult paremal pool (joonisel vasakul), kaelapõimik ja nimme-ristluu põimik — ainult vasakul (joonisel paremal).

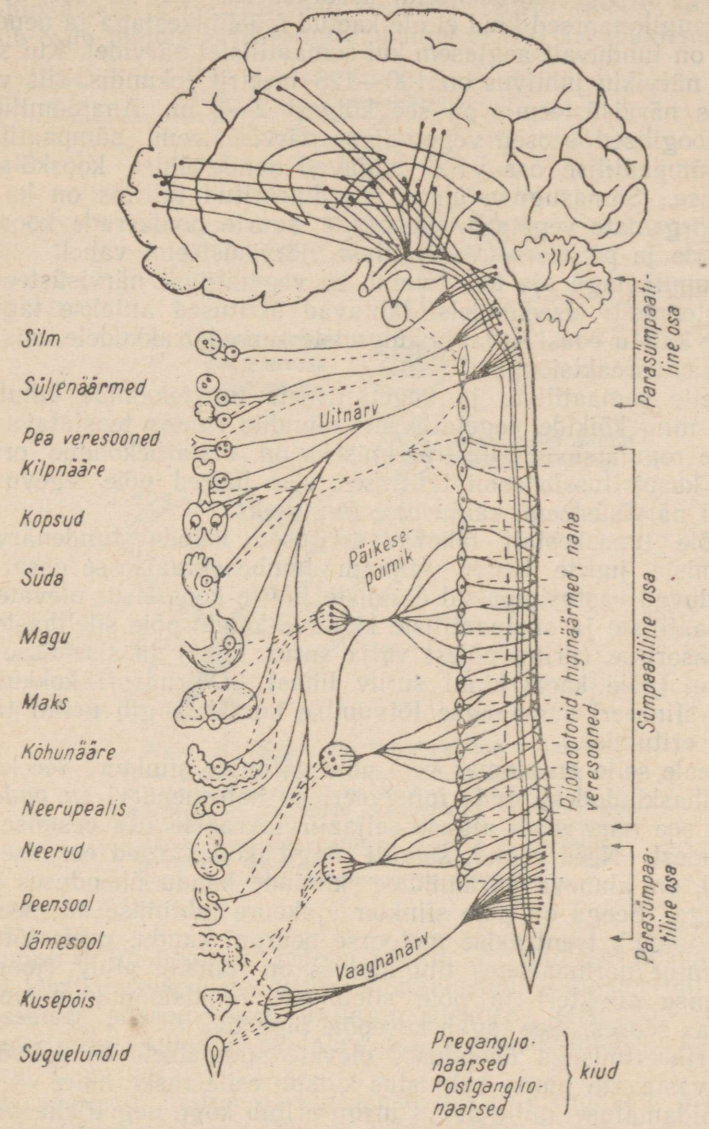
VI. VEGETATIIVSETE FUNKTSIOONIDE TSENTRAALNE REGULATSIOON

Suur hulk ärritusi saabub kesknärvisüsteemi, peaaju koorde mitte ainult väliskeskkonnast, vaid ka inimese keha siseelunditest mööda spetsiaalseid närvikiude, mis moodustavad vegetatiivse närvisüsteemi.

Vegetatiivne närvisüsteem jaguneb sümpaatiliseks ja parasümpaatiliseks osaks. Sümpaatiline närvisüsteem koosneb reast ergutänkadest, ganglionidest, mis asuvad ahelikuna mõlemal pool lülisammast. Nad on anatoomilises seoses seljaaju eesmiste juurtega (joon. 28 ja 8). Nende juurte kaudu kulgevad sümpaatilised kiud seljaaju hallolluses asuvate sümpaatiliste rakkude juurest, mida leidub ainult seljaaju rinna- ja nimmeosas; nende kiud innerveerivad aga inimese keha kõiki osi, sealhulgas ka väikese vaagna elundeid. Seega ei ole sümpaatilise närvisüsteemi keskuste jaotuses ranget segmentaarsust.

Parasümpaatiline närvisüsteem jaguneb kraniaalseks ja sakraalseks (ristluu-) osaks. Parasümpaatilise närvisüsteemi peamiseks osaks on uitnärv; ta saab alguse piklikust ajust ja innerveerib kõiki siseelundeid, välja arvatud vaagna elundid, mille innervatsioon lähtub seljaaju sakraalsest osast (joon. 29). Mõlemad süsteemid koos oma lõppharudega moodustavad interoretseptorid.

Kui kesknärvisüsteemist, näiteks seljaajust, lähtuv lõppneuron kulgeb katkestamatult kuni lihaseni, siis sümpaatilised kiud lülituvad ümber piirväädi ganglionides ja veel kaugemal perifeerias asuvates ganglionides, päikesepõimikus ja väiksemates ergutän-



Joon. 29. Vegetatiivse närvisüsteemi skeem.

kades. Seetõttu tuleb sümpaatilist närvisüsteemi käsitada tängalise ehk ganglioneeritud süsteemina.

Vegetatiivse närvisüsteemi iseärasuseks on ka see, et tema postganglionaarsed kiud ei ole kaetud müeliinkestaga ja nende juhtivus on tunduvalt aeglasem kui somaatilistel närvidel. Kui somaatilise närvikiu juhtivus on 100—125 meetrit sekundis, siis vegetatiivses närvisüsteemis on see kõigest 2—3 m. Anatoomilised ja füsioloogilised seosed vegetatiivse närvisüsteemi sümpaatilise ja parasümpaatilise osa vahel tagavad nende ühise kooskõlastatud talitluse. Samasugune ühine koordineeritud talitlus on ka vaheaju kõrgemate vegetatiivsete osade, suurte poolkerade koore piirkondade ja perifeerse vegetatiivse närvisüsteemi vahel.

Samuti nagu aju töö, toimub ka vegetatiivse närvisüsteemi töö reflektoorselt: siseelundeist lähtuvad ärritused antakse tagumiste juurte kaudu edasi seljaaju külgmiste sarvede rakkudele, mis annavad vastusreaktsiooni.

Selle somaatiliste ja vegetatiivsete funktsioonide lahutamatu seose ning kõikide vegetatiivsete elundite suhtes teostatava tsentraalse regulatsiooni illustreerimiseks on otstarbekohane orienteeruda kuseeritussüsteemi talitluses, sest häired põie tegevuses on sageli närvisüsteemi kahjustuse tunnuseks.

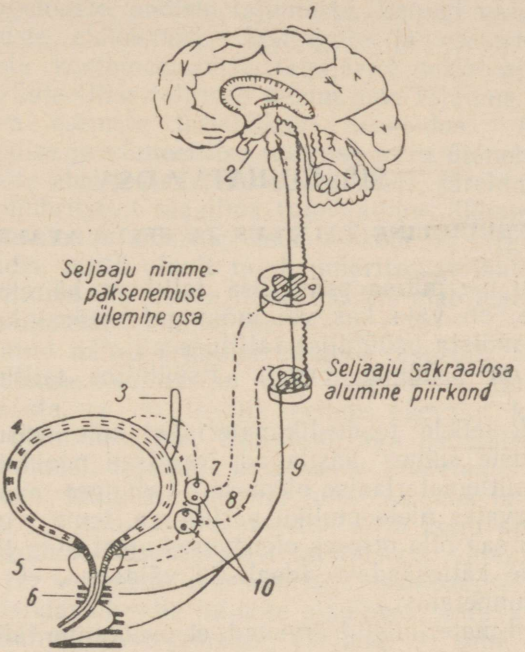
Põie limaskestalt lähevad ärritused mööda tundenärvikiude tagumiste juurte kaudu seljaaju lumbosakraalsesse ossa. Sealt suunduvad vastusimpulsid eesmiste juurte koosseisus olevate parasümpaatiliste ja sümpaatiliste kiudude kaudu põie silelihastesse — detruusorisse (uriini põiest välja suruv lihas) ja sisemisse sfinkterisse (põie kaela kinni suruv lihas). Detruusori kokkutõmbumine sfinkteri samaaegse lõtvumise korral tingib uriini takistamatu eritumise.

Peale selle on olemas veel põie välimine sfinkter. See koosneb vöötlihaskiududest, mida innerveerivad häbemenärvi (*n. pudendus*) kiud; see närv saab alguse seljaaju sakraalse osa eesmise sarve rakkudest. Need rakud, samuti nagu kõik teised eesmise sarve rakud, on alaneva püramiidtee kiudude kaudu ühenduses peaaju koorega. Seega on põie sfinkter ajukoore juhtimise all; see juhtimine toimub tsentraalse motoorse neuroni kaudu, mille tõttu urineerimine normaalsetes tingimustes on tahtele alluv (joon. 30). Välimise sfinkteri ja põie silelihaste funktsioonid on omavahel tihedas seoses. See tagab kusepõie õige töö.

Urineerimisega ühenduses olevate spinaalsete osade või nendele vastavate juurte kahjustus kutsub esile raske häire — püsiva kusepidamatuse, mille puhul uriini eritub kogu aeg tilkhaaval. Kui kusepõie kaelaosa säilitab seejuures elastsuse ja avaldab uriini rõhumisele teatavat vastupanu, siis kujuneb paradoksaalne ishuuria — uriini eritub tilkhaaval ainult siis, kui teda on kusepõide kogunenud suurel hulgal. Mõnede närvihaiguste puhul, kui kortikaalsete keskuste seos spinaalsete kuseerituskeskustega on ainult häiritud, kuid mitte katkestatud, ilmnevad väga tungivad (impe-

ratiivsed ehk käskivad) kusepakitsused; sellise pakitsuse korral peab haige otsekohe urineerima, vastasel korral toimub see iseeneslikult, olenemata olukorrast.

Spinaalsete ja kortikaalsete keskuste seoste täielik katkemine kutsub esile tahtetu urineerimise: haigel ei teki kusepakitsust ja ta



Joon. 30. Kusepõie innervatsiooni skeem.

1 — tahtelise kuseerituse liigutusanalüsaator; *2* — kuseerituse vegetatiivne keskus peaajus; *3* — kusejuha; *4* — kusepõie valendikku ahendav ehk põietühjendaja lihas; *5* — sisemine kusitisulgurlihas; *7* — sümpaatilised kiud; *8* — parasümpaatilised kiud; *9* — häbemenärv; *10* — vegetatiivsed ganglionid ja põimikud.

ei tunne uriini liikumist mööda kusitit. Et inimesel peavad närvikiud kortikaalsetest keskustest spinaalseteni kulgema püramiidtee koosseisus peaaegu kogu seljaaju pikkuses, siis tekib iseeneslik urineerimine seljaaju mistahes osa ristitasapinnalise kahjustuse korral.

Niisugused häired närvihaiguste puhul etendavad haige elus vahel väga olulist osa. Sellest jutustatakse pikemalt osas «Närvihaigete ravimine ja põetamine».

SISSEJUHATAV OSA

I. PSÜÜHILINE TALITLUS JA SELLE AVALDUSED

Enne kui üle minna psüühilise talitluse häirete eri vormide vaatlemisele, on vaja kas või mõningal määral kujutleda, mida üldse tuleb mõista psüühilise talitluse all.

Peaaju on psüühika organ. Psüühiline talitlus on peaaju talitlus.

Vastupidi sellele teaduslik-materialistlikule seisukohale psüühiliste nähtuste suhtes käsitavad idealismi pooldajad psüühikat kui erilise, mittemateriaalse olemuse — «hinge» avaldumist: hing on nende arvates üleloomuliku päritoluga, tema tegevuse seaduspärasused ei saa olla otseses olenevuses ajust ning järelikult ei ole ta uurimisele kättesaadav. Idealistid väidavad, et inimese psüühika ei ole tunnetatav.

Teadlased-materialistid arvavad, et psüühiline talitlus on objektiivse maailma peegelduseks inimese ajus, objektiivne maailm aga eksisteerib reaalselt, olenemata meie teadvusest. Püüame seda selgitada konkreetse näite varal.

Väljaspool meid eksisteeriva maailma peegeldumine inimese ajus toimub teatavas seaduspärases järjestuses. Kujutlegem tervet inimest, kes äsja on ärganud sügavast füsioloogilisest unest ilma mingite unenägudeta. Inimese esimene kokkupuutumine ümbritseva maailmaga toimub mõju kaudu, mida tema meeleelundeile avaldavad valgus, heli, atmosfäär. Ümbritseva maailma esemete mõju kaudu mitmesugustele analüsaatoritele (meeleelunditele) teostub ümbritseva maailma tunnetamise esimene aste — aisting.

Valgus, heli, õhu temperatuur ja kõik meid ümbritsevad esemed kutsuvad esile ärrituse analüsaatorite perifeersetes lõpmetes, mis asuvad silmades, kõrvades, naha pinnal. Vastuvõtvates aparaatides tekkiv erutus muutub närvi-impulsiks, mis kandub peaajju, vastavasse närvirakkude rühma, teiste sõnadega, analüsaatori tsentraalsesse ossa.

Eri analüsaatorite — nägemis-, kuulmis-, kompimisanalüsaatori — vastastikku seotud töö algab iga kord, kui neis tekib erutus. Analüsaatori ajupoolse osa erutus kutsub esile vastava ais-

tingu, s. t. ümbritseva maailma esemete omaduste peegelduse. Aistingutest algab ümbritseva maailma tunnetamine.

Analüsaatori ajupoolses osas tekkinud erutus levib irradiatsiooni seaduse järgi mööda suurte poolkerade koort varem rajatud teid mööda, mis ühendavad analüsaatorite rakke; erutus kutsub esile endiste kogemuste, endiste tajumuste, kunagi varem tajutud esemete kujutluste elavnemise. Aistingute ja esemetest varem saadud kujutluste kombineerumise tagajärjel tekib aju keeruka analüütilise ja sünteetilise talitluse tulemusena tajumus, s. t. ümbritseva maailma esemete terviklikum peegeldus. Ajurakkude aktiivse analüütilise ja sünteetilise talitluse tõttu ühineb reprodutseeritud kujutluste ahel teatavateks otsustusteks, järeldusteks, milledes kajastub ümbritseva maailma tunnetamine üldistatud kujul, abstraktsete mõistetena. Inimene, kelle ajukoor on virgeseisundis, mitte uneseisundis, mitte ainult tajub ümbritsevat maailma, vaid ka tunnetab iseennast ühiskonna liikmena, kes elab teataval maal, omab teatavat elukutset, teadmisi jne.

Eespool esitatud näites ärganud inimene otsustab, et on hommik, päikesepaisteline ilm, et on aeg üles tõusta, talle meenub kuupäev, kuu, aasta, ta on teadlik selleks päevaks kavandatud ülesannetest ja plaanidest jne. Kas saab aga psüühilist talitlust piirata nende aistimis-, tajumis-, kujutlemis-, mäletamis- ja mõtlemisfunktsioonidega, mida nimetatakse tunnetus- ehk intellektuaalseks tegevuseks? Ei saa. Erutusprotsess levib kogu ajukoores ja koorealuses piirkonnas. Samaaegselt tajumisega, varemate kujutluste, mõistete ja teadmiste elavnemisega, samaaegselt tekkinud otsustustega omandavad selle inimese elamused teatava tundevärvingu: rõõmu, hämmelduse, kurbuse varjundi — selle, mis moodustab psüühilise talitluse emotsionaalse külje. Erutusprotsess haarab lõpuks ajukoore motoorsed tsoonid, kust impulsid kanduvad vastavate juhteteede ja perifeersete närvide kaudu tööorganisse, pannes selle tegevusse. Inimene võtab vastu ühe või teise otsuse, juhindudes teatavatest arutlustest, plaanidest, mõistetest, ideedest, mida tugevdab emotsionaalne suhtumine. Esitatud näites inimene võidab oma soovi veel lamada, ta tõuseb, teeb hommikuvõimlemist, einetab ja alustab oma päevatööd, suhtudes sellesse kui asendamatusse vajadusse, mis toob talle sügavat rahuldust.

Kui püüame analüüsida ärganud inimese psüühilist talitlust, siis võime selles selgesti eristada aistingut, taju, kujutlust, mälu, mõtlemist, arutlust, käsitades neid kõiki mitte üksteisest eraldatud funktsioonidena, vaid ühtse tunnetusprotsessina, millega on lahutamatult seotud emotsioonide ja tahte avaldused.

Esitatud näitest järeldub, et psüühilist talitlust võib, tõsi küll, tingimisi, jaotada tunnetuslikuks, emotsionaalseks ja tahteliseks, meeles pidades, et vaimse elu kõik küljed on peaaju talitluse tulemus ja et nad kõik avalduvad igas üksikus psüühilises aktis ühtse tervikuna.

Nüüd, kus oleme saanud üldise kujutluse psüühilisest talitlusest, meenutame lühidalt neid kindlakstehtud füsioloogilisi mehhanisme, mis on psüühilise talitluse aluseks. Siis siirdume psüühiliste häirete eri sümptoomide, s. t. psühhooside üldise sümptomatoloogia käsitlemisele. Seejuures esitame patoloogia käsitlemisel iga osa ees väga lühidalt normaalse psühholoogia peamised mõisted, mida psühhiaatrid käesoleva ajani kasutavad psühhopatoloogiliste sümptoomide tähistamisel.

II. PEAMISED INIMESE PSÜÜHIKAT MÄÄRAVAD NEURODÜNAAMILISED SÜSTEEMID JA NENDE VAHEKORD

Et mõista inimese ja teda ümbritseva keskkonna suhete keerukust, tuleb tunda peamisi inimese psüühikat määravaid neurodünaamilisi süsteeme.

Neurodünaamiliste süsteemide all tuleb mõista keerukaid tingimatute ja tingitud reflekside süsteeme, mis määravad psüühilise talitluse ehk kõrgema närvitalitluse. Nende süsteemide õige vastastikune toime on vajalik peaaju normaalseks terviklikuks tööks ja järelikult normaalseks psüühiliseks talitluseks.

I. P. Pavlov iseloomustas järgnevalt peamisi süsteeme, mis määravad inimese psüühika, teiste sõnadega, tagavad välismaailma peegeldumise inimese teadvuses ja tegevuses.

Esimeseks neurodünaamiliseks süsteemiks ehk esimeseks instantsiks on keerukate tingimatute reflekside — instinktide, ihade, afektide, emotsioonide süsteem. See esimene instants kujutab endast kaasasündinud reflekside süsteemi ja tagab vaid osaliselt kohanemise ümbritseva keskkonnaga, sest oma tegevuses oleneb ta ainult vähesel määral ümbritsevate tingimuste muutumisest. Anatoomiliselt on see neurodünaamiline süsteem ühenduses koorealuse piirkonnaga, s. t. nende hallide tuumadena koondunud närvirakkude kogumitega, mis asuvad vahetult suurte poolkerade koore all ja mida nimetatakse lähimaks koorealuseks. Nende hulka kuuluvad vöötkeha (sabatuum, koor ja kahkjas kera) ning nägemiskühmud. Fülogeneetiliselt on kõik need koorealused moodustised ajukoorega võrreldes vanemad ja kujutavad endast süsteemi, mis on ühine nii inimesel kui ka loomadel.

Teist ja kolmandat neurodünaamilist süsteemi nimetas I. P. Pavlov signaalisüsteemideks. Nende morfoloogiliseks aluseks on peaaju koor, kus toimub ajutiste tingitud seoste sulgumine. Ajukoore peamine funktsioon on mehhanismilt sulgev ja tähenduselt signaalne. See tähendab, et tingitud, ajutiste seoste kujunemise ja fikseerumise tulemusena muutuvad mitmesugused tingitud ärritajad tingimatute reaktsioonide signaalideks. Näiteks tekitab tingimatu toitereaktsiooni (sülje eritumise) nägemis- ja kuulmisärritaja korduval kombineerumisel tingimatu toiteärritajaga (söömisega) mitte ainult toidu kokkupuu-

tumine suu limaskestaga, vaid ka kellahelin, teatava intensiivsusega valgus, eksperimentaatori sammude kuulmine, tema nägemine jne. (vt. tingitud reflekside kujundamise kirjeldust eespool, «Kesknärvisüsteemi kõrgema osa füsioloogia»). See tähendab, et teatavad helid, valgus või värvus on muutunud tingimatu toitereaktsiooni signaalideks. Nimelt selles mõttes on kortikaalne tingitudreflektoorne talitlus oma tähenduselt signaalne.

Kuid sellest on vähe. I. P. Pavlov tegi kindlaks, et loomadel on üks signaalisüsteem, inimesel aga kaks, mis koos tingimatute reflekside süsteemiga moodustavad inimesel kolm peamist neurodünaamilist süsteemi.

Seega, teine neurodünaamiline süsteem ehk teine instants, mis peegeldab välismaailma ja mida I. P. Pavlov nimetas esimeseks signaalisüsteemiks, on inimesel ja kõrgematel loomadel ühesugune.

Selle neurodünaamilise süsteemi peamiseks funktsiooniks on kujundada ajutisi seoseid, tingitud reflekse mitmesugustele välismaailma ärritajatele, mis lõpuks muutuvad tingimatute reflekside signaalideks.

Esimese signaalisüsteemi morfoloogiliseks substraadiks on peaaju suurte poolkerade koor kõikide selles leiduvate (kuulmise, nägemise, naha, haistmise, maitsmise, liigutuste) süntees-analüsaatoritega, mis assotsiatiivsete kiudude abil on omavahel tihedalt seotud.

Esimese signaalisüsteemi bioloogiline tähtsus seisab selles, et ta tagab inimese ja loomade heaolu ümbritseva keskkonna tingimustele kohanemise teel ja võime abil õigesti reageerida loendamatule hulgale ärritustele, mida organism saab vastavalt muutuvale olukorrale: leida toitu paljude väliste tunnuste järgi, põgeneda ähvardava ohu eest, püüda läheneda teisest soost indiviidile jne.

Kujutlegem, et jänes või koer on kortikaalse signaalse talitluse häire tagajärjel kaotanud võime anda tingimatuid toite-, kaitse- või seksuaalreaktsioone vastuseks tingitud signaalsetele ärritajatele. Ilma liigsete tõendusteta on selge, et need loomad surevad peagi nälga või langevad röövloomade ohvriks, sest nad ei suuda õigesti ja õigeaegselt orienteeruda tingitud ärritajates, nagu toidu kvaliteedis, läheneva ohu signaalides; teiste sõnadega, nad ei erista enam loomi nende välimuse, lõhna ja hääle järgi, ei erista, kes inimestest on peremees, kes vaenlane, ei erista tervisele kasulikku ja kahjulikku toitu jne.

Kolmandaks neurodünaamiliseks süsteemiks ehk kolmandaks instantsiks on tegelikkuse teine signaalisüsteem, mis on omane spetsiaalselt inimesele.

Loomadel teist signaalisüsteemi ei ole. See on loomade närvitalitlusega võrreldes erakordne lisand, mis tekkis inimese aju talitluses. «See lisand puutub kõnefunktsioonisse, tuues poolkerade talitlusse uue printsiibi. Kui meie aistingud ja kujutlused ümbritsevast maailmast on meie jaoks tegelikkuse esimesed sig-

naalid, konkreetsed signaalid, siis kõne, kõigepealt spetsiaalsed kinesteetilised ärritused, mis saabuvad ajukoorde kõneelunditest, on teisesed signaalid, signaalide signaalid. Nad kujutavad endast tegelikkuse abstraheerimist ja võimaldavad üldistamist, mis moodustab... spetsiaalselt inimliku, kõrgema mõtlemise, mis loob algul üldinimliku empirismi ja lõpuks teaduse — vahendi inimese kõrgemaks orienteerumiseks ümbritsevas maailmas ja iseendas.»[1]

Arenemisprotsessi vältel õpib inimene lapseeas rääkima, tal areneb artikuleeritud kõne, võime kasutada sõnu, tähistada sõnadega kõiki ümbritseva maailma esemeid ja protsesse, väljendada sõnades oma teadmisi looduses ja ühiskonnas toimuvatest protsessidest.

Esimene ja teine signaalisüsteem on teineteisega lahutamatult seotud. Teine signaalisüsteem areneb esimese signaalisüsteemi loendamatute signaalsete ärritajate üldistamise alusel. Selle tagajärjel on sõna kui tegelikkuse abstraktne signaal võimeline esile kutsuma samasuguseid reaktsioone, nagu kutsub esile vahetu ärritaja (valgus, heli, lõhn). Näiteks, öeldud sõna «hädaoht!» kutsub esile hirmuemotsiooni koos kõikide vegetatiiv-somaatiliste reaktsioonidega, otsekui ähvardaks inimest tõepoolest reaalne oht.

See kolmas instants, kolmas neurodünaamiline süsteem, mille morfoloogiliseks aluseks, samuti nagu esimesel signaalisüsteemil, on ajukoor, arenes inimesel tööprotsessis ja tema artikuleeritud kõne täiustumise protsessis.

I. P. Pavlovi see füsioloogiline avastus on täies vastavuses inimese selge eraldamisega loomast, mille annab F. Engels: «Lühidalt öeldes, loom ainult kasutab välist loodust ja teostab selles muutusi lihtsalt oma olemasolu tõttu; inimene aga sunnib loodust tema poolt tehtavate muutustega oma eesmärke teenima, valitseb looduse üle. See on inimese viimane oluline erinevus teistest loomadest ja selle erinevuse eest võlgneb ta tänu jällegi tööle.»[2]

Inimesel, erinevalt loomast, arenesid seoses tema kollektiivse töötegevusega kõnevõime ja ühtlasi need ajukoore osad, mis etendavad kõne süntees-analüsaatorite osa.

Teine signaalisüsteem on inimese käitumise, tema ideelise suunitluse regulaatoriks.

Täiesti võimatu on kujutleda, et ühe instantsi talitlus toimuks teistest isoleeritult. Tajumine ja rohkearvuliste endiste aistingute jälgede elustumine, s. t. kujutlused (teine instants), moodustades inimlike kogemuste rikkuse, saavad alati sõnalise väljenduse, järelikult leiavad tingimata kajastuse teises signaalisüsteemis (kolmandas instantsis). Teiselt poolt, meie kõne, meie mõtlemine elus-

---

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, изд. 7-е, 1951, стр. 392.

[2] Ф. Энгельс, Диалектика природы, Госполитиздат, 1948, стр. 142.

tavad alatasa kujutlusi, mis on saadud vahetult ümbritseva maailma esemete mõjust. Järelikult tugineb ühe signaalisüsteemi talitlus teise talitlusele. Lõpuks, meie emotsioonid — kihud, instinktid (esimene instants) — kajastuvad alaliselt meie mõtlemises, kõnes, käitumises. Inimese emotsioone reguleerib teine signaalisüsteem. Seega on terve isiksuse aluseks kolme kirjeldatud instantsi õiged vastastikused vahekorrad. Ja vastupidi, psüühilise talitluse kõikide häirete puhul, psüühika ühtsuse ja tervikluse igasugusel kadumisel on tavaliselt tegemist kõigi kolme instantsi funktsionaalsete vahekordade rikkega, kusjuures ülekaalus on nihked ühes või teises instantsis. Teine signaalisüsteem kui ontogeneetiliselt kõige hilisem moodustis kannatab aju mitmesuguste kahjustuste korral varem kui teised süsteemid.

Pidurdus areneb kõigepealt teises signaalisüsteemis, näiteks infektsioonipsühhooside puhul, skisofreenia puhul (vt. kirjeldust vastavates peatükkides).

Vahekord ajukoore ja koorealuse piirkonna vahel põhineb vastastikusel induktsioonil ning ajukoor, olles erutusseisundis, pidurdab alaliselt koorealust.

Teine signaalisüsteem avaldab reguleerivat ja pidurdavat mõju esimesele signaalisüsteemile ja koorealusele. Kui pidurdus irradieerub mööda koort ja levib ühtlaselt koorealusele, siis vajub loom või inimene unne. Sisemine pidurdus ja uni on üks ning sama protsess.

Kui pidurdus levib peaajus ebaühtlaselt ja omandab patoloogiliselt inertse laadi, siis häiruvad paratamatult kolme neurodünaamilise süsteemi vastastikused vahekorrad ja tekivad psüühika häired — neuroosid ja psühhoosid.

Pidurduse levimine normaalselt ja patoloogilistel juhtudel toimub järk-järgult ning virgeseisundi ja täieliku une vahel esinevad üleminekufaasid, hüpnootilised faasid ehk *faasilised seisundid*.

Enne faasiliste seisundite kirjeldamist tuleb meenutada füsioloogilist jõudude vahekordade seadust, mille olemus seisab järgmises. Normaalsetes tingimustes annab närvisüsteem igale nõrgale ärritajale vastava nõrga vastusreaktsiooni, tugevale ärritusele aga tugeva vastusreaktsiooni. Faasiliste seisundite korral see vahekord häirub.

Jälgides hüpnootilise seisundi kujunemist, hüpnootilisi faase, iseloomustas I. P. Pavlov neid ja andis neile spetsiaalsed nimetused:

a) *võrdsustav faas*, s. o. koorerakkude niisugune funktsionaalne seisund, mille puhul niihästi tugevale kui ka nõrgale ärritajale saadakse ühesugune vastusreaktsioon;

b) *paradoksaalne faas* — kui vastusreaktsioon nõrgale ärritajale on tugevam kui tugevale ärritajale;

c) *ultraparadoksaalne faas* — seisund, kus ei nõrk ega tugev ärritaja ei kutsu reaktsiooni esile; positiivne vastus-

reaktsioon saadakse ainult negatiivse (pidurdava) ärritaja puhul;

d) täieliku pidurduse faas — kui ei saada vastusreaktsiooni mingisugusele ärritajale.

Kolmandat pidurduse liiki (peale sisemise ja välimise pidurduse), mis on seotud ajukoore rakkude ülemäärase ärritusega, üleväsimusega, nimetatakse ülepiiriliseks ehk kaitsepidurduseks. Ülepiirilise ehk kaitsepidurduse näiteks on meie igapäevane uni.

Peaaju koore kõrvalekaldumine normaalsest talitlusest ülitugevate või pikaajaliselt kurnavate ärritajate mõjul võib avalduda faasiliste seisundite arenemises. Nende faasiliste seisundite füsioloogiline olemus on, nagu edaspidi näidatakse, paljude psühhooside ja neurooside õigesti mõistmiseks väga suure tähtsusega. Kliinilisest seisukohast ei ole ärritusprotsessi dünaamika häired vähema tähtsusega. Näiteks võib esineda erutuse ülemäärase kontsentreerumise pilt, mida nimetatakse paiserutuseks ehk erutusprotsessi patoloogiliseks inertsuseks. Psüühilise talitluse, kõrgema närvitalitluse aluseks on teatavasti erutus- ja pidurdusprotsesside alaline vaheldumine. Eriti kergesti kustub või pidurdub kinnitamata jäetud tingitud refleks. Mõnedel juhtudel aga ei ole kord juba kujunenud tingitud refleks kõrvaldatav mingisuguste tavaliste võtetega. See näitab paiserutuse kolde olemasolu, mis omandab patoloogilise püsivuse, patoloogilise inertsuse ja võib eksisteerida kaua aega (isegi aastaid) isoleeritud «haige punkti» näol.

Viimaste aastate uurimised on kinnitanud, et kaitse- ehk ülepiiriline pidurdus ja faasilised seisundid on paljude neuropsüühiliste haiguste puhul väga sagedad nähtused. Nende nähtuste arenemise iseärasuste, nende lokalisatsiooni, jaotumise ja taandarenemise dünaamika uurimine kesknärvisüsteemi kõrgemates osades on neuropsüühiliste haiguste patogeneesi mõistmiseks väga suure tähtsusega, hõlbustab nende diagnoosimist ja näitab kätte õige, efektiivse ravi teed (vt. peatükke, milles käsitletakse neuroose, skisofreeniat, tsirkulaarset psühhoosi).

Sedasama tuleb öelda närvisüsteemi tüüpide kohta.

Katsetes koertega on näidatud, et närvisüsteemi patoloogiline seisund ei ole esile kutsutav alati ühesuguse kergusega. Ühtedel koertel piisab närvisüsteemi kergest pingutamisest, et patoloogilist seisundit esile kutsuda, teistel õnnestub see suure vaevaga, kolmandatel aga ei lähe see üldse korda või on vaja eriti raskeid tingimusi kõrgema närvisüsteemi talitluses katkestuse saavutamiseks. Patoloogiliste seisundite kliiniline pilt on koertel mitmesugune: ühtedel on esiplaanil peamiselt pidurdusreaktsioonid, teistel aga need kaovad. Need katse tingimustes esile kutsutud patoloogilised seisundid koertel olenesid peamiste ajukoores toimuvate närviprotsesside — erutuse ja pidurduse — seisundist.

Närvisüsteemi tüüpide klassifikatsiooni aluseks seadis I. P. Pav-

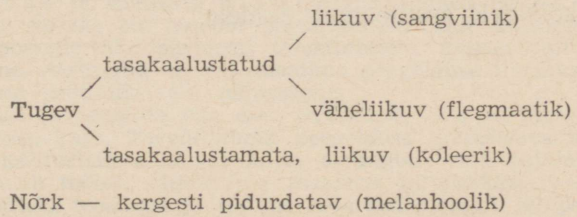
lov erutus- ja pidurdusprotsesside kolm peamist vahekorda: nende jõu, tasakaalu nende vahel ja nende liikuvuse.

Esimene vahekord, erutuse ja pidurduse jõud, on seotud ajukoore rakkude töövõimega. On loomi, kelle närvisüsteem on suure töövõimega, ja loomi, kellel, vastupidi, närvisüsteemi töövõime on väga nõrk.

Teine suhe — närviprotsesside tasakaal — kujutab endast erutuse ja pidurduse jõu vahekorda. Mõnikord on need kaks protsessi arenenud võrdsel määral, mõnikord on aga ülekaalus üks neist, sagedamini erutusprotsess.

Kolmas suhe — erutuse ja pidurduse liikuvus — oleneb sellest, kuivõrd kiiresti ja takistamatult võib ajukoore rakkudes erutus vahelduda pidurdusega. Ühtedel toimub see kiiresti, teistel aeglaselt.

Nende tunnuste järgi eristas I. P. Pavlov koertel nelja põhilist närvisüsteemi tüüpi. Nende nimetamiseks kasutas ta vana-kreeka arsti Hippokratese terminoloogiat: tugevat, hästi tasakaalustatud erutus- ja pidurdusprotsessiga ning liikuvat tüüpi nimetas I. P. Pavlov sangviinikuks; tugevat, kergesti erutuvat, liikuvat, kuid erutus- ja pidurdusprotsessi halva tasakaaluga, nn. «ohjeldamatut» tüüpi — koleerikuks; tugevat, täiesti tasakaalustatud, kuid seejuures inertset, rahulikku, väheliikuvat ning aeglast tüüpi — flegmaatikuks; nõrka, kergesti pidurdusprotsessi sattuvat tüüpi — melanhoolikuks. Seda saab hästi esitada järgmise skeemina:



Närvisüsteemi nende nelja tüübi eristamine ei ole aga inimese suhtes rahuldavalt rakendatav; esmajärgulise tähtsusega on inimisiksuse ühiskondlik väärtus, väärtus, mis võib võrdsel määral omane olla niihästi nõrgale kui ka tugevale närvisüsteemi tüübile. Peale selle on inimesel, erinevalt loomast, mitte ainult esimene, vaid ka teine, spetsiaalselt inimesele omane tegelikkuse signaalisüsteem.

Esimese ja teise signaalisüsteemi vahekorra alusel eristas I. P. Pavlov inimesel närvisüsteemi kolme tüüpi. Esimene — kunstniku tüüp, millel on ülekaalus esimese signaalisüsteemi toonus, s. t. piltlik-emotsionaalne mõtlemine; teine, mõtleja tüüp, teise signaalisüsteemi, s. t. abstraktse mõtlemise ülekaaluga, ja kolmas tüüp, millel mõlemad mõtlemisviisid on tasakaalus.

Närvisüsteemi mitmesuguste tüüpide eristamine olenevalt pidurdus- ja erutusprotsesside jõu, liikuvuse ja tasakaalu vahe-

korrast ajukoores võimaldas mõista, miks neuroosid (hüsteeria, neurasteenia, psühhasteenia) või muud psüühika häired ei teki eri inimestel ühesuguse kergusega ja miks nende kliiniline kulg on mitmekesine. Neuroosi või psühhoosi (klimakteeriline, skisofreeniline jm.) arenemist soodustab eriti närvisüsteemi nõrkus ja tasakaalutus.

Uurides neuroose katse tingimustes ning tehes kliinilisi tähelepanekuid vastavate haigete juures, jõuab I. P. Pavlov kindlale järeldusele, et neuroosid võivad kõige sagedamini esineda tasakaalutuil (nõrk ja erutuv, ohjeldamatu) tüüpidel, kuid raskete väliskeskkonna tingimuste ja somaatiliste haiguste mõjul võivad neuroosid areneda ka tugeva ja tasakaaluka närvisüsteemiga isikutel.

Pidurdus- ja erutusprotsesside ülepingutuse tagajärjel tekkivate patoloogiliste seisundite eksperimentaalne uurimine on väga tähtis psüühikat traumeerivate tegurite toime mehhanismi mõistmiseks nii närvi- ja vaimuhaiguste kui ka paljude somaatiliste haiguste etioloogias.

I. P. Pavlovi õpilased ja tema õpetuse edasiarendajad — M. K. Petrova, K. M. Bõkov, A. G. Ivanov-Smolenski, E. A. Asratjan, A. O. Dolin jt. — on oma töödega kindlaks teinud ühelt poolt ajukoore suure mõju vegetatiivsele närvisüsteemile, mistahes somaatiliste häirete arengule ja taandarengule, teiselt poolt aga mitmesuguste somaatiliste häirete negatiivse mõju ajukoore talitlusele. Kõrgema närvitalitluse füsioloogia aluste tundmine on suure tähtsusega kõikidele arstiteaduse aladele.

PSÜHHOOSIDE ÜLDINE SÜMPTOMATOLOOGIA

I. VAIMUHAIGUSTE SÜMPTOOMID

Sümptoomid, milles võivad avalduda psüühilise talitluse häired, on üsna mitmekesised. Vaatleme neid, alates tajumise häiretest.

1. Tajumise häired (illusioonid ja hallutsinatsioonid)

Marksistlik filosoofiline materialism õpetab, et meid ümbritseva maailma tunnetamine toimub meeleelundite abil, et kõikide meie teadmiste allikaks on aistingud. Nägemis-, kuulmis-, haistmis- ja kompimiselundist, s. t. kõikidest meeleelunditest ilma jäänud inimene ei saa teda ümbritsevat maailma tunnetada.

Meist olenematult eksisteeriv maailm on meie aistingute allikaks. Olendite kõige madalamatelegi liikidele, alates ainuraksetest, on omane *ärritatavus* ja esimesed *aistingute* algmed (sellise elementaarse ärritatavuse näiteks on amööbi pseudopoodid ehk kulendid). Seejärel, vastavalt loomade närvisüsteemi täiustumisele, arenes neil järk-järgult aistimisvõime. Aistingud on välismaailma peegelduse lihtsaim vorm. Neid tuleb hinnata psüühilise elu nähtustena.

Aistingud ei peegelda aga eset tervikuna, vaid ainult selle üksikuid külgi: värvust, kuju. Terviklikuma peegelduse ümbritseva maailma esemetest ja nähtustest annavad mitte aistingud, vaid tajumused. Tajumuse all tuleb mõista objektiivse maailma terviklikku peegeldust. Me vaatleme näiteks teeklaasi ja tajume seda kui klaasist, läbipaistvat, veega täidetud eset. Me tajume teda niisugusena seepärast, et varasemate kogemuste, praktika tagajärjel on meil tekkinud kujutlus teeklaasist. Teatav teadmiste tagavara kujutluste ja mõistete näol, mille aluseks on ajukoore keerukas analüütilis-sünteetiline talitlus, on vajalikuks eelduseks ümbritseva tegelikkuse õigeks tajumiseks ja mõtestamiseks. Võime tajutavat mõista kujuneb igapäevases elupraktikas.

Me võime kujutleda ka sellist eset, mida me vahetult ei taju. Näiteks näeme laual raamatut, mis avaldab meie nägemisanalüsaatorile vahetut mõju. Kui me aga raamatu laualt ära paneme ja teda silmadega ei näe, võime taastada pildi raamatust oma kujutluses. Tajumisprotsess ei ole eraldatav mõtlemisprotsessist. Iga meie poolt tajutav ese kutsub meis tingimata esile otsustuse tema kohta, tema tähtsuse kohta. Me näeme näiteks tamme, kujutleme, et ta kannab tõrusid, millest võib valmistada kohvi aseainet, tammest enesest aga mitmesugust mööblit. Järelikult ei ole tajumisprotsess ainult aisting, vaid ka kujutlemine ja mõtlemine. Tajumine ei ole tegelikkuse mehaaniline peegeldamine ega lihtne fotografeerimine; tajumine on loominguline, aktiivne protsess.

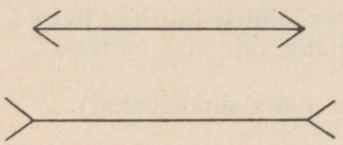
Öeldu selgitamiseks toome järgmise näite. Kui paluksime kõiki auditoriumis istuvaid õpilasi aknast välja vaadata, kust on näha kevadine

panoraam — tõusva päikese kiirte poolt valgustatud selge sinine taevavõlv —, ja laseksime nähtut kirjeldada, siis veenduksime, et vaatamata ühele ning samale tajumise objektile (maastikule) ja ühesugustele tajumise tingimustele tajuks iga õpilane seda maastikku siiski individuaalselt, olenevalt oma kogemustest, oma emotsionaalsest häälestusest antud momendil.

Välismaailma tajumise aktis avalduvad inimese suhtumine tajutavasse, kõik tema sotsiaal-ajaloolised kogemused, tema vahekord keskkonnaga, tema kõrgema närvitalitluse ja kogu organismi kui terviku funktsionaalne seisund.

Tajumise häired (meelepetted) kui aju analüsatoorse ja sünteetilise talitluse rikked jaotatakse illusioonideks ja hallutsinatsioonideks.

I l l u s i o o n on reaalselt eksisteeriva eseme väär tajumine; nii nimetatakse seda seepärast, et eset tajutakse moonutatuna. On olemas mitmesuguseid illusioone, nimelt:



Joon. 31. Füüsikalise illusiooni näide: alumine joon näib pikemana.

a) füüsikalised, füüsika seadustest tulenevad illusioonid; kui näiteks tõmbame kaks ühepikkust horisontaalset joont ning joonistame nende otstesse teravad nurgad nii, et ühel joonel on nurgad sissepoole, teisel väljapoole, siis näib teine joon pikemana (joon. 31);

b) füsioloogilised illusioonid võivad tekkida tervetel inimestel hirmutunde mõjul (afektiivsed tajumise vead); näiteks öösel kalmistust mööda minnes võib inimene iga hauasammast pidada kurjategija siluetiks;

c) illusioonid, mis esinevad üldiste raskete nakkushaiguste ja mürgituste puhul, näiteks alkohoolse deliiriumi (joomahullus), tähnilise tüüfuse, kõhutüüfuse ja tuberkuloosi korral, samuti ka dekompensatsiooniga südamerikete, mitmesuguste elundite kaugelearenenud vähktõve puhul. Illusioonid võivad seejuures olla kas optilised (rippuvat lambikuplit peetakse kuradi lõustaks) või akustilised (voolava vee vulina asemel kuuldakse häält).

H a l l u t s i n a t s i o o n on näilik tajumine ilma antud momendil reaalselt eksisteeriva ärritajata. Näiteks kuuleb haige vaikuses olematuid hääli, näeb tühjal seinal igasuguseid kujusid, tunneb ebameeldivaid lõhnu, mida tegelikult ei ole. Väga oluline on see, et hallutsinatoorsed kujud näivad sageli üsna reaalsetena, meeleliselt aistitavatena; nii kuuleb haige peenimate intonatsioonidega häält, mille järgi ta kindlalt määrab, kellele see kuulub — mehele või naisele, tuttavale inimesele või võõrale.

Eristatakse nägemis-, kuulmis-, haistmis-, maitsmis- ja taktiilseid ehk kehalisi hallutsinatsioone. Haige kuuleb hääli, nimepidi hüüdeid, ähvardavat või käskivat kõnet (kuulmishallutsinatsioonid) (joon. 32), näeb inimeste või loomade hulki, mingisuguste stseenide vaheldumist (nägemishallutsinatsioonid); haige tunneb

ebameeldivaid, harvem meeldivaid lõhnu (haistmishallutsinatsioonid). Tajumise häire võib lõpuks avalduda ebameeldivate aistingutena kehas: haigel on tunne, et ta keha paisub, et teda torgitakse, puudutatakse, et teda läbib elektrivool (kehalised hallutsinatsioonid). Nägemishallutsinatsioonid võivad olla katkendlikud ja üksikud või, vastupidi, hulgalised ja sisult keerukad, tervete stseenide



Joon. 32. Hallutsineeriva haige tardunud poos.

näol; viimased esinevad alkohoolse deliiriumi puhul. Kuulmishallutsinatsioonid võivad samuti esineda nii elementaarsete helidena või hüüetena kui ka pikaajaliste jutuajamistena olematu kaaslasega, näiteks alkohoolse kuulmishallutsinoosi puhul.

Nägemishallutsinatsioone, samuti nagu nägemisillusioone, esineb sagedamini ägedate nakkushaiguste ning siseelundite ägedate ja pikaajaliste haiguste puhul, eriti tihti aga alkohoolse intoksikatsiooni puhul. Kuulmis- ja haistmishallutsinatsioonid, samuti ka üldise tunde hallutsinatsioonid esinevad sagedamini skisofreenia korral (vt. tagapool). Tihti võib haigetel olla samaaegselt mitmesuguseid hallutsinatsioone, eriti ägedate nakkushaiguste (tüüfused) ja alkohoolse intoksikatsiooni puhul.

Peale tajumise häirete kirjeldatud vormide esineb muutusi keha skeemi (moonutatud kujutlus oma keha kujust), ümbritsevate esemete vormi ja ruumi tajumises. Need on niisugused häired, mille tagajärjel moonutub esemete tajumine, mis nõuab paljude optiliste ja ruumiliste vahekordade (ümbritsevate esemete ja ehituste kuju, nendevaheline kaugus jne.) keerukat sünteesi. Näiteks tundub haigele, et kogu tema keha või üksikud kehaosad (pea, jäsemed) on väga väikesed või väga suured, pikenenud; ümbritsevad esemed näivad koletult moonutatuina, kord lähenevaina, kord kaugenevaina. Sellised välise tegelikkuse tajumise häired esinevad mitmete orgaaniliste peaajuhaiguste puhul, nagu aju vaskulaarsed häired, ajusisesed kasvajad, entsefaliidid.

Hallutsinatsioone käsitleva õpetuse arenemise ajaloos tuleb nimetada kõigepealt möödunud sajandi teise poole vene psühhiaatrit V. H. Kandinskit, kes esimesena nii vene kui ka välismaiste autorite hulgast eristas hallutsinatsioonide kliinilisi eri vorme. Kandinski eristas a) *tõelisi hallutsinatsioone*, mille puhul kuulmis-, nägemis- või haistmiskujutlusi tajutakse kombineeritult objektiivse, väljaspool meid eksisteeriva tegelikkusega (häält on kuulda seina tagant, põranda alt, laest, kõrvalt või tagant, koletislik looma lõust on näha seinal, aknas jne.), ja b) *pseudohallutsinatsioone*, s. t. selliseid viirastuslikke kujusid, mida tajutakse oma sisemuses (hääl kostaks nagu «oma pea seest», koletislik looma lõust oleks nagu «oma pea sees»).

Üks haige kuulis hääli, mis kostsid alati põranda alt. See on tõeline hallutsinatsioon. Teine haige kuulis oma peast ja maost tulevaid hääli, mis ütlesid: «Ma olen hunt ja söön su ära.» See on pseudohallutsinatsioon.

Illusioonide füsioloogiline mehhanism seisab järgmises: väliskeskkonna esemest saadav aisting ei tekita seda kujutlust, mis vastaks välisele ärritusele, vaid teise, mis ei kajasta ümbritsevat tegelikkust õigesti.

Näiteks inimene, kellele jutustati mingisugustest hirmsatest sündmustest, tapmisest või mõistatuslikust surmast, tajub puude asemel kurjategija või mõrvari varju; oma sammude kõla tajub ta tagaajamisena kurjategija poolt.

Seega etendab ümbruse illusoorsel tajumisel suurt osa emotsionaalne tegur, näiteks hirm, mis soodustab teadvuse sisu täitva kujutluse aktiivsust.

Hallutsinatsioonide patofüsioloogiline alus võib olla mitmesugune. Ühtedel juhtudel on hallutsinatsioonide aluseks ärritusprotsessi patoloogiliselt inertne kolle, mis on arenenud mitmesuguste analüsaatorite tsoonis; näiteks kuulmishallutsinatsioonid tekivad aju oimusagaras lokaliseerunud otogeense päritoluga ajuabstsessi puhul.

Tunduv osa hallutsinatsioonidest on seletatav faasilise pidurduse ilmumisega.

J. A. Popov, kes on palju töötanud hallutsinatsioonide patofüsioloogilise olemuse selgitamisel, arvab, et hallutsinatsioonide aluseks on osaline pidurdusseisund ajukoores. Popov näitas, et kui hallutsineerivale haigele anda ajukoore erutust tugevdavaid vahendeid (kofeiin), siis hallutsinatsioonid nõrgenevad. Kui anda broomi, mis tugevdab pidurdust, siis hallutsinatsioonid intensiivistuvad. See tõendab kahtlemata, et hallutsinatsioonide tekkimises etendab tähtsat osa faasiline pidurdus ajukoores.

J. A. Popovi andmed seletavad ka sageli esinevat fakti, et hallutsinatsioonid tekivad üleminekul unest virgeseisundisse ja enne uinumist, et nad öösel intensiivistuvad ja et neid on eriti kerge esile kutsuda hüpnootilises unes viibival inimesel.

2. Mälu häired

Mälu füsioloogiliseks aluseks on assotsiatsioon ehk tingitud refleks. Mälu aluseks on tingitud seoste kujunemine, säilimine ja reprodutseerumine ajukoores.

Võime tingitud seoseid kinnistada tagab jooksvate sündmuste meeldejäämise; võime nende tingitud seoste jälgi reprodutseerida tagab möödunu meeldetuletamise; nii meeldetuletamine kui ka jooksvate sündmuste meeldejätmine on mälu eri avaldusvormid.

Iga tajumus jätab ajusse jälje. Endiste tajumuste jälgede taaselustamine ongi meeldetuletamine.

Meeldetuletus eksisteerib kunagi tajutu mõttelise kujutluse näol. Näiteks kase mainimisel me ei näe küll teda antud momendil, kuid võime teda mõttes kõikide detailidega kujutleda, endisi muljeid taaselustada. Iga inimese teadvuses on miljoneid tajumuste jälgi (s. t. kujutlusi), kusjuures nende säilitamine ja reprodutseerimine mälu poolt toimub teatavas seoses. Üks kujutlus on teisega ühenduses kujunenud ja kinnistunud tingitud seoste alusel. Näiteks sõna «välk» mõjul elavneb kujutlus kõuest.

Ühe kujutluse tekkimine kutsub esile teise kujutluse elavnemise naabruse, sarnasuse või kontrasti põhjal.

Mispärast aga miljonitest kujutlustest elavneb ainult üks? See oleneb reast tingimustest: tähelepanust (tähelepanu orientatsioonist), tajumuse tugevusest, värskusest, kujutluse ammususest, ühe kujutluse teisega kombineerumise sagedusest, tingitud seoste rikkusest, endistest kogemustest, kujutluste emotsionaalsest värvingust jne. See tähendab, et tajutu säilitamine ja reprodutseerimine ei ole ühesugune ja oleneb huvist tajutu vastu, meelespidamiseks vajaliku materjali hulgast, kordamiste arvust ja peaaju funktsionaalsest seisundist antud momendil. Mälu tagab faktide, teadmiste kogunemise ja määrab inimese orienteerumise ümbritseva keskkonna kiiresti muutuvates tingimustes.

Vanas eas mälu funktsioon tavaliselt muutub: kauge mineviku muljed (varasest lapsepõlvest, noorusest) elavnevad suhteliselt kergesti, võrreldes sellega, kui raskesti jäävad meelde äsjased sündmused.

Mida kujutab endast sel puhul unustamisprotsess füsioloogilisest seisukohast?

Unustamine on värskete tingitud seoste ebapüsivuse tulemus, nende kerge kustumine või pidurdatavus ärritusprotsessi nõrgenemise tagajärjel. Mälu üldine nõrgenemine vanas eas on seoses ärritusprotsessi jõu ja liikuvuse alanemisega.

Põhiliselt täheldatakse kaht liiki mäluhäireid: 1) meeldejätmise häire, 2) meelespidamise häire. Meeldejätmise häire seisab selles, et kaob võime uute (jooksvate) sündmuste, muljete, faktide omandamiseks (vt. «Psüühiliste haiguste sündroomid», Korsakovi sündroom). Mitmesugustest meelespidamise häirete vormidest mainime kõige sagedamini esinevat nähtust, mille puhul mälestuste tagavara tervikuna ei kannata, kuid mälust langevad välja teatavad lõigud. Niisugust mälu häiret nimetatakse amneesiaks. Kui haige ei suuda meelde tuletada enne haigestumist (näiteks koljutraumat, vingumürgitust) toimunud sündmusi, siis nimetatakse seda retrograadseks amneesiaks; pärast haigestumist toimunu unustamist nimetatakse anterograadseks amneesiaks.

Peale mälestuste osalise väljalangemise esineb ka üldist mälunõrkust, näiteks tserebraalse arterioskleroosi korral: haige ei mäleta oma elu tähtsamaid sündmusi, ei suuda järjekorras esitada oma haiguslugu, ei mäleta kuupäeva, kuud, aastat, ei suuda meelde tuletada, mida ta tegi viimastel päevadel, mida sõi päeva jooksul.

Meelespidamise häirete hulka kuuluvad ka vääriti mäletamine, kus kunagi varem toimunud sündmusi peetakse hoopis teise ajavahemikku kuuluvaiks, ja konfabulatsioonid ehk fantaasiad — väljamõeldised olematutest sündmustest (vt. «Psüühiliste haiguste sündroomid», Korsakovi sündroom).

Mäluhäireid esineb kõige sagedamini peaaju raske orgaanilise kahjustuse (seniilse psühhoosi, progressiivse paralüüsi, aju arterioskleroosi) korral.

Tähelepanu häire väljendub tähelepanu nõrgenemises, võimetuses seda koondada (pärast raskeid, kurnavaid somaatilisi haigusi, skisofreenia korral), selle hõlpsas kõrvalejuhitavuses, püsimatuses nn. maniakaalse seisundi puhul; tähelepanu võib olla liialt fikseeritud, aheldatud, nagu depressiivses seisundis, kui haige on tervenisti koondanud oma mõtted süngetele elamustele oma näilikust patususest minevikus ja käesoleval ajal (vt. «Psüühiliste haiguste sündroomid»).

Mälu seisundi üle saab otsustada mitmesuguste uurimiste andmeil: juba oma elu- ja haigusloo järjepärane esitamine haige poolt näitab, millisel määral tal meelespidamisvõime on säilinud. Selle võime kindlakstegemiseks lastakse haigel jutustada talle äsja esitatud lühikese loo või sündmuse sisu, lastakse meeles pidada näidatud eseme nimetust, arsti nime, korrata äsja öeldud kuus arvu, lastakse järgemööda teostada lahutamistehet, näiteks lahutada 100-st mitu korda 7. Viimases ülesandes peab haige meeles pidama, millest ta lahutas, kui palju lahutas, milline on tulemus: 100 — 93 — 86 — 79 jne. Järjestikku lahutamine on ka hea võte tähelepanu koondamise võime uurimiseks.

3. Intellekti häired

Intellektiks nimetatakse psüühilise tegevuse seda külge, mida iseloomustab inimese võime abstraktselt mõelda, otsustada, üldistada, kriitiliselt hinnata, võime teha järeldusi kõrvutatavate faktide, kogutud teadmiste alusel.

Intellektuaalse tegevuse kahjustuse aste on eri haiguste korral erisugune: alates intellektuaalse tegevuse mõnede külgede, näiteks mälu, arvutamise, tähelepanu kergeastmelisest nõrgenemisest peaaju vaskulaarsete haigestumiste — hüpertooniatõve, tserebraalse arterioskleroosi — korral kuni sügavate muutusteni, nagu kriitikavõime irreversiibel langus, võimetus üldistada, ümbritseva olukorra üle otsustada, oma seisundit õigesti hinnata, näiteks progressiivse paralüüsi või seniilse psühhoosi puhul. Püsivat, irreversiiblit intellektuaalsete funktsioonide langust nimetatakse nõdrameelsuseks.

Eristatakse: 1) kaasasündinud nõdrameelsust ehk oligofreeniat (nõrgamõistuslikkus), mis võib olla üsasiseste traumade või nakkuste või raske pikaleveninud sünnituse puhul tekkinud kahjustuste tagajärg; oligofreenia hulka kuuluvad ka vaimse mahajäämuse juhud, mis on varajases lapseeas põetud meningoentsefaliidi tagajärg (vt. ptk. «Oligofreenia»); 2) omandatud nõdrameelsus ehk dementsus kujuneb pärast rasket orgaanilist peaaju kahjustust näiteks progressiivse paralüüsi, langetõve, raskete kolju traumade, aju arterioskleroosi ja sellega kaasnevate verevalumite, seniilse psühhoosi puhul (vt. üksikasjaliselt vastavates peatükkides).

4. Mõtlemise ja kõne häired

Intellekt ei ole mõtlemisest eraldatav. Mõlemad koos kujutavad endast tunnetus- ehk intellektuaalset tegevust. Tajumus ja kujutlus tekivad ümbritseva maailma vahetul peegeldumisel inimese teadvuses ja moodustavad tunnetuse esimese astme, mis on seoses peamiselt esimese signaalisüsteemi tegevusega. Mõtlemine kui tunnetuse kõrgem aste on seoses objektiivse maailma nähtuste peegeldumisega mõistetes, otsustustes, kõrvutamistes, teaduslikes teadmistes inimese ja ühiskonna arenemise seadustest.

Nii mõtlemine kui ka intellekt on peaaju funktsioon, mis on seotud tema tingitud-reflektoorse talitlusega ning kahe signaalisüsteemi — esimese ja teise — alalise vastastikuse mõjuga.

Seega on mõtlemine psüühiline tegevus, mille aluseks on võime otsustuste ja järelduste tegemiseks ning mõistete kujundamiseks, mis tekivad tajumuste ja elukogemuste tagajärjel ning kajastavad seoseid ümbritseva maailma nähtuste vahel.

Otsustusi ja järeldusi ei saa lahutada kõnest, milleta ei ole võimalik mõistete tekkimine. Järelikult on mõtlemine lahutamatult seotud sõnaga. Seoseta mõistete vahel ja neid väljendavate sõnadeta ei saa olla mõtlemist.

On täiesti loomulik, et kõne arenemise protsessiga peab kaasnema ka närvisüsteemi vastav arenemine ja täiustumine.

Seda inimese kujunemise perioodi iseloomustab F. Engels järgmiselt: «Esialgu töö ning seejärel artikuleeritud kõne koos tööga olid kaks kõige

tähtsamat stiimulit, mille mõjul ahvi aju muutus järk-järgult inimese ajuks, mis kogu oma sarnasuse juures ahvi omaga on sellest kaugelt suurem ja täiuslikum.» [1]

Mõtlemise häired on ühel või teisel määral iseloomulikud kõikidele vaimuhaigustele. Mõtlemise häirete kliiniline pilt on väga mitmekesine. Eriti sageli ja teravalt väljenduvad mõtlemise häired skisofreenia puhul. Haiguse esimeses faasis ilmneb sageli mõtete katkemine. Jutuajamisel jäävad haiged ootamatult vait, et väga lühikese aja pärast vestlust uuesti alustada. Haiged märkavad, et mõtlemine on ebatäpne, ebaselge, otsekui sunnitud. Üks haige ütles, et mõtted «valguvad laiali», «voolavad nagu läbi sõela», et neid on väga raske koguda ja väljendada. Teine haige kinnitas, et tema pea on täis tarbetuid, talle võõraid mõtteid, mis oleksid talle nagu vägisi pähe pandud. Edaspidi kujuneb mõtlemise katkendlikkus — haige läheb ühelt mõttelt teisele, millel ei ole eelmisega mingit sisulist seost; näiteks küsimusele tema enesetunde üle vastab haige: «Kaotasin isu, voorimees sõidab atmosfääri.» Resoneeriv mõtlemine, mis samuti on sagedamini omane skisofreeniahaigetele, väljendub viljatus targutamises. Näiteks küsimusele: «Kuidas te täna magasite?» vastab haige: «Kui vaadelda uneseisundit filosoofilistest seisukohtadest kogu organismi suhtes tema arengus . . .» jne.

Real juhtudel, kõrvuti suure hulga mõtete tulvaga, võivad haiged tunda «tühja mõttetust». Niisugune mõtlemise häire on samuti tüüpiline skisofreeniale.

Sageli võib skisofreenia puhul mõtlemine olla segane, seosetu; see nähtub mõttetust sõnade ühendamisest, mida nimetatakse «sõnapudruks». Näiteks küsimusele, kuidas haige end tunneb, vastab ta: «Klaver, bülletään, nuudlid.»

Mõtete katkendlikkuse ja «sõnapudru» patofüsioloogiliseks aluseks on osaline pidurdus ajukoores (peamiselt teise signaalisüsteemi osas) ning kahe signaalisüsteemi vastastikuse vahekorra häire.

Langetõvele on tüüpiline liialt põhjalik, raskepärane, paindumatu mõtlemine, s. o. haige ei suuda eristada peamist kõrvalisest ja takerdub pisiasjades, ühel ning samal mõttel. Kui näiteks haiget paluda, et ta kirjeldaks oma haigushooge, siis hakkab ta jutustama sellest, kus ja millal sündisid tema vanemad, ning kogu oma elust mittevajalikkude üksikasjadega.

Patoloogiliste nähtuste (sealhulgas ka mõtlemise häirete) aluseks langetõve puhul on närviprotsesside liikuvuse häire.

Mõtlemine võib olla kiirenenud, kui tingitud seosed (assotsiatsioonid) kujunevad ebaharilikult kiiresti. Haigel on palju mõtteid, mis üksteist kiiresti asendavad. Selline kiirenenud mõtlemine esineb maniakaalse seisundi puhul. Vastandina sellele võib mõtlemine olla aeglustunud — haige räägib vähe, pikkamööda, tal on

[1] Ф. Энгельс, Диалектика природы, Госполитиздат, 1948, стр. 137.

raskusi ühelt mõttelt teisele üleminekuga. Niisugused pildid ilmnevad depressiivse seisundi korral. Patofüsioloogiline alus seisab kiirenenud mõtlemise korral pidurdusprotsessi nõrkuses, aeglustunud mõtlemise korral aga pidurduse tugevnemises.

Vaimuhaiguste mitmesuguste vormide kõige sagedamaks tunnuseks on luul. Luul on patoloogilisel alusel tekkinud ebaõige järeldus, ekslik otsustus ümbritseva üle. Kui illusioonid ja hallutsinatsioonid võivad esineda ka tervetel inimestel, siis luul on niisugune sügav häire, mis osutub alati vaimuhaiguse tunnuseks. Formaalselt on ebausk ja eelarvamused samuti ekslikud järeldused, kuid erinevalt luulust ei ole nad seotud mitte haigusega, vaid on tingitud teadmiste ja kultuuri puudumisest. Luulul on veel üks iseärasus: haiget ei ole võimalik ümber veenda, sest tal puudub võime õigeks otsustuseks.

Luulu kliinilised vormid on mitmekesised.

1. Suhtumisluul — haige on veendunud, et kõik, mis tema ümber toimub, on mingis erilises, kõige sagedamini negatiivses suhtes temaga; keegi näiteks naeratas, tegi mingi tavalise käeliigutuse, köhatas, haige aga näeb kõiges selles ümberolijate pahasoovlikku suhtumist temasse ja vihjet mingile eelseisvale ebameeldivusele.

2. Jälitusluul — haige on veendunud, et tal on vaenlased, kes teda kõikjal jälitavad, tahavad teda mürgitada, hävitada jne.

3. Füüsilise mõjutamise luul — haige on veendunud, et teda mõjutatakse mingisuguste eriliste kiirte, elektrivoolu või hüpnoosiga, kusjuures teda vaevavad igasugused ebameeldivad aistingud — põletamis-, torkimistunne — mitmetes kehaosades.

4. Hüpokondriline luul — haige on veendunud, et tal mädanevad kopsud, sooled. Sellised haiged avaldavad visalt rohkesti kaebusi oma füüsilise alaväärtuslikkuse üle; sageli veenavad nad arsti ühe või teise vaevuse tõepärasuses ja sunnivad isegi kirurgilisi operatsioone ette võtma.

Luulu loetletud vormid esinevad sagedamini kroonilise vaimuhaiguse — skisofreenia korral.

5. Rõhutus-, ahastus- (depressiooni-) seisundis viibivail haigeil on sageli enesesüüdistusluul. Nad peavad end süüdlasteks mingisugustes kuritegudes ja on veendunud, et nad on ära teeninud karistuse. Niisugused haiged peavad elu mõttetuks ja püüavad end surmata.

6. Suuruse, rikkuse, ilu luul. Haige peab end lõpmatute aarete omanikuks, väga ilusaks, võimsaks ja tugevaks. See luul esineb süfiliitilise psühhoosi (progressiivse paralüüsi, joon. 33) puhul ja kõrgenenud meeleolu puhul maniakaalses seisundis (vt. tagapool).

7. Kahjustusluulu täheldatakse raukusnõdrameelsuse korral. Haige arvab, et ta on paljaks varastatud, ta riided, raha,

toit ära viidud. Üks haige hakkas öösel ärgates oma tuhvleid otsima ja neid mitte leides karjus kõvasti: «Appi! Vargad!»

Luuluideed võivad olla katkendlikud või süstematiseeritud, s. t. kujutada endast vaadete ja veendumuste terviklikku süsteemi. Näiteks keegi haige «töötas välja» süsteemi «inimese kunstliku loote» valmistamiseks, et vabastada naisi rasedusest ja sünnitamisest. Peab teadma, et mitte alati pole luul mõttetu. Mõned skisofreeniahaiged väljendavad oma haiguslikke järeldusi nii järjekindlalt, et veenavad nende reaalsuses mitte ainult omakseid, vaid isegi meditsiinitöötajaid.



Joon. 33. Progressiivset paralüüsi põdev suurusluuluga haige on ehtinud end «ordenitega».

Luulude jaotamine eespool esitatud vormideks on tinglik, sest ühe ning sama isiku vaimuhaiguse pildis võib samaaegselt leiduda luulu mitmesuguseid kliinilisi variante, mis sageli kombineeruvad hallutsinatsioonidega. Näiteks 32-aastane skisofreeniat põdev naishaige G. jutustas, et teda mõjutatakse samaaegselt neljal viisil: «mikrobioloogiliselt», «radioaktiivselt», «zooloogiliselt» ja «geoloogiliselt». «Mikrobioloogiline mõjutamine» seisvat selles, et teda nakatatavat veenisse süstitavate mikroobidega angiini, grippi; «radioaktiivne mõjutamine» avalduvat märgitud aatomite toimes diafragmasse, mis tõusvat rangluuni; «zooloogiline mõjutamine» seisvat selles, et teda ristatavat koeraga, sest ta «tunneb koerahaisu», «geoloogiline mõjutamine» aga ühelt poolt selles, et talle pandavat toidu sisse liiva ja mulda, ning teiselt poolt kõikide teda ümbritsevate isikute kahtlases käitumises, kes iga tema sõna või liigutuse puhul hakkavat mööda osakonda jooksma ja askeldama, et «õhku tõuseks suur hulk geoloogilisi hõljumeid». Ta oli veendunud, et kõiki neid katsumusi peab ta taluma nurisemata, sest ta olevat «ebamoraalne» naisterahvas ja tal «tuleb selle eest pea maha raiuda».

Nagu sellest näitest nähtub, olid haigel haistmishallutsinatsioonid, kehalised hallutsinatsioonid, füüsilise mõjutamise, suhtumise ja enesesüüdistusluul.

Antud haigel võib luulu nimetada süstematiseerituks, sest näilisele mitmekesisusele vaatamata võib haige kõik avaldused ühendada ühtseks jälitusluuluks. Vastandina süstematiseeritud luulule esineb katkendlikku luulu tunduvalt sagedamini ning seda iseloomustavad üksikud, üksteisega seostamata mõtted.

Oluline on see, et luulu erinevale sisule vastab ka erinev meele-

olu: suurusluulule kõrgendatud, enesesüüdistusluulule ärev, hirmunud, jälitusluulule masendatud, ärev meeleolu.

Luulu patofüsioloogilised alused. Kõrgema närvitalitluse uurimine võimaldas kindlaks teha, et luulu aluseks võivad olla kaks patofüsioloogilist mehhanismi: inertse erutuse kolle ja ultraparadoksaalne faas. Inertse erutuse koldega ajukoores kaasneb alati difuusse induktiivse pidurduse tsoon, mille tõttu kortikaalne talitlus nõrgeneb ja haige kaotab võime oma luululistesse konstruktsioonidesse kriitiliselt suhtuda. Ultraparadoksaalse faasiga on seotud niisugune seisund, mille puhul varem pidurdatud, negatiivset laadi kujutlused muutuvad positiivseteks. Nii näiteks areneb enesesüüdistusluul: haige on veendunud, et ta on toime pannud kuriteo, tegelikult aga pole ta seda kunagi teinud ja isegi mõte sellest on tema teadvusele võõras; nüüd muutus haige teadvuses aktuaalseks see, mis oli alati pidurdatud, mida peeti võimatuks.

Luulust tuleb eristada nn. sundseisundeid, mis avalduvad ideede, kihude ja toimingute näol ning sageli valdavad haige teadvuse samuti nagu luul. Haige ei suuda neist vabaneda, kuid erinevalt luulust mõistab ta nende ekslikkust, mõttetust ja hindab neid kui oma haiguse avaldust. Sundseisundid on mitmesugused, neid tuleb meeles pidada, sest nad esinevad mitte ainult vaimuhaiguste raskeid vorme põdevatel isikutel, vaid ka närvisüsteemi ajutise häirena neurooside korral ja isegi vaimselt täiesti tervetel inimestel. Viimastel esinevad sundmõtted visade, «pealetükkivate» motiivide või fraasidena. Kõrgema närvitalitluse häire tagajärjel tekkinud sundseisundid võivad olla pikaajalised ja haigetele äärmiselt vaevavad. Haiged pöörduvad abi saamiseks arsti, kuid enamasti mitte psühhiaatri poole.

Sundseisundite rühm on oma kliiniliste avalduste poolest mitmekesine. Sundseisundid võivad väljenduda selles, et haige tunneb vastupandamatut hirmu suurte väljakute ees (agorafoobia), kõrguste ees, kinniste ruumide ees (klaustrofoobia).

23-aastane naishaige tunneb sundhirmu suletud ruumi ees. Ta ei saa kasutada metrood, mille jaam on tema kodu lähedal, ega sõita trollibussis või autobussis.

Sundseisund kinniste ruumide kartmise näol tekkis 10-aastasel tütarlapsel pärast seda, kui ta viibis metroos ehmunud, rabelevate emade ja laste hulgas mõmendil, mil vaenlane 1941. aastal sooritas esimese õhurünnaku Moskvale.

Sundseisundid võivad esineda vaevavate kahtlustena, mis tekitavad haigel alalise vajaduse kontrollida, kas ta ütles õigesti, kas ta sulges ukse, kustutas valguse, lülitas välja gaasi. Sundhirm nakatuda millessegi, näiteks süüfilisse (süfilofoobia), või haigestuda näiteks vähktõppe (kantserofoobia) tekitab haigel sundiva, vastupandamatu vajaduse pesta käsi, nägu. Näiteks pesi keegi haige tingimata teatava arvu kordi käsi ja kui miski seda toimingut katkestas, enne kui ta jõudis selle lõpetada, siis alustas ta

kätepesemisega otsast peale. Teine haige pidi ebameeldivuste vältimiseks täitma vaevarikast rituaali — kõigist teel ettetulevatest takistustest — postist, veeloigust, rahvahulgast — mööduma ainult paremalt poolt; kui tal see ei õnnestunud, pöördus ta tagasi, möödus takistusest paremalt poolt ja rahunes alles siis.

Sundseisundid võivad seista järeleandmatus ihas selle järele, mis on lubamatu, taunitav või lihtsalt mõttetu haigele eneselegi. Need on nn. kontrastsed kihud. Ühel haigel tekkis pärast nakkushaigust ja kauast pealesunnitud unetust vastupandamatu tung sülitada kaaslasele näkku või lüüa juhuslikku naabrit.

Ärevatel umbusklikkudel isikutel tekkivad sundseisundid kalduvad kõikuma, kord tugevnevad, kord nõrgenevad; tähelepanu kõrvalejuhtimisel või tugevate emotsionaalsete elamuste puhul võivad sundmõtted aga üsna pikaks ajaks kaduda.

Sundseisundite patofüsioloogiliseks aluseks on inertse erutuse kolle ajukoores. Kontrastsed sundkihud põhinevad ultraparadoksaalse faasi mehhanismil, mille puhul negatiivsed, pidurdavad ärritajad kutsuvad koores esile erutusprotsessi. Selle tagajärjel tekib haigel tung selle järele, mida ta ise peab lubamatuks.

Et erutuse paiskolle ajukoores võib olla nii luulu kui sundseisundi patofüsioloogiliseks aluseks, siis tekib küsimus, millest on tingitud kliiniline erinevus nende vahel, nimelt miks ei ole luuluga haiget võimalik ümber veenda, sundseisundite puhul aga haigel säilib kriitiline suhtumine — haige mõistab nende haiguslikkust, mõttetust. Jõu vahekorrad erutuskolde ja muu koore vahel on luulu ja sundseisundi korral erinevad: luulu korral on erutuskolle väga tugev ja kutsub esile laialdaselt irradieeruva induktiivse pidurduse kogu koores; see seisund põhjustab mõtlemistegevuse nõrgenemise, mis tingib kriitika võimatuse (samuti nagu me magades, kui ajukoor on pidurdatud, ei suuda kriitiliselt hinnata oma unenäoelamuste mõttetust). Sundseisundite korral on inertse erutuse kolle vähem püsiv, vähem tugev, mistõttu induktiivse pidurduse jõud ja ulatus ei ole suur. Järelikult ei ole peaaju koore teised osad nii tugevasti pidurdatud (kortikaalne talitlus ei ole nii sügavalt häiritud) ja kriitika on võimalik. Nüüd on arusaadav, et sundseisundite üleminek luuluks tähendab patofüsioloogilisest seisukohast erutusprotsessi tugevnemist koldes, kusjuures intensiivse induktiivse pidurduse tsoon levib ajukoore suuremale osale.

Mõtlemise häirete kohta esitatud näidete kogu ei oleks täielik, kui me ei puudutaks muutusi mõtlemises, mis kaasnevad aju kortikaalsete kõneaparaatide kahjustusest tingitud kõnehäiretega.

Niisugused kortikaalsete kõneaparaatide kahjustused põhjustavad mitut liiki afaasiat; peale totaalse ehk üldise afaasia võib iseseisvalt tekkida sensoorne afaasia, motoorne afaasia või amnestiline afaasia. Koldelise kahjustuse puhul esinev afaasia tüüpi kõnehäire saab arusaadavaks, kui arvestada, et kuigi meie artikuleeritud kõne on võimalik ainult peaaju suurte poolkerade koore ter-

vikliku tegevuse korral (muidugi tingimusel, et on säilinud kõne-aparaadid ajutüves ja perifeerias), kuulub juhtiv osa kõne teostumises kuulmise, nägemise ja motoorsetele-kinesteetilistele süntees-analüsaatoritele, mis on üksteisega tihedalt seotud.

Kõneprotsessist osavõtva kuulmisanalüsaatori süsteemi kahjustuse korral on ülekaalus sensoorne afaasia ehk kõne agnoosia (*agnosia* — mitteäratundmine), s. t. helilise kõne mittemõistmine, võimetus kuuldud kõnet analüüsida (ajukoore vasakpoolse oimusagara piirkonna kahjustus). Kõnelemisaktist osavõtvate nägemis-analüsaatori süsteemide kahjustuse korral (ajukoore vasakpoolne kukla-oimu piirkond) tekib haigel peamiselt amnestiline afaasia. Neil juhtudel ei ole haige võimeline nimetama talle hästi tuntud esemeid, kuigi ta nende otstarvet mäletab ja võib sellest jutustada. Näiteks selle asemel, et nimetada talle pakutud pliiatsit, ütleb haige: «Kirjutamiseks.» Kui kahjustub motoorne-kinesteetiline süsteem, mis võtab osa kõne realiseerumisest (ajukoore vasakpoolne otsmikupiirkond), ilmneb liikumis- ehk motoorne afaasia. Neil juhtudel on elu jooksul kogutud tingitud-reflektoorsed kõne-seosed hävinud ja haige ei tea, mida öelda, pole üldse võimeline rääkima või opereerib üsna piiratud hulga sõnadega, tarvitades neid seejuures sageli ebaõigesti.

Peaaegu alati kaob haigetel motoorse afaasia puhul lugemis- ja kirjutamisvõime. Selle fakti tundmine on tähtis afaasia diagnoosi kinnitamiseks.

Mõtlemine, mis inimesel on üldse tekkinud kõne arenemise tulemusena (kõne aga kujunes inimeste suhtlemises tööprotsessis), kahtlemata kannatab afaasia korral. Kui mõtlemisvõime mingil määral säilib, siis muutub ta konkreetseks, primitiivseks. Haigel kaob üldistamisvõime ja abstraktsetest mõistetest arusaamine.

Tuleb samuti meeles pidada, et düsartria ja anartria tüüpi kõne-häired, mis esinevad bulbaarse paralüüsi (vt. eespool) puhul, kus kannatab heli ja kõne lihaseline aparaat, ajukoor aga jääb kahjustamata, ei tingi mõtlemise, kirjutamise, silmadega lugemise, arvutamise häireid.

5. Emotsioonide häired

Emotsioonid ehk tunded on igasuguse psüühilise talitluse vältimatuks osaks. Nad peegeldavad meie suhtumist ümbritsevasse maailmasse. Emotsioonid kombineeruvad ilmekate liigutustega (miimikaga, žestikuleerimisega) ja muutustega kogu organismis: mitmesuguste emotsioonide korral sagenevad südame löögid ja hingamine, laienevad pupillid, väheneb süljeeritus (kuivus suus), suureneb uriinieritus, tõuseb ainevahetus ja vere suhkrusisaldus.

Inimese emotsionaalset ehk afektiivset talitlust seostavad kodanlikud teadlased täiesti ekslikult tervenisti koorealuse piirkonna funktsioonidega. Inimese emotsionaalne talitlus on ajukoore ja koorealuse ühise tegevuse tulemus. Äsja kirjeldatud mii-

milised ja vegetatiivsed reaktsioonid, mida tavaliselt peetakse ainult emotsioonide välisteks avaldusteks, kujutavad endast kortikaalsete mõjudega seotud reaktsioone, mis emotsioonidega alati kaasnevad.

Inimese emotsioonid on väga keerukad. Talle on omased niihästi elementaarsed emotsioonid, mis on ka loomadel, kui ka keerukad, kõrgemat tüüpi emotsioonid, mida loomadel ei ole. Nende hulka kuuluvad emotsioonid, mis on seoses ühiskondlike huvidega ja kollektiivse töötegevusega.

Välismaailmast rohkearvuliselt saabuvad muljed (eksterotseptiivsed mõjud) ja mitmesugused kõigist meie siseelundeist ajju saabuvad ärritused (interotseptiivsed mõjud) koos loovad tunnete kompleksi, mida me nimetame meeleoluks. Rõõm, vaimustus, kurbus, häbi, viha, ärritumine — need on inimese emotsionaalse talitluse rohkearvulised varjundid. Emotsioonid avaldavad inimese vaimsele tegevusele määratu suurt mõju, olles ajukoore funktsionaalse toonuse stimulaatoriks. Vaimselt terve inimese meeleolu on teataval määral kõikuv, olenevalt east, soost, aastaajast, päevaajast. Näiteks tuleb füsioloogiliselt normaalseks nähtuseks pidada positiivsete emotsioonide (rõõmu) ülekaalu noores eas, kalduvust meeleolu muutumiseks naistel premenstruaal- ja menstruaalperioodil jne.

Tugevamat, kuid lühiajalist meeleolu kõikumist, näiteks rõõmu, viha, meeleheite, põlguse avaldumist, nimetatakse afektiks.

Kalduvus afektiivseteks puhanguteks, oma afektide üle valitsemise võime kadumine areneb isikutel, kellel on olnud kolju trauma, kroonilistel alkoholikutel, psühhopaatidel. Somaatilised haigused, liigväsimus ja endokriinsete nihete perioodid organismis võivad afektiivsete puhangute tekkimist teataval määral soodustada.

Mitmesuguste afektide hulgast tuleb eristada patoloogilist afekti. Nii nimetatakse seisundit, mille puhul sooritatavate tegudega (sagedamini on need rasked, hävitavad) kaasneb osaline teadvuse tuhmumine ja seejärel amneesia. Üks ema, kes oma ainukest kuueaastast last väga palavalt armastas, jooksis pärast tüli naabrinaisega oma tuppa, haaras tualettlaualt habemenoa ja lõikas pojal kõri läbi. Teostanud mõrva, jäi ta ise kohale. Teadvusele tulles ei suutnud ta toimunust midagi meelde tuletada. Patoloogilise afekti fakti teevad kindlaks spetsialistid-psühhiaatrid kohtupsühhiaatrilise ekspertiisi korras.

Enam-vähem kestev meeleolu häire võib esineda meeleolu kõrgenemisena, e u f o o r i a n a, mille puhul haige viibib õndsas, rõõmsas seisundis. Eufooria võib olla ajutine, üleminev seisund, näiteks alkoholoolse joobe korral, aga ka peaaju raske orgaanilise kahjustuse tunnus progressiivse paralüüsi või ajukasvaja puhul. Eufooria on üks m a n i a k a a l s e seisundi sümptoome.

Meeleolu võib muutuda ka languse suunas kuni sügava pärssimuseni, kusjuures tekivad enesetapmismõtted. Niisugune meeleolu

langus esineb depressiooni korral (vt. ptk. «Emotsionaalsete häirete sündroomid»).

Emotsionaalse sfääri häirete hulka kuulub ka ebateadliku ärevuse, hirmu, rahutuse tunne. Neid seisundeid täheldatakse sageli somaatilistel haigetel — südamehaiguste, tuberkuloosi, vähkkasvajate ja ägedate nakkushaiguste puhul, samuti ka psüühika muutumisel seoses klimakteeriumiga.

Emotsionaalne häire võib avalduda apaatias, s. t. ükskõiksuses, hoolimatuses kõige ümbritseva suhtes. Mitmete haiguste (skisofreenia, kolju traumad) puhul esinev apaatia on seotud ajukoore aktiivsuse langusega. Peaaju traumaatiliste kahjustuste korral, peamiselt nende hiliste tagajärgedena, esinevad meeleolu püsimatus, kalduvus ärritumiseks.

Emotsionaalsete häirete hulka kuulub ka peaaju arterioskleroosi sage ning varajane tunnus — üldine psüühiline labiilsus, s. o. emotsionaalse sfääri niisugune seisund, kus haige väga kergesti üle läheb rahulikust olekust pisaratele ja pisaratelt naerule, heale meeleolule.

6. Käitumise ja kihude häired

Motoorse-tahtelise sfääri häire on erilise tähtsusega, sest see avaldub mitmesuguses käitumise ja kihude muutumises ning võib olla psüühilise tasakaalu rikke varajaseks tunnuseks.

Psüühilise talitluse selle sfääri häire üheks sagedaks tunnuseks on visa keeldumine toidust. Haiged võivad olla päevade kaupa söömata, kord tuues ettekäändeks isupuuduse, kord väites, et toit ei ole maitsvalt valmistatud, kord lubades süüa mõne aja pärast. Kõige visamalt ja kestvamalt loobuvad toidust skisofreeniahaiged käskivate, imperatiivsete kuulmishallutsinatsioonide mõjul, mis «keelavad» neil süüa, püsiva mürgitusluulu korral ja katatoonse vormi juhtudel aktiivse vastupanu (negativism) ilmumisel.

Mõnedel vaimuhaigetel esineb vastupandamatu tung end vigastada: lõigata, kratsida, hammustada, nahka kriimustada, esemeid (lusikaid, kahvleid, nõelu) alla neelata. Haiged võivad visalt teha katseid endalt elu võtta (suitsiidsed katsed).

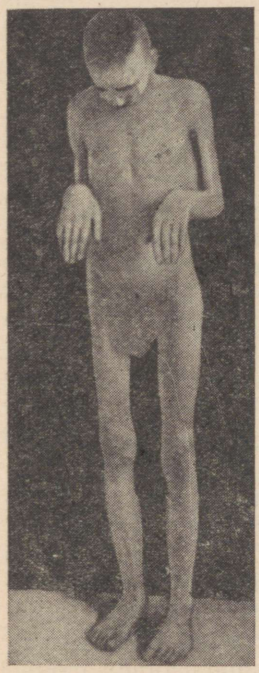
Moonutatud kihude hulka kuuluvad mitmesugused seksuaalse ebanormaalsuse vormid, näiteks homoseksualism, s. o. kiindumus samast soost isiku vastu.

Haiguslike kihude patofüsioloogiliseks aluseks on häired ajukoore ja koorealuste moodustiste vastastikuses mõjutamises. Kõik kirjeldatud ebanormaalsete kihudega haiged nõuavad erilist järelevalvet ja põetamist (üksikasju vt. vastavas peatükis).

Tutvumine käitumishäirete mitmesuguste vormidega on psühhiaatrias väga tähtis, sest enamiku vaimuhaigetega on raske kontakti luua; jutuajamisel on nad kinnised, ebaotsekohesed, varjavad

visalt oma haiguslikke mõtteid, kavatsusi, soove. Keskmeditsiinilisele personalile, kes viibib haigete juures pool ööpäeva ja veel kauem, on äärmiselt vajalik tunda nende häirete kliinilisi avaldusi.

Selles mõttes on kõige demonstratiivsemad katatoonsed (ladinakeelsest sõnast *catenatus* — seotud, aheldatud) häired, mis võivad avalduda stuuporis ehk pidurdatuses, kus haige ei vasta esitatud küsimustele (mutism, ladinakeelsest sõnast *mutus* — tumm, vaikiv), keeldub täitmast mistahes palvet: näidata keelt, anda kätt (negativism, ladinakeelsest sõnast *nego* — eitama); haige jäigastub sageli kummalises liikumatus poosis; kord lamab ta, jalad painutatud vastu kõhtu, pea padja kohale tõstetud, kord seisab mingis ebaloomulikus asendis (joon. 34); vahel võib seejuures haige kehale anda mistahes asendi ja ta jäigastub selles. Seda sümptoomi nimetatakse vahapaindlikkuseks. Haige keeldub toidust. Mõnikord hindab ta seejuures ümbritsevat olukorda õigesti, mida tuleb meeles pidada ja haige psüühikasse ettevaatlikult suhtuda, vältides avameelseid kõnelusi tema haigusseisundist. Selliseid seisundeid esineb kõige sagedamini skisofreenia puhul, kuid neid võib esineda ka mitmesuguste intoksikatsioonide ja infektsioonide puhul.



Joon. 34. Katatoonia-haige ebaloomulik, veider poos.

Kirjeldatud seisundi asemel tekib mõnikord ootamatult kõne- ja motoorne rahutus: haige tungib kuhugi, sooritab agressiivseid tegusid, teeb üht ning sama liigutust (stereotüüpne rahutus), kordab üht ning sama sõna, kordab ümberolijate poolt öeldud sõnu (ehholaalia) või jäljendab nende liigutusi (ehhopraksia, ehhokineesia). Niisuguses seisundis viibiv haige võib osutuda ohtlikuks teistele ja iseenesele, eriti kui rahutus tekib ähvardavate hallutsinatsioonide mõjul või oletatavatest jälitajatest mõtlemise mõjul. Kirjeldatud katatoonsete sümptoomide tekkimine on seotud kaitsepidurduse ja faasiliste seisundite arenemisega ajukoores, kusjuures nende sügavuse ja ulatuse aste tingib katatoonsete sümptoomide laadi. Nii vastab katatoonsele stuuporile ajukoore ja koorealuse motoorse osa täielik pidurdus (pidurdusfaas). Seisund, mille puhul haiged päeval viibivad stuuporis ja vastavad ainult sosinkõnele, öösel aga hakkavad liikuma ja kõnelema, on seletatav paradoksaalse faasiga (kus pidurdatud koore rakud vastavad ainult nõrkadele ärritajatele). Negativism on seletatav peaaju motoorsete alade ultraparadoksaalse faasiga, mille tõttu posi-

tiivne ärritaja (palve, käsk) toimib vastupidiselt, s. t. negatiivselt, ja haige ei täida palvet või teeb vastupidise toimingu.

Motoorne katatoonne rahutus on seletatav asjaoluga, et kortikaalsete piirkondade sügav pidurdus kombineerub koorealuse piirkonna vabanemisega pidurdusest (katatoonse stuupori eri liikidest ja patofüsioloogiast vt. ptk. «Käitumise häire sündroomid»).

Käitumise häire võib avalduda selles, et haiged muutuvad maneerseks, pentsikuks. Näiteks hakkab täiskasvanud haige neljakäpuli roomama, keelt näitama, otsekui kaasvestlejat õrritades; ta võib kaasvestlejale ootamatult näkku sülitada, kõnelda venitatud lapseliku intonatsiooniga.

Väga tähtis on tunda käitumise häireid, mis ägedal kujul tekivad muutunud teadvuse juures, mille põhjuseks on järsk aju trauma, raske infektsioon, intoksikatsioon (tüüfus, pneumoonia, operatsioonijärgsed infiltraadid, sünnitusjärgsed infektsioonid, alkoholism, mürgitused). Areneva motoorse rahutusega kaasuvad segase või tuhmunud teadvuse juures tavaliselt rohkearvulised nägemis-, harvemini kuulmishallutsinatsioonid, katkendlikud luulumõtted. Et niisugused haiged viibivad sagedamini somaatilises (mitte psühhiaatrilises) haiglas, siis vajavad nad tugevdatud järelevalvet ja kiiret arstiabi, sest nad on ohtlikud nii lähikondseile kui ka iseendale (üksikasju vt. «Psüühiliste haiguste sündroomid»).

Nagu juba öeldud, on psühhoos organismi üldhaigestumine, millega kaasuvad muutused psüühilises sfääris ja mis sageli tekib ühtede või teiste somaatiliste häirete tagajärjel. Seetõttu nõuab igasugune psüühilise talitluse häire ka haige somaatilise sfääri hoolikat uurimist. Vaimuhaigete uurimisel tuleb pöörata tähelepanu südame ja veresoonte süsteemi, hingamiselundite süsteemi, mao-soole trakti ning endokriinse ja vegetatiivse süsteemi seisundile. Psühhiaatrilistele asutustele on kohustuslik haige täielik kliiniline uurimine (vere, uriini, ajuvedeliku analüüs, röntgenoloogiline läbivaatus).

II. PSÜÜHILISTE HAIGUSTE SÜNDROOMID

Haigus on keerukas organismi kohanemise reaktsioon muutuvatele tingimustele, kusjuures selles reaktsioonis võib näha kolme peamist perioodi. Esimesel perioodil piirdub kohanemine teatava etapini neurodünaamiliste, funktsionaalsete nihetega, mis arenevad kaitsemehhanismide toime tulemusel. Sellele järgneb ebaeduka ravi korral ja haiguse edasiarenemisel orgaaniliste rikete, närvisüsteemi destruktsiooni periood. Kolmas (taastumis-) periood toimub kompensatoorsete mehhanismide mobiliseerimise arvel, millede poolest närvikude on väga rikas.

Haiguse kliiniline pilt on erakordselt mitmekesine ja seda iseloomustavad mitte üksikud sümptoomid, vaid sümptoomide kogumid, kompleksid, mida nimetatakse sündroomideks. Seejuures võib

üks ning sama sündroom ehk sümptoomide kompleks esineda eri psühhooside puhul ja, vastupidi, mingi haiguse vältel võib sümptoomide kliiniline pilt muutuda, iseloomustades tavaliselt ühe või teise psühhoosi kulgu. Üksikute sümptoomide vahel on tihe seos, mis peegeldab kogu organismi terviklust, tema funktsioonide ühtsust.

Arstil ja velskril on praktikas sagedamini tegemist psüühilise tegevuse eri külgede avaldustega, aga mitte selle mingi ühe funktsiooniga. Kunagi ei ole olukord niisugune, et haigel esineksid ainult hallutsinatsioonid või ainult luulumõtted, kõiges muus aga ei oleks psüühiline tegevus häiritud. Häirete ilmumisega tajumises kaasuvad tavaliselt ka rikked mõtlemises, otsustustes, käitumises ja tundeelus.

Nimelt seepärast ongi tähtis teada mitte ainult mingit üht sümptoomi, vaid ka haigust iseloomustavaid sümptoomide kombinatsioone; see hõlbustab psühhiaatria tundmaõppimist ja on vajalik eeldus haiguste õigeks diagnoosimiseks ning järelikult ka haigete põetamiseks.

Peatume üksikasjalisemalt psüühiliste haiguste tähtsamate sündroomide kirjeldamisel.

1. Teadvuse häirete sündroomid

Inimese teadvus on reaalselt eksisteeriva maailma sünteetilise, üldistatud peegelduse kõrgem vorm. Teadvus on kõrgema närvi- (psüühilise) talitluse omadus, mis on tekkinud ja arenenud inimese ühiskondliku töötegevuse protsessis.

Iga terve, ilma psüühiliste häireteta inimene, kes on virgeseisundis, tunnetab ümbritsevat tegelikkust, tajub järjekindlalt ja hindab vastavalt ümbritseva maailma sündmusi, määrab oma suhtumise välismaailmasse, orienteerub õigesti enda isikus. Uinumise momendil ning eriti ärkamise esimestel sekunditel kaotab ühendus meid ümbritseva tegelikkusega oma selguse ja täpsuse. Näiteks enne uinumist inimene lakkab vähehaaval tajumast ümbritsevaid helisid, valgust, annab küsimustele ebaõigeid vastuseid; sügavast unest ärgates ei taipa inimene otsekohe, kus ta viibib, kes teda ümbritsevad. Alles natukese aja pärast hakkab terve inimene oma isikus ja ümbritsevas olukorras õigesti orienteeruma ning ümbritseva maailma esemeid tajuma. Ainult selgel teadvusel olles, mis vastab peaaju keskmisele optimaalsele talitlusele, saab inimene välismaailma õigesti tajuda, tunnetada, selle üle otsustada ja seda aktiivselt mõjutada.

Rikutud psüühilise talitluse tähtsaks sümptoomiks on teadvuse häire mitmesuguses astmes ja sügavuses.

Virgeseisundis orienteerub terve inimene õigesti kohas, ajas, teda ümbritsevates isikutes, esemetes, on võimeline tema ümber toimuvat õigesti mõtestama ja oma käitumist vastavalt ümbritseva olukorra muutumisele reguleerima.

Teadvuse häire korral taju kustub, kaob orienteerumine kohas, ajas, ümbritsevas olukorras, jooksvate sündmuste meelespidamine. Iga sümptoom üksikult, omaette, ei ole aga häiritud teadvuse tunnuseks. Näiteks Korsakovi sündroomi korral esineb tavaliselt meelespidamise häire, kuid teadvus säilib; peaaju arterioskleroosi

puhul on haige ajas ja ruumis desorienteeritud, kuid tema teadvus ei ole häiritud. Teadvuse häire korral rikundub psüühilise talitluse kõikide külgede õige järgnevus ja vastastikune seos. Teadvuse häireid esineb sagedamini raskete ägedate nakkushaiguste (tüüfus, pneumoonia) ja intoksikatsioonide (alkohol) puhul, samuti ka pikaajaliste kurnavate haiguste põdemisel (tuberkuloos, vähktõbi, kroonilised südamehaigused). Järelikult tuleb selliseid haigeid vaadelda mitte niivõrd psühhiaatrilise haigla kui somaatilise haigla nakkus-, kirurgia- ja sisehaiguste osakonna tingimustes.

Teadvuse häirete rohkearvulistest vormidest käsitleme kõige tähtsamaid.

a) **Uimasusseisund.** Uimasus võib tekkida mistahes nakkushaiguse, intoksikatsiooni, kolju trauma või ajukasvaja puhul. Nakkushaiguste hulgast tuleb nimetada kõigepealt ägedaid nakkusi — pneumooniat ja tüüfusi. Aga ka kroonilised pikalevenivad haigused (reumatism, sepsis, malaaria) võivad põhjustada uimasust, sagedamini infektsiooni või intoksikatsiooni haripunktil, kuid ka protsessi algul või lõpul. Ajuvapustuse puhul tekib uimasus otsekohe pärast traumat (äge periood). Uimasusseisundi kliiniline pilt avaldub selles, et haige on unine, väheliikuv, otsekui pooleldi teadvuseta. Kui pöörduda tema poole küsimusega, avab ta silmad, kuid suleb need otsekohe jälle. Vastused annab ta suure hilinemisega või ei vasta üldse. Et vastust saada, tuleb haiget kõvasti hõigata või ärkvele raputada või küsimust korrata. Mõtlemine on haigel väga raskendatud. Tavalised ärritajad ümbritsevast keskkonnast, näiteks kõnelemine, personali liikumine, jätavad haige ükskõikseks, ta on osavõtmatu kõige tema ümber toimuva vastu. Reaktsioon valuärritusele on aga säilinud.

Uimasusseisundi patofüsioloogiline mehhanism seisab kogu peaaju talitluse pärssimuses, peamiste kortikaalsete protsesside — erutuse ja pidurduse — aktiivsuse häires, kusjuures ülekaalus on pidurdus; häirub ka esimese ja teise signaalisüsteemi vastastikune vahekord. Uimasusseisundi kestus on mitmesugune — mõni tund kuni mõni päev. Sellises olekus viibivate haigete üldseisundit ja pulssi tuleb hoolikalt jälgida. Ei tohi unustada, et uimasusseisund võib süveneda ja komatoosseks seisundiks üle minna. Viimase puhul teadvus kaob täielikult, puuduvad reaktsioonid kõikidele ümbritsevatele ärritajatele, langeb veresoonte toonus ja südame tegevus, kaovad pupilli-, sarvkesta-, kõõlusrefleksid, puudub valureaktsioon; see kõneleb kõrgema närvitalitluse tugevast pärssimusest.

Tuleb meeles pidada, et mõnikord esinevad kooma alguses äge motoorne rahutus, epileptiformsed krambihood ja isegi epileptiline staatus. Kooma puhul toimub kortikaalse talitluse ja aju tüvemehhanismide funktsioonide tugev pidurdus. Komatoosne seisund tekib peaaju orgaaniliste kahjustuste (verevalum, ureemia, suhkurtõbi) puhul.

R a v i. Kõikidel komatoosse seisundi juhtudel tuleb kiiresti rakendada abinõusid, et vältida kooma süvenemist, sest muidu võib kooma lõppeda surmaga. Järelikult on nii vanema kui ka keskmeditsiinilise personali kohustuseks rangelt jälgida haigeid, kellel on vähimadki teadvuse muutumise tunnused. Uimasuse ja kooma korral on näidustatud intoksikatsiooni vähendavad ravimid, eriti 40%-lise glükoosilahuse süstimine veeni, 10—20 ml korraga, 10%-lise naatriumkloriidilahuse süstimine, 10—20 ml korraga, soolaklistiirid, rohkesti juua. Nimetatud vahendeid tuleb kombineerida teadvuse muutuse esilekutsunud põhihaiguse ravimisega.

b) **Delirioosne sündroom** esineb mitmesuguste ägedate nakkushaiguste puhul, kolju trauma ägedal perioodil, mitmesuguste intoksikatsioonide (eriti sageli alkohoolse intoksikatsiooni) korral, esimestel päevadel pärast mistahes operatsiooni, eriti kui see toimus narkoosi all, aju vaskulaarsete häirete ja südame rikete puhul. Selgekujulise delirioosse sündroomi pildi arenemisele eelneb tihti unetus, rahutus, mis öösel suureneb. Nende sümptoomide ilmumine eespool nimetatud haiguste ajal peab äratama teenindava personali valvsust; kui meditsiiniõde neid sümptoome märkab, peab ta sellest viivitamata arstile teatama. Väljakujunenud delirioosse seisundi sündroom koosneb järgmistest sümptoomidest: teadvuse tuhmumine — haige on ajas ja ruumis desorienteeritud, ei suuda öelda, kus ta viibib, või nimetab oma asukohta töökohaks, peab ümbritsevaid haigeid kaastöölisteks, ei tea, kui kaua ta on olnud haiglas, ei tea kuud, aastat, kuupäeva. Selles desorienteeritud seisundis esineb haigel rohkesti eredaid, enamasti hirmutavaid nägemis- ja kehalisi hallutsinatsioone ning illusioone. Kuulmishallutsinatsioone esineb harvemini.

Deliiriumi karakteerseks iseärasuseks on see, et arvukaid hallutsinatoorseid kujusid tajub haige unetaolise teadvuse taustal reaalsetena. Haige ei vaatle neid passiivselt, vaid võtab stseenidest aktiivselt osa, «kaitseb» end hirmsate nägemuste, ähvardavate häälte eest. Nii jooksis üks haige jalgu kõrgele tõstes mööda palatit ning karjus seejuures: «Ai, valus on! Jätke järele!» Selgus, et ta katsus end päästa «põrsaste karja eest, kes püüdsid tal mõlema jala veresoontest verd imeda». Seega määravad haige kogu käitumise deliiriumi puhul hirmutavad hallutsinatoorsed kujud.

Hallutsinatoorseid elamusi võib oletada, kui haiget hoolega jälgida. Haige vahib ringi, silmitseb midagi, sosistab midagi. Seejuures on tal näol selge rahutuse, hirmu ilme: silmad on pärani lahti, suu poolenisti avatud; ta ei saa minutitki rahulik olla: kord heidab ta pikali ja katab pea tekiga, kord tõuseb üles ja ringi vahtides käib mööda palatit, läheb koridori, tuleb palatisse tagasi. Niisugune käitumine peab äratama personali valvsust, sundima haigele lähenema ja tema rahutuse põhjuse selgitama, kindlaks tegema, miks ta tekiga pead katab. Haige kaldub toidust keelduma. Õhtu poole, eriti siis, kui läheb pimedaks, hallutsinatsioonid

intensiivistuvad, motoorne rahutus, hirm suurenevad järk-järgult. Haige kargab ootamatult püsti, mõnikord peidab end voodi alla, enamasti põgeneb kiiresti, püüab aknast välja hüpata, purustades sageli klaasi, viskub hirmutavate hallutsinatsioonide ja ümbritseva olukorra luululise tõlgendamise mõjul kaaslaste kallale. Jälitus- või mürgitusluulu korral on haige veendunud, et lähikondsed kavatsevad teda tappa, ära põletada, mürgitada; ta «kaitseb» end ja võib tungida näilike jälitajate kallale. Teadvuse häire sügavus kõigub ööpäeva vältel; haiged võivad ajutiselt teadvusele tulla, õigeid vastuseid anda, mõistlikult käituda, kuid ööseks süveneb teadvuse häire uuesti.

Deliiriumiga kaasneb rida somaatilisi sümptoome: südame tegevus nõrgeneb, kiireneb, südametoonid muutuvad tumedaks, arütmiliseks, hingamine sageneb, tekib akrotsüanoos, temperatuur tõuseb 38°-ni ja kõrgemale, higieritus suureneb. Pärast deliiriumi tavaliselt säilib mälestus läbielatust.

Delirioosse seisundi patofüsioloogilised mehhanismid on keerukad ja mitmekesised: pidurdus levib teisele signaalisüsteemile, päästes sellega positiivse induktsiooni seaduse järgi valla esimese signaalisüsteemi ja koorealuse piirkonna talitluse, mis põhjustab nende korrapäratu tegevuse.

Delirioosne sündroom vältab mõne päeva (1 kuni 4 päeva).

Ravi ja põetamine. Tuleb meeles pidada, et pärast sügavat und kõik deliiriumi nähud kaovad. Niipea kui ilmnevad esimesed eelsümptoomid, mille hulka kuulub unetus, rahutus õhtutundidel, on vajalik personali hoolikam järelevalve haige üle: ööseks antakse talle pidurdust tugevdavaid vahendeid (broomilahust, uinuteid). Deliiriumi sümptoomide süvenemisel tuleb haige juurde määrata alaline sanitaarpost.

Ravimitest on näidustatud rahustav klistiir (Sol. chlorali hydrati 6% 50 ml) ja 40%-lise glükoosilahuse veenisse süstimine, mis vähendab intoksikatsiooni. Samal eesmärgil tehakse klistiir 50 ml 5%-lise glükoosilahusega, antakse rohkesti juua, südame ja veresoonte talitlust ergutavaid vahendeid (kamper, adonileen, kofeiin) ning kõiki ravimeid, mis mõjutavad haiguse peapõhjust.

Et delirioosne seisund on lühiajaline nähtus, siis ei ole vajadust haiget vaimuhaiglasse üle viia. Ta jäetakse somaatilisse haiglasse spetsiaalse meditsiinilise järelevalve alla. On soovitatav paigutada niisugune haige üldpalatist isolaatorisse.

c) **Amentiivne sündroom** areneb tavaliselt pikaajalise raske nakkushaiguse lõpul, raske ägeda intoksikatsiooni, siseelundite kauakestvate kurnavate haiguste korral, kahheksia sümptoomide arenemisel (tuberkuloos, septiline endokardiit, reumatism, sepsis, dekompenseeritud südamerike, kaugelearenenud kurtumus vähktõve puhul). Suhteliselt sageli areneb amentiivne seisund pärast tüsistustega sünnitust septilise intoksikatsiooni tagajärjel.

Amentiivse sündroomi kliiniline pilt koosneb sügavamast tead-

vuse häirest kui deliiriumi puhul, korrapäratust motoorsest rahutusest ja kõne seostamatusest.

Haige on desorienteeritud mitte ainult ümbritsevas olukorras, vaid ei suuda isegi oma nime öelda. Ta nägu väljendab hämmeldust. Vastuse asemel isegi elementaarsetele küsimustele karjub ta mõttetuid lauseid või üksikuid sõnu. Peaaegu lakkamatult on ta motoorselt rahutu; see ei tarvitse aga väga tugevasti avalduda ega vii teda voodist välja; seejuures on niisugusel motoorsel rahutusel oma karakteersed iseärasused, mis võimaldavad teda eristada delirioossest rahutusest. Haige teeb näiteks korrapäratuid, sihituid, kaootilisi liigutusi: vehib kätega, viskab teki minema, kortsutab särki, lina, veeretab end voodist välja. Rahutus ei lakka, kui haige poole pöörduda mingi küsimusega. Sageli motoorne rahutus suureneb; haige hüppab püsti, püüab põgeneda ja teda on raske voodis kinni hoida. Hallutsinatoorsed ja luululised elamused on katkendlikud, sisukehvad; nende sisu üle võib otsustada ainult hirmunud ja valvsa näoilme järgi. Amentiivne seisund võib kesta nädalaid ja isegi kuid. Peaaegu lakkamata, kogu ööpäeva vältav rahutus ja mitteküllaldane toitainete saamine seetõttu, et haige ise ei söö ning motoorse rahutuse ja vastupanu tõttu on teda sööta üsna raske, põhjustab üha süveneva kurtumuse: haige kehakaal langeb, naha turgor väheneb, nahk muutub kuivaks, huuled on pakatanud, keel on kaetud, südame toonid on sagenenud, tumenenud, temperatuur on kõrgenenud.

K õ r g e m a n ä r v i t a l i t l u s e u u r i m i s e l ilmneb ajukoore funktsioonide alanemine, peamiste kortikaalsete protsesside — erutus- ja pidurdusprotsessi — nõrkus, kurnatus. Pärast amentiivset seisundit on haigel selle kohta täielik amneesia.

R a v i j a p õ e t a m i n e. Haiged vajavad hoolikat ja pidevat järelevalvet; kui somaatilise haiguse tõttu ei saa neid vaimuhaiglasse üle viia (näiteks amentsia tähnilise tüüfuse põdemisel), siis tuleb nende juurde tingimata määrata individuaalne sanitaarpost. Niisama hoolikat põetamist nõuab aga ka niisuguse haige somaatiline seisund. Personal peab kannatlikult otsima võimalust haige söötmiseks, jälgima tema suuõõne seisundit, puhastama seda iga päev nõrgas kaaliumpermanganaadilahuses niisutatud marlilapi abil. Haigele peab võimalikult sageli andma juua, kõige parem jootmiskannust. Arsti korraldusel süstib keskmeditsiiniline personal haigele naha alla füsioloogilist lahust ja teeb toiteklistiire. Intoksikatsiooni vähendamiseks on näidustatud 10%-lise hüposulfitilahuse (15—20 ml korraga), 40%-lise urotropiinilahuse ja 25%-lise magneesiumsulfaadilahuse (kombinatsioonis glükoosiga) süstimine veenisse.

d) **Oneroidne** (ladinakeelsest sõnast *onero* — koormama, raskendama) **ehk unenäotaoline teadvuse häire.** Seda tuleb ette palavikuliste ja nakkushaiguste ning vahel ka skisofreenia korral. Selle seisundi iseärasuseks on see, et haige teadvuses põimub tavaline tegelikkus fantastiliste sündmustega: haigele näib, et ta

on asunud teisele planeedile, et ta on osaline täiesti uskumatutes sündmustes, mis toimuksid otsekui unes. Seejuures vastab haige fantastiliste elamuste tulva momendil küsimustele õigesti ning võib orienteeruda ajas ja ruumis. Oneroidsete elamuste intensiivsus (sügavus) on mitmesugune; teadvuse häirete süvenemisel võib reaalse tegelikkuse tajumine lakata.

Erinevalt delirioossest seisundist, mille puhul haige kõike nähtut ja kuuldut väljendab miimikas, toimingutes (käitumises), torkab oneroidse seisundi korral silma mittevastavus tajutavate kujude rohkuse (ülekolimine teisele planeedile, «maailma hukkumise» pilt) ja haige käitumise vahel. Haige on unenäolises olekus ning jääb rahulikult voodisse lamama. Oneroidsete, unenäotaoliste seisundite aluseks on ajukoore faasilised seisundid (üleminekud une ja virgeseisundi vahel).

Ravi ja põetamine. Niisugused haiged vajavad hoolikat järelevalvet personali poolt. Tuleb ravida põhihaigust.

e) **Hämaroleku sündroom.** Hämaroleku ehk «kitsenenud» teadvuse sündroom tekib harilikult ootamatult ja võib olla mitmesugune.

Ühtedel juhtudel ei ole muutunud teadvuse välistes avaldustes midagi tähelepanu äratavat: haige võib tõusta, riietuda, majast lahkuda, luusida tänavatel või istuda trammi, rongi või autosse ning ära sõita, sellest kõigest endale aru andmata; kui haige jälle täiele teadvusele tuleb, ei mäleta ta, kuidas ta on võõrasse kohta sattunud. Üks langetõvehaige sõitis hämarolekus 180 km Moskvast eemale ja tabati sihitult raudteetammil luusivana.

Teistel juhtudel kaasneb hämarolekuga meeleolu häire — viha, rõhutud olek, hirmutavad hallutsinatsioonid. Haige muutub väga rahutuks, püüab end kaitsta kujutletava hädaohu eest, tungib ümberolijaile kallale, jookseb, lõhkudes seejuures kõike, mis talle teel ette satub. Näiteks ühel 23-aastasel haigel, kes viibis langetõve tõttu ravil psühhiaatrilises kliinikus, kujunes 12. päeval ootamatult hämarolek: ta pistis jooksma, lõi aknaruudud katki, hakkas kinnipidamisel vastu, tungis personalile kallale, endal hirmunud ilme näol. Roninud aknaraamide vahele, karjus ta: «Ärge tapke! Päästke!» Hämarolek kestis umbes ööpäeva ning lõppes unega, mille järel haige toimunut ei mäletanud.

Langetõbe põdev haige viibis krupoosse kopsupõletiku tõttu sisehaiguste haiglas. Kõrgeima temperatuuri perioodil arenes tal äkitselt hämarolek väga tugeva motoorse rahutusega: haige kargas voodist välja, jooksis aluspesu väel koridori, sealt vannituppa, puges nurka, haaras malmist süljekausi ning ähvardas tappa kedagi oma vaenlastest. Sanitaride abiga võeti haigelt «relv» ära ja süstiti talle heksenaalilahust. Kui rahutus oli lakanud ja haige uinus, viidi ta viivitamatult üle vaimuhaiglasse.

Kirjanduses on esitatud tähelepanekuid, kus haiged taolises seisundis panid toime raskeid seaduserikkumisi, kaasa arvatud tapmine. Hämarolek kestab mõni minut kuni mitu päeva. See tead-

vuse häire areneb langetõve puhul, kolju trauma ägedal perioodil, hüsteeria korral, pärast psüühilisi vapustusi, raskete infektsioonide ja intoksikatsioonide puhul. Haiged on ümberolijaile ohtlikud, seetõttu on nende üleviimine psühhiaatrilisse haiglasse peaaegu alati kohustuslik.

Ravi ja põetamine. Kuni haige üleviimiseni psühhiaatrilisse haiglasse tuleb tema juurde määrata alaline meditsiiniline valvepost. Ravimitest on näidustatud kliistiirid 6%-lise kloraalhüdraadilahusega (50 ml) ning südame ja veresoonte talitlust toetavad vahendid.

Hämaroleku patofüsioloogiliseks aluseks on järgmine mehhanism: une ja virgeseisundi vahepealsete seisundite kujunemine (hüpnootilised faasid), kõigepealt teise signaalisüsteemi osas. Ajukoore motoorne osa osutub aga pidurdusest vabanenuks.

2. Hallutsinatoorse seisundi sündroom

Selle sündroomi kliiniline pilt koosneb rohkearvulistest eredatest kuulmishallutsinatsioonidest, mis enamasti on ebameeldiva sisuga, kusjuures teadvus ei ole tuhmunud. Haige kuuleb näiteks üht või mitut häält, mis temaga küüniliselt kurjustavad, annavad talle käske, ähvardavad temaga arveid õiendada. Ta astub häältega vaidlusse, õigustab end, keeldub nende käske täitmast. Hallutsinoosi esineb kõige sagedamini kroonilise alkoholismi ja peaaju orgaaniliste kahjustuste, näiteks ajusüüfilise korral. Haiguse kulg on pikaajaline.

Toome lühidalt ühe näite.

Haige K., 38-aastane, on mitme aasta vältel tarvitanud liialt alkoholi; ta hakkas kuulma kahte mehehäält — üks mõistis tema käitumise hukka, teine kiitis joomise heaks. Teine hääl tõreles temaga küüniliselt, käskis viivitamata endale järgneda. Kui haige püüdis käskudele vastu hakata, siis otsekohe mitu häält «sundisid» teda surmaga ähvardades tänavale jooksma ja sõidu ajal trammile hüppama. Momendil, mil haige trammi trepiastmel rippus, karjusid «tagaajajad»: «Tõmba teda! Lükka ta trammilt maha või las hüppab ise!» Haige hüppas täiskäigul liikuvalt trammilt maha ja sattus trammi rataste alla. Ta toimetati raskes seisundis Sklifossovski-nimelisse instituuti, kus tal amputeeriti parem labajalg. Mitme järgneva kuu vältel kuulis ta ikka veel mitmesuguse intensiivsusega «hääli».

Haiged harjuvad hallutsinatsioonidega, saavad aru, et need on haiguslikud kuulmise häired; mõnikord on nad suutelised tööd jätkama. Hallutsinoosi ägenemisel tuleb need isikud vaimuhaiglasse paigutada.

Ravi ja põetamine. Kuulmishallutsinatsioonidega haiged vajavad ranget järelevalvet. Uinutite tarvitamine vähendab hallutsinatsioonide tulva; antakse barbamüüli 2 korda päevas 0,3, veronaali 3 korda päevas 0,25, väikesi insuliini annuseid — 5 ühikut ning seejärel 50 g suhkrut. Tuleb ravida põhihaigust. Mõni-

kord aitab psühhoterapeutiline vestlus haigega, meenutamine, et see on haigus, et haige peab kriitiliselt suhtuma kõigesse, mida ta kuuleb.

3. Paranoilis-hallutsinatoorne sündroom

Paranoilis-hallutsinatoorne sündroom esineb võrdlemisi sageli paljude vaimuhaiguste puhul, raskete ägedate või pikalevenivate somaatiliste haiguste (reumatism, tüüfused, sepsis, erüsiipel) puhul, samuti ka sunnitud unetuse korral paranemisperioodil. Selle sündroomi aluseks on hallutsinatsioonid, mille taustal areneb ümbruse luululine hindamine, ning see määrab haige kogu käitumise. Illustreerimiseks kirjeldame üht haiguslugu.

Haige B. hakkas pärast rasket psüühilist traumat ja mitut unetut ööd kuulma nii tema omaste kui ka võõraste isikute hääli. Talle näis, et teda ähvardab mingisugune oht, ja suhtus kõigesse tema ümber toimuvasse kahtlustavalt. Töötada ta enam ei suutnud, vaid sõitis sanatooriumi, kus pinguldatuse ja hirmu tunne veelgi kasvas. Talle tundus, et tema toit on mürgistatud. Haige otsustas sanatooriumist viivitamata lahkuda. Rongis käskisid hääled teda sõidupileti katki rebida, mida ta ka tegi. Jõudnud Moskvasse, otsustas ta restorani lõunastama minna, sest ta oli veendunud, et «vaenlased» teda sealt ei leia ja et ta saab esmakordselt mitme päeva kohta rahulikult lõunastada. Osutus aga, et ka restoranis oli kõigile tellitud toitudele «mürki lisatud». Ta tasus arve ja hakkas hotelli minema, kandes oma kahte kohvrit. Äkki ütles käskiv hääl: «Kas näed seda vaest naist, anna teine kohver temale.» Haige tegi seda jalamaid ja kui imestunud naine, kellele ta oma kohvrit pakkus, hämmeldunult seisma jäi, pakkus ta naisele teist kohvrit. Mõne minuti pärast kuulis haige uut «käsku»: «Sul on kaks silma, aga pimedal ei ole ühtegi, anna talle oma teine silm.» Hääl käskis teda minna keeva vee kraani juurde ja silma selle all hoida. Kuid kraani juures seisvad inimesed takistasid haiget seda kavatsust täide viimast. Siis aga «tuli talle hääl appi»: sundis teda minema vaksali meditsiinipunkti ning paluma, et tal silm välja rebitaks. Haige mõttetu palve ja imelik välimus viisid meditsiinipunkti valveõe arvamusele, et tal on tegemist inimesega, kelle psüühika ei ole korras. Segadusse sattumata palus õde külastajat oodata. Jätnud ta sanitari valve alla, kutsus õde välja spetsiaalse transpordi, millega haige toimetati Moskva vaimuhaigete vastuvõtu punkti.

Nagu esitatud kirjeldusest nähtub, määravad niisuguste haigete käitumise hallutsinatoorsed kujud ja luululised veendumused. Et haiged on sageli ohtlikud nii iseenesele kui ka ümbrusele, siis on kohustuslik paigutada nad vaimuhaiglasse.

4. Psüühilise automatismi sündroom (Kandinski sündroom)

Psüühilise automatismi sündroom seisab selles, et haige tajub oma elamusi mitte temale kuuluvatena. Psüühiliste elamuste võõrus võib esineda mitte ainult mõtete, vaid ka tunnete ja liigutuste sfääris. Haige arvab näiteks, et temal esinev hirmu- või vihatunne, antipaatia, kiindumus, kõik tema liigutused — pea pööramine, jäsemete liigutamine —, kõik tema otsused ja teod ei kuulu talle

endale, vaid on sisendatud väljastpoolt. Selle poolest erineb ta tervest inimesest, kes kõiki oma elamusi, mõtteid ja toiminguid tajub omadena, vahekorras oma «minaga».

23-aastane naishaige U. muutus loiuks, apaatseks, avaldas arvamust, et kogu tema «olemus on muutunud». Ta elab kahes olekus — «endas(ja endast väljaspool». Seejuures osutus, et seisund «väljaspool ennast» tähendab seda, et silmad, nina, suu, käed, jalad ei ole tema omad, vaid võõrad. Ka tema peas tekkivad mõtted ei kuulu temale, vaid on talle «pähe pandud». Kogu tema käitumine ja tema enda hääl tunduvad talle automaatsetena. Kui ravi toimel algas paranemine, siis haige «tuli jälle endasse» ja kõik kehaosad ning mõtted, tunded, käitumine kuulusid jälle ainult talle endale.

See sündroom esineb skisofreenia puhul, tsirkulaarse psühhoosi depressiivses faasis ja infektsioonipsühhooside puhul.

5. Luululised sündroomid

a) **Residuaalluul.** Residuaal- ehk jääkluuluks nimetatakse niisuguseid luululisi järeldusi, mis on tekkinud nakkushaiguse (eriti sageli tähnilise tüüfuse) ägedas järgus, kuid püsivad edasi ka pärast temperatuuri langemist; näiteks kõhu- või tähnilise tüüfuse haripunktil tekib teadvuse segasus, haige muutub rahutuks, väljendab oma luulu, näeb koledaid loomi, inimeste hulki, kuuleb hirmutavaid hääli. See ägeda deliiriumi pilt lõpeb, motoorne rahutus kaob, haige nagu hakkaks ümbritsevat olukorda mõistma. Sellele vastab ka raskete intoksikatsiooni nähtude vähenemine. Temperatuur langeb, pulss ja hingamine muutuvad korrapärasemaks. Haigega vesteldes osutub aga, et ta püsib endiselt oma luululiste arvamuste juures.

Luulu sisu võib olla väga mitmekesine; enamasti esineb jälitusluul. Järk-järgult, vastavalt tervistumisele, luulumõtted kaovad. Luulumõtete tekkimine nakkushaiguse ajal teeb haige ümberolijaile ohtlikuks. Luululiste järelduste mõjul võivad haiged käituda mõistmatult, mistõttu neid tuleb hoolikamalt valvata. Üleviimine vaimuhaiglasse ei ole tarvilik. Tervistumisel kaob residuaalluul täielikult.

R a v i. On näidustatud üldtugevdavad vahendid — glükoos, vitamiinid.

b) **Paranoiaalne sündroom.** Selle sündroomi iseärasuseks on püsivate luululiste järelduste tekkimine süstematiseeritud luulu näol; kujuneb näiteks jälitusluul ilma hallutsinatsioonideta ja ilma mingisuguste muude kõrvalekaldumisteta käitumises, mõtlemises, emotsionaalses sfääris. Haige hindab luululiselt mitte ainult käesolevaid sündmusi, vaid ka möödunud elu.

Nii arvas üks haige, et ta on avastanud vähktõve põhjuse. Et oma veendumuse õigsust tõestada, pühendas ta palju aastaid «teose» kirjutamisele, mis pidi näitama avastuse tähtsust ja ümberlükkamatust; seejuures pöördus haige üha kõrgemate akadeemiliste

instantside poole, taotledes oma teenete tunnustamist. Sellest hoolimata, et haige tähelepanu juhiti korduvalt tema järelduste põhjendamatusele, pühendas ta endiselt kogu oma aja võitlusele «teadusliku avastuse» laialdase teatavakstegemise eest. Küsimustes, mis ei puutunud tema «avastusse», ja käitumises, mis polnud seoses tema luuluga, ei erinenud haige tervetest inimestest mitte millegi poolest ja möödus mitu aastat, enne kui haige psühhiaatrite juurde suunati.

Paranoiaalset sündroomi tuleb eristada paranoilisest sündroomist, mis esineb mitmete haiguste, eriti skisofreenia ja ajusüüfilise puhul.

Luululise sündroomi patofüsioloogilised mehhanismid on keerulised ja mitmekesised; paranoia puhul on tegemist erutusprotsessi patoloogilise inertsusega (üksikasjalisemalt vt. ptk. «Mõtlemise ja kõne häired»).

6. Käitumise häire sündroomid (düskineetilised sündroomid)

a) **Stuupor.** Stuuporiks nimetatakse üldise motoorse pidurdatuse seisundit, mis avaldub liikumatuses. Seda esineb sageli mitmesuguste haiguste, nagu skisofreenia, tsirkulaarse psühhoosi, infektsioonide (malaaria jt.) puhul, mürgituste korral mürkidega (alkaloidid, valkmürgid), mao-soole trakti haiguste, vaskulaarsete haiguste ning aju traumaatiliste kahjustuste puhul. Stuuporiseisundis jäävad haiged täiesti liikumatuks, jäigastuvad mingis asendis, ei vasta küsimustele, keelduvad söömast.

Sageli areneb stuupor pärast rasket psüühilist traumat, näiteks seaduserikkumise eest süüdimõistetul, lapse kaotanud emal jne.; seda nimetatakse psühhogeenseks stuuporiks, sest ta kujuneb seoses psüühiliste elamustega. Erinevalt skisofreenia puhul esinevast stuuporist iseloomustab psühhogeenset stuuporit elav, mõnevõrra pinguldatud ärev näoilme, eriti silmavaade. Kuigi vestluses ei lähe korda sõnalist vastust saada ja haige jääb endiselt liikumatuks, võib reaktsioonina küsimustele, mis puudutavad neid psüühilisi elamusi, mille järel stuupor kujunes (näiteks lapse surm), täheldada erutuse ilmset tugevnemist; see avaldub näo punetamises, kõha puhkemises, higi tekkimises otsaesisele ja suu ümber; silmad lähevad niiskeks, pulss sageneb.

Skisofreenia puhul kujuneva stuuporiga võib kaasneda lihaste toonuse tõus või, vastupidi, langus.

Lihaste kõrgenenud toonusega stuuporit iseloomustab kõikide lihaste pinguldumine: haige ei tee ise mingisuguseid liigutusi, ta on veidras poosis ning tardub igas asendis, mis talle antakse (vahapaindlikkuse ehk katalepsia sümptoom). Haigel võib mõlemad käed üles tõsta või pea taha kallutada, ja ta jääbki sellisesse ebaloomulikku asendisse. Lihaste kõrgenenud toonusega stuporoossetel haigetel on silmad tihedalt suletud, suu ja hambad tugevasti kokku surutud. Mõnikord on skeletilihaste pinguloleku tõttu

peaaegu võimatu kehaosade asendit muuta. Niisugune stuupor esineb sagedamini skisofreenia puhul.

Lihaste nõrgenenud toonusega stuupor — lõtv stuupor — erineb eespool kirjeldatust selle poolest, et haige asend on passiivne; ülestõstetud käed langevad lõdvalt alla, katalepsia sümptoom puudub. See stuupori erikuju võib esineda ka skisofreenia puhul, sageli aga ka tsirkulaarse depressiooni puhul.

Stuuporis viibivad haiged keelduvad söömast; niisuguseid haigeid söötval personalil peab olema palju kannatlikkust, visadust ja ettevaatlikkust. Haiged hoiavad toitu suus, ei neela seda alla ja võivad väga kergesti käkastuda. Kui haiget pole võimalik käsitsi sööta, tuleb seda teha sondi abil (üksikasjalisemalt vt. «Vaimuhaigete põetamine»).

b) **Katatoonne sündroom.** See sündroom koosneb ühelt poolt motoorsest pidurdatusest katalepsiaga, mutismiga ja negativismiga, s. t. stuuporile iseloomulikest sümptoomidest, teiselt poolt aga kuuluvad siia motoorse rahutuse sümptoomid, mis on sundivat laadi: ehholaalia ja ehhopraksia sümptoom (juuresolijate sõnade ja liigutuste kordamine) ning kõne ja liigutuste stereotüüpia sümptoom.

Katatoonset rahutust iseloomustab see, et haiged grimassitavad, võtavad veidraid poose, teevad stereotüüpseid liigutusi, kipuvad kuhugi, võivad ümberolijaile kallale tungida, kordavad seoseta ja igasuguse tähenduseta sõnu. Selle seisundi patofüsioloogiliseks aluseks on ajukoore sügav pidurdus, kusjuures ajukoorele lähemad subkortikaalsed keskused on pidurdusest vabanenud.

Katsed loomadega ja tähelepanekud inimestel mõnede nakkushaiguste ja intoksikatsioonide korral on kinnitanud, et katatoonne sündroom võib areneda mürgitumisel valgu lagunemise mitmesuguste toksiliste produktidega (bulbokapniin, meskaliin), narkootiliste vahenditega (uretaan), tööstuslike mürkidega (tetraetüülplii, arseen), nakkushaiguste (malaaria, reumatism jt.) tagajärjel, orgaaniliste peaaju haiguste (ajusüüfilis, progressiivne paralüüs) ja skisofreenia puhul.

Katatoonse sündroomi aluseks on mitmesuguse astme ja sügavusega pidurduse levimine mööda ajukoort ning sellele vastavalt madalamal asuvate osade (koorealuse piirkonna) funktsioonide vabanemine pidurdusest.

Stuupori ja katatoonse rahutuse seisundis viibivad haiged tuleb otsekohe vaimuhaiglasse paigutada, kus neile on kindlustatud vajalik põetamine ja järelevalve ning vastav ravi.

R a v i j a p õ e t a m i n e. On vajalik, et keskmeditsiiniline personal pidevalt niisuguste haigete järele valvaks ning neid hoolikalt, kohusetundlikult teenindaks. Raskus seisab selles, et niisuguseid haigeid tuleb sööta käsitsi või sondi kaudu. Peab ka hoolikalt jälgima, et neil toimuks soole ja põie korrapärane tühjendamine, sest haiged hoiavad seda sageli tagasi.

Katatoonse sündroomi ja stuupori ravi määravad nende seisun-

dite patogeneetilised mehhanismid. Et need sümptoomid osutuvad ajukoore rakke kahjustavate ärrituste eest kaitsva pidurduse tagajärjeks, siis peab ka ravi olema suunatud selle mitte veel täielikult, vaid osaliselt arenenud pidurduse süvendamisele; ühtlasi tarvitatakse organismi kaitsejõude stimuleerivaid ja intoksikatsiooni vähendavaid vahendeid.

Kõige paremaid tulemusi annab uneravi (üksikasjaliselt vt. tagapool).

7. Emotsionaalsete häirete sündroomid

a) **Depressiivne sündroom.** Depressiivne sündroom esineb kõige sagedamini ja on oma avalduste poolest mitmekesine. Tüüpilise depressiivse sündroomi puhul, mis on iseloomulik tsirkulaarse psühhoosi faasile (vt. tagapool), täheldatakse rõhutud meeleolu ning liigutuste ja intellektuaalse tegevuse pidurdatust. Haiged kannatavad vaevavat, talumatut ahastust, eriti hommikutundidel. Kõike ümbritsevat näevad nad väljapääsematuse tumedates värvides, mõtlemine on pidurdatud — mõtteid on vähe, igasugune vaimne koormus on äärmiselt raske. Haiged vastavad küsimustele vaevaliselt, tasa, ühesilbiliselt, sügavalt ohates, peetusega, teevad väga vähe liigutusi, ei suuda end teenindada, kammida, süüa, voodist tõusta. Üks haige ütles: «Kõige tühisemadki liigutused on talumatult vaevarikkad, raske pole mitte ainult voodist tõusta ja tualetti teha, vaid isegi silmi avada.»

Sageli lamavad haiged hoopis liikumatult, stuuporiseisundis. Tihtipeale avaldavad nad luulumõtteid oma süüst (psühhiaatrilise terminoloogia järgi enesesüüdistusluul). Teistel juhtudel on depressiivsele seisundile iseloomulik talumatu ahastus koos ärevusega, mingisuguse õnnetuse ootamisega. Erinevalt tsirkulaarse psühhoosiga haigetest ei esine neil haigetel motoorset pidurdatust. Vastupidi, nad ei püsi minutitki paigal. Kord nad istuvad, kord tõusevad püsti, hakkavad toas edasi-tagasi jooksma, hõõruvad rahutult käsi, haaravad peast kinni, murravad sõrmi, hädaldavad vahetpidamata: «Oh, mis nüüd küll saab, mis juhtus, ütelge, mis häda mind ootab?» Eriti sageli muretsevad haiged oma perekonna, omaste heaolu pärast, ilma et selleks mingit alust oleks. Näiteks peatas naishaige K. iga möödaminejat koridoris ja palus öelda, kas tema tütar on elus. «Ta vististi ei jõudnud koju, hukkus kas metroos või kurja käe läbi.» Mitte mingisugune veenmine ega seletamine ei rahusta haigeid. Ärevus-, rahutusseisund vältab nädalaid ja isegi kuid. Seda depressioonivormi nimetatakse agiteeritud depressiooniks ja ta esineb preseniilsete psühhooside puhul (üksikasjalisemalt vt. tagapool).

Depressiivset sündroomi esineb paljudel vaimuhaigetel. Niisugused haiged vajavad pidevat tugevdatud järelevalvet, sest peaaegu alati tekivad neil visad enesetapmismõtted. Enesetapmiskatseid teevad nad sagedamini kas depressiooniseisundi algul, kui

ahastus on tugev, kuid ei ole veel motoorset pidurdatust, või haiguse lõpul, kui motoorne pidurdatus hakkab alanema ja haiged muutuvad aktiivsemaks, kuid ahastus on veel üsna tugev.

Ravi ja põetamine. Tuleb meeles pidada, et niisugused haiged varjavad mõnikord visalt oma enesetapmiskavatsusi (seisundi dissimulatsioon), seetõttu peab kesk- ja noorem meditsiiniline personal lakkamatult kuni täieliku tervistumiseni nende järele valvama. Oopiumipreparaadid (oopiumitinktuur, kodeiin), hapniku süstimine ja vannid vähendavad vaevavat ahastustunnet ning lühendavad haiguse kestust (retseptid on esitatud peatükis «Maniakaal-depressiivne ehk tsirkulaarne psühhoos»).

b) **Maniakaalne sündroom.** See sündroom kujutab endast sümptoomide kombinatsiooni, mis on vastupidised depressiivsele seisundile. Haigetel on kõrgenenud, elev meeleolu (eufooria), nad näevad kogu ümbrust roosilistes värvides. Kõik näib kaunina, ilusana, miski ei tumesta ülevat meeleolu. Vastavalt eufoorilisele seisundile emotsionaalses sfääris on ka intellektuaalsed ja motoorsed funktsioonid pidurdusest vabad. Niisugusel haigel on palju mõtteid, ta kõneleb valjusti ja peaaegu vahetpidamata, kaotab sageli sõnade järje, hüppab ühelt mõttelt teisele. Suure osa haige väljendustest moodustavad tema haiguslikud veendumused oma mitmekülgses andekuses ja piiramatutes võimalustes. Näiteks peavad haiged end kõigist ilusamaks, andekamaks, omistavad endale erakordseid võimeid kõikidel tegevusaladel: maalimises, muusikas, teaduses jne. (suurusluul).

Motoorne pidurdamatus avaldub püüdes tegutseda: haige võtab ette igasuguseid töid, segab end igasse asjasse, kuid liigse rahutuse tõttu ei suuda ta midagi lõpule viia. Motoorne rahutus püsib ka öösel. Uni on häiritud, haiged ei maga rohkem kui 2—3 tundi ööpäevas. Nende kehakaal langeb. Selline olukord iseloomustab tsirkulaarse psühhoosi üht faasi. Maniakaalne sündroom võib aga esineda ka teiste vaimuhaiguste puhul: pärast akuutset kolju traumat, raske intoksikatsiooni või nakkuse korral. Ülemäärane liikuvus, lärmakus, sõnaohtrus võib põhjustada kokkupõrkeid teiste haigetega. Maniakaalse sündroomiga haiged võivad olla agressiivsed, sagedamini on nad aga ise teiste haigete kallaletungi objektiks.

Ravi ja põetamine. Keskmeditsiiniline personal peab maniakaalseid haigeid hoolikalt valvama. Motoorse rahutuse vähendamiseks on soovitatav teha pikaajalisi sooje vanne, anda broomipreparaate.

Rahutuse patofüsioloogiliseks mehhanismiks on aktiivse pidurduse nõrgenemine, passiivse pidurduse puudulikkus ja erutusprotsessi ülekaal; depressiivse seisundi puhul on, vastupidi, pidurdusprotsess tugevnenud ning ühtlasi esineb sügav ainevahetuse häire kogu organismis.

c) **Hirmusündroomi** iseloomustab ärev, rahutu käitumine ja ta esineb üsna paljude psüühiliste häirete korral, nagu involutsiooni-

psühhoos, ägedad infektsiooni- ja intoksikatsioonipsühhoosid (näiteks alkohoolse deliiriumi puhul), skisofreenia, aju vereringe häired. Tserebraalse arterioskleroosi ja hüpertooniatõve puhul esinevad psühhoosid ägedate hirmuhoogudena, mis algavad tavaliselt õhtutundidel, mõnikord korduvad aga ka päeval. Kohkunud näoga haige pistab jooksma ning avaldab tugevat vastupanu, kui teda takistatakse. Tema kergeimgi puudutamine, talle öeldud sõna, tule süütamine, koputus uksele, möödaminevad sammud — kõik tugevdab hirmureaktsiooni.

Hirmutunde all kannatavad haiged võivad saada ohtlikuks iseenesele ja ümberolijaile; valve nende järele peab olema tugevdatud, sest nende käitumise määrab hirm, ärevus, ning seetõttu võivad nad end kaitstes ümberolijaile kallale tungida, haiglast põgeneda jne.

R a v i oleneb sellest haigusest, mille puhul see sündroom areneb. Vaskulaarsete haiguste — hüpertooniatõve — korral on näidustatud kõik vererõhku alandavad vahendid. Kõikidel juhtudel on näidustatud 10 ml 10%-lise broomilahuse süstimine veeni.

8. Neurootilised sündroomid

Neurootilised sündroomid on üks kõige sagedamaid nähtusi mistahes eriala arsti või velskri praktikas. Neurootilised sündroomid, mille kliinilist pilti järgnevalt kirjeldatakse, on oma arenemise mehhanismilt kõrgema närvitalitluse katkestuse tagajärjed; selle katkestuse tekitab peamiste kortikaalsete protsesside — pidurduse ja erutuse — ülepingutus. Väga tähtis on asjaolu, et neurootilised sündroomid esinevad sageli orgaanilise haigestumise algstaadiumis, funktsionaalsete, neurodünaamiliste häirete perioodil.

Neurootiliste sündroomide kliiniline pilt on mitmekesine.

a) **Neurasteeniline sündroom.** Neurasteenilist sündroomi iseloomustavad kliiniliselt järgmised sümptoomid: 1) kõrgenenud ärrituvus — haige ärritub ilma küllaldase põhjuseta, satub raevu, on kannatamatu, puhkeb kergesti nutma; 2) suurenenud väsivus — haige väsib ruttu teistega suheldes, vesteldes, lugedes; 3) unehäired — haige ei uinu, magab halvasti, vähe aega; ta uni ei ole sügav, on ärev, ei anna talle reipust ega puhkust, mida sügav uni annab tervele inimesele. Niisugustel haigetel on tundlikkus valu, helide, valguse, külma ja ülesoojenemise vastu kõrgenenud, neil esineb rohke higistamine, südamepekslemine, punane dermografism. Sageli on kõõlusrefleksid kõrgenenud. Paljudel juhtudel on meeleolu neurasteenilise sündroomi puhul ebapüsiv: rõhutud meeleolu järel võivad haiged äkki lõbusaks muutuda ning suudavad vaevu naeru pidada, seejärel aga tunnevad jälle masendust, on valmis nutma.

Neurasteeniline sündroom esineb pärast siseelundite (südame, kopsu, mao-soole trakti) raskeid, ägedaid või kauakestnud hai-

gusi, pärast kolju traumasid, pärast nakkushaigusi (gripp, tüüfused, pneumooniad jne.). Tuleb meeles pidada, et neurasteenilise sündroomiga võivad alata ka niisugused vaimuhaigused, nagu progressiivne paralüüs, ajusüüfilis, skisofreenia. Neurasteeniline sündroom tekib hõlpsamini labiilse närvisüsteemiga isikutel, kuid areneb ka tasakaalukate tüüpide esindajatel.

P a t o f ü s i o l o o g i l i s e s t k ü l j e s t väljendab see sündroom pidurdusprotsessi nõrgenemist ja erutusprotsessi labiilsust ajukoores. Sellega seletub kirjeldatud kliiniline sümptomaatika: kõrgenenud erutuvus, ärrituvus, unetus, emotsionaalne püsimatus, kõrgenenud väsivus, tähelepanu kiire langus.

R a v i j a p õ e t a m i n e. Neurasteenilise sündroomiga haiged vajavad eriti peenetundelist, tähelepanelikku kohtlemist personali poolt. Südamlik, rahustav sõna mõjub haige enesetundele kahtlemata soodsalt. Haige kõrgenenud ärrituvus on haigusliku seisundi tunnus, järelikult tuleb igal konkreetsel juhul haige nõudmist õigesti hinnata ja seda mitte ainult hellitatud inimese kapriisiks pidada.

Ravimisel ei tohi unustada põhihaigust, millest on tingitud neurasteenilise sündroomi ilmumine. Suure tähtsusega on põhilisi kortikaalseid protsesse reguleerivad vahendid, näiteks broom kofeiiniga, kusjuures nende annused peavad olema rangelt individualiseeritud, olenevalt haiguse kliinilise pildi iseärasustest. Soodsat toimet avaldab vesiravi (vt. ptk. «Neuroosid»).

b) **Hüpokondriline sündroom.** Selle sündroomi puhul on haige enesetunne langenud ja ta avaldab üleliigset kartust oma tervisliku seisundi pärast. Haige esitab suure hulga kaebusi igasuguste aistingute üle mitmesugustes kehaosades; ta tunneb näiteks valu, torkimist, külma, pitsitust südame, kopsude, mao, neerude jne. piirkonnas. Niisugused haiged on sageli veendunud, et neil on mingi operatiivset ravi nõudev somaatiline haigus. Mõnikord sobivad kõik need kaebused haavandtõve või apenditsiidi kliinilise pildiga. Väga oluline on see, et objektiivsel uurimisel võib tõepoolest leida kõhu puhitust, vastavate kõhulihaste pingsust. On esinenud juhtumeid, kus visa hüpokondrilise sündroomiga haiged olid kuude kaupa somaatilises haiglas ning arstid tegid tulemusteta ravi tõttu proovilaparotoomia, mis ei kinnitanud ei haavandtõve ega apenditsiidi olemasolu. Hüpokondrilise sündroomiga haigestumiste kulg venib sageli pikale (mitu kuud ja kauem). Niisugustel juhtudel areneb kirjeldatud haigusseisund tihti peaaju orgaaniliste haiguste (meningoentsefaliit, ajusüüfilis, progressiivne paralüüs) tagajärjel või organismi üldise nõrgenemise tõttu pärast nakkushaiguse põdemist. Hüpokondriline sündroom võib esineda ka skisofreeniahaigetel. Tuleb meeles pidada, et niisugused haiged on sageli rõhutud meeleolus ja võivad teha enesetapmiskatset. Järelikult vajavad nad tugevdatud järelevalvet ja hospitaliseerimist neuropsühhiaatrilisse haiglasse. Hüpokondrilise sündroomiga haigetel on kalduvus iseendale ravi määrata, tungivalt nõuda per-

sonalilt ühtesid või teisi ravivahendeid, viidates sellele, et vastasel korral nad surevad. Meditsiiniõde ei tohi ilma arsti loata niisugusele haigele mitte mingisuguseid ravimeid anda, vaid peab arstile haige seisundist teatama.

c) **Hüsteeriline sündroom** on oma kliiniliste avalduste poolest väga mitmekesine. Teda kirjeldatakse järgnevas peatükis ja peatükis «Neuroosid» («Hüsteeria»).

9. Krambisündroomid (epileptilised ja hüsteerilised hood)

Krambisündroomid võivad areneda kõige mitmekesisemate haigestumiste puhul. Arvamus, et nad esinevad ainult epilepsia ehk langetõve puhul, ei ole õige. Peaaju orgaaniliste kahjustustega (näiteks traumade, kasvajate, ateroskleroosiga), raskete nakkustega (tüüfused) ja intoksikatsioonidega (toidu-, ravimimürkidega) kaasnevad sageli mitmesugused krambisündroomid, mida käsitletakse käesolevas peatükis.

Suur epileptiline krambihoog võib areneda äkitselt, täie tervise juures ilma igasuguste eelnevate aistinguteta või pärast lühiajalisi eelsümptoome, mida nimetatakse auraks (suure epileptilise krambihoo kirjeldust vt. ptk. «Langetõbi»).

Epileptilise krambihoo eriliigiks on Jacksoni tüüpi hoog, kus krambid algavad teatavast näo, labakäe või labajala lihaste grupist. Mõnikord piirdub asi ainult sellega ja teadvus ei kao, teistel juhtudel aga haaravad krambid järk-järgult kogu keha lihased ja tekib suur epileptiline krambihoog.

Teiseks eriliigiks on nn. väike hoog [*petit mal* (ptii mal) — prantsuse autorite järgi], mida iseloomustab väga lühiajaline (mõne sekundi kestev) teadvuse kadumine ilma krampideta; haige justkui tardub ootamatult, kuid ei kuku, tema vaade on koondatud ühte punkti. Otsekohe tuleb ta teadvusele ja jätkab katkestatud tööd või kõnelust.

Tetaanilisi hooge iseloomustavad toonilised krambid jäsemetes; kõige selgemini avalduvad need labakätes, labajalgades ja näo lihastes. Sellised krambihood esinevad kõrvalkilpnäärme puudulikkuse ja ainevahetuse häirete korral ning vitamiinide vaeguse tagajärjel, näiteks rahhiiti põdevatel lastel.

Ravi oleneb tetaanilise krambihoo põhjusest.

Hüsteeriline hoog algab enamasti pärast erutavaid elamusi, mis on seoses tülidega, rahulolematusega, haige soovide, kavatsuste mittetäitumisega. Haigele tehakse näiteks ettepanek lasta end haiglast välja kirjutada, kuid see on talle vastu tahtmist, ei pikendata talle haiguslehte, ei lubata nõutud kokkusaamist sugulastega, tehakse asjalik, kuid ebameeldiv märkus töö juures jne. — kõik see võib tal esile kutsuda hüsteerilise hoo. Tüüpilistel juhtudel iseloomustavad hoogu järgmised sümptoomid. Väga tihti algab hoog valju nutuga, nuuksumisega, mis asendub valju nae-

ruga, väljendusrikaste žestidega — haige ringutab käsi, haarab endal ärevuses peast kinni, püüab juukseid katkuda. Seejärel haige kukub, kuid teisiti kui epileptilise hoo ajal; ta langeb ettevaatlikult, end vigastamata, sageli laskub enne põlvili, siis selili. Kukkumiseks valib ta kõige ohutuma koha — diivani, voodi jne. Pärast kukkumist teeb haige rohkesti korrapäratuid, kuid väga iseloomulikke, ilmekaid liigutusi, näiteks painutab selja looka (joon. 79), veeretab end ühelt küljelt teisele, peksab peaga, kätega, jalgadega vastu voodit, vastu seina, kisub endal juukseid, rõivaid, kriimustab oma nahka. Iseeneslikku uriini ja rooja eritumist harilikult ei esine, keelde ei hammustata, nagu sageli epileptilise hoo ajal. Hoo kestus on mitmesugune, vahel isegi mitukümmend minutit. Üks hoog võib asenduda teisega. Pikaleveninud hoo korral võib järsk hüüe haige mõnikord teadvusele tuua. Hoog venib pikale, kui ümberolijad hakkavad haiget veenma, püüavad teda rahustada. Üleviimisel eraldi ruumi rahunevad niisugused haiged kiiremini. Kui kaua hoog ka kestaks, selle möödumisel haiged rahunevad otsekohe ja tunnevad end täiesti rahuldavalt.

Hüsteerilise hoo patofüsioloogiline mehhanism on järgmine. Teatavasti on peaaju suurte poolkerade funktsiooniks väliste ärrituste analüüsimine ja üldistamine. Tegevuses olles avaldab peaaju suurte poolkerade koor koorealusele piirkonnale pidurdavat, tagasihoidvat mõju, s. t. indutseerib seda negatiivselt. Kui aga peaaju suured poolkerad on pidurdusseisundis (alanenud talitluse olekus), siis tekib koore ja koorealuse vahel vastupidine funktsionaalne vahekord. Pidurdusseisundis indutseerib ajukoor koorealuseid keskusi positiivselt, vabastab nad, s. t. intensiivistab nende talitlust.

«Järelikult on olemas küllaldane füsioloogiline alus, et hüsteerikuil tekiksid järsu ja terava koorepidurduse puhul temale ülejõukäivate ärrituste mõjul, mida tema nõrkuse tõttu vähe pole, mitmesugused afektiivsed plahvatused ja krampidehood kord enamvähem kindlate instinktiivsete ja reflektoorsete talitluste näol, kord täiesti kaootilisel kujul, vastavalt pidurduse lokalisatsioonile ja liikumisele koores ja kord lähemas, kord kaugemas koorealuses.»[1]

Ravi. Hüsteeriliste hoogudega haigeid ravitakse samuti nagu teiste hüsteeriliste reaktsioonidega haigeid (vt. ptk. «Neuroosid»).

10. Sündroomid difuussete orgaaniliste protsesside puhul ajukoores

a) **Nõdrameelsus (dementsus).** Aju mitmete orgaaniliste haiguste puhul, nagu progressiivne paralüüs ja arterioskleroos, millega kaasnevad korduvad verevalumid ja ajukoe pehmumine, pärast kolju traumasid ja meningoentsefaliiti ning seniilse psühhoosi korral täheldatakse vaimsete võimete (intellekti), kõrgema närvitalit-

[1] I. P. Pavlov, Valitud teosed, Eesti Riiklik Kirjastus, 1955, lk. 322—323.

luse analüütiliste ja sünteetiliste funktsioonide püsivat langust. Seda sündroomi on hakatud nimetama omandatud nõdrameelsuseks (dementsuseks). Nõdrameelsuse kliinilisteks sümptoomideks on üldistamise ja uue materjali omandamise võime langus. Haigel lähevad kaduma varasemad kogemused, nõrgeneb mitte ainult mälu, vaid ka võime oma haiguslikku seisundit, ümbritsevat olukorda ja jooksvaid sündmusi kriitiliselt hinnata. Vaimuhaigla rahutus osakonnas, mõttetu käitumise ja väljendusviisiga haigete hulgas viibiv isik väidab, et ta on terve, et tema ümber on terved, lihtsalt puhkusel olevad inimesed, et ta on võimeline täitma oma tavalisi ja isegi tõsisemaid ülesandeid. Nõdrameelsetel haigetel täheldatakse harilikult ärrituvust, nutlikkust, ohjeldamatust, tugevat mälunõrkust. Enam väljakujunenud juhtudel võib haigetel esineda aplus, liigne seksuaalne erutus. Haiged käituvad mõttetult, näiteks varastavad oma voodinaabritelt toitu, ilma et neil selleks oleks mingit vajadust (nõdrameelsuse eriliikide kohta vt. progressiivse paralüüsi, seniilse psühhoosi, aju arterioskleroosi kirjeldusi).

Tugevaastmelise nõdrameelsusega haiged tuleb paigutada vaimuhaiglasse, sest oma käitumise iseärasuste tõttu võivad nad kollektiivile ohtlikuks saada. Tugeva mälunõrkuse ja kriitikavõime languse tõttu võivad haiged näiteks tulekahju põhjustada. Oli juhtum, kus tulekahju tekkis sellest, et raskekujulist progressiivset paralüüsi põdev haige süütas voodis priimuse, et keeta süüa oma kassile. Vaimuhaigla tingimustes viibivad nõdrameelsed vajavad oma abituse tõttu väga hoolikat põetamist ja tugevdatud järelevalvet. Tuleb jälgida, et nad korrapäraselt sööksid ning põit ja soolt tühjendaksid; peab hoolitsema, et haige ise ja tema voodiriided oleksid sanitaarses seisundis.

b) **Korsakovi ehk amnestiline sündroom.** Esmakordselt vene psühhiaatri, Moskva psühhiaatrilise koolkonna rajaja S. S. Korsakovi (1854—1900) poolt kirjeldatud amnestilist sündroomi iseloomustab kliiniliselt omapärane, keerukas mäluhäire. Jooksvate, lähimate sündmuste meelespidamine ja meeldetuletamine on häiritud (amneesia, paramneesia). Amneesia avaldub selles, et haiged ei suuda meelde tuletada haigestumisele eelnenud asjaolusid ega haiguse tekkimise momenti. Kui Korsakovi sündroom kujunes näiteks seoses kolju traumaga, siis haige ei mäleta, millises olukorras trauma tekkis, ega ka selle tekkimist. Paramneesia avaldub kliiniliselt selles, et haige ei mäleta, kust ta äsja tuli, millega ta tegeles mõne tunni või mõne minuti eest. Ta ei suuda meelde jätta spetsiaalselt meelespidamiseks öeldud arsti nime, talle näidatud eseme (näiteks pliiatsi, kella) nimetust. Samal ajal võib ta üsna hõlpsasti meelde tuletada oma kauge lapsepõlve ja noorea sündmusi.

Mälu lünki täidavad haiged tavaliselt sündmustega, mis toimusid nende elus kunagi varem (ebamälestused), või tõele mittevastavate, fantastiliste sündmustega (konfabulatsioonid). Kui haigelt näiteks küsida: «Kus te täna käisite?», siis ta vastab: «Käisin kalal.» See on ebamälestus, sest niisugune fakt võis tõepoolest toi-

muda, kuid mitte sel päeval, nagu väidab haige. Teine haige andis samale küsimusele järgmise vastuse: «Käisin kalmistul, seal tuli mu kadunud mees hauast välja ja me jõime teed.» See ei vasta tõele, vaid on väljamõeldis, niisugust asja ei võinud olla, järelikult on see fantaasia, konfabulatsioon.

Kirjeldatud amnestiline sündroom esineb mitte ainult kroonilise alkoholismi puhul, vaid ka kolju trauma tagajärjel ja peaaju orgaaniliste haiguste (progressiivse paralüüsi, ajusüüfilise, arterioskleroosi, seniilse psühhoosi) korral.

Niisugused haiged vajavad erilist hoolt ja teenindamist, sest orienteerumise häire tõttu, võimetuse tõttu meeles pidada enda ümber toimuvat, muutuvad nad abituks, unustavad süüa või unustavad, et nad on äsja söönud, ja nõuavad uut portsjonit, ilma et nad kavatseksid personali petta. Niisugused haiged võivad märkamatult teise palatisse minna, osakonnast lahkuda ja ära eksida. Järelikult peab keskmeditsiiniline personal neid hoolikalt ja heatahtlikult teenindama ning nende järele valvama.

NÄRVI- JA VAIMUHAIGUSTE ETIOLOOGIA JA PATOGENEES

Närvi- ja vaimuhaiguste etioloogia (põhjuste) tundmine on nende raviks ja profülaktikaks väga tähtis. Närvi- ja vaimuhaiguste põhjused jaotati harilikult endogeenseiks, organismi sisemistest omadustest tingituiks, ja eksogeenseiks, mis olenevad väliskeskkonna mõjust organismile. Kodanlike teadlaste hulgas valitseb tänapäevani mitmete närvi- ja vaimuhaiguste, nagu skisofreenia, epilepsia, tsirkulaarse psühhoosi tekkimise kohta endogeenne teooria, mille järgi neid haigusi antakse põlvest põlve pärilikult edasi nagu mingit «saatuslikku» koormust.

Milline on nõukogude teadlaste seisukoht närvi- ja vaimuhaiguste endogeense tekkimise ja päriliku edasiandmise suhtes? Nõukogude teadlased ei eita pärilikkuse tähtsust mitmete närvi- ja vaimuhaiguste tekkimises, kuid pärilikkust käsitavad nad kodanlikest teadlastest erinevalt.

Mendeli-Weismanni-Morgani pärilikkusteooria käsitab pärilikkust kui organismi kalduvuste kompleksi, mida kromosoomides leiduvate geenide kaudu antakse muutumatult põlvest põlve edasi ja mis ei sõltu väliskeskkonna tingimustest ega kogu organismi seisundist. Selle teooria pooldajate arvates peab niisugune pärilik koormus paratamatult varem või hiljem vaimuhaiguse esile kutsuma. Seda ekslikku teooriat kasutasid fašistid oma rassistlikus tegevuses selleks, et õigustada närvi- ja vaimuhaigete isikute kui parandamatute steriliseerimist ja hävitamist. Nõukogude teadlased lähtuvad pärilikkuse käsitamisel Darwini ja Mitšurini eesrindlikest teooriatest ning arvavad, et pärilike tunnuste summas peituvad omadused, mis on kujunenud väliskeskkonna mõjude tulemusena ja on organismi poolt eelmistes põlvkondades fikseeritud.

Teiste sõnadega, pärilikkuse mõiste sisaldab omadusi, mis on tekkinud väliskeskkonna mõjude tulemusena ja loonud organismil uued kvaliteedid. Inimene pärib vanematelt rea iseärasusi, kuid juba esimesest elupäevast peale viibib väliskeskkonna kõige mitmekesisemate tegurite pideva mõju all, mis organismi pärilikke omadusi paratamatult muudavad.

Nõukogude teadlaste seisukohalt on olemas närvi- ja vaimuhaigusi, mille tekkimises etendavad teatavat osa pärilikud tegurid.

Näiteks skisofreenia arenemises omab tähtsust närvisüsteemi nõrkus, mis on saadud niihästi elu jooksul kahjustavate, kurnavate tegurite (nakkus, trauma) mõjul kui ka pärilikkuse teel. Niisuguste haiguste hulka kuuluvad peale skisofreenia ka maniakaal-depressiivne psühhoos, epilepsia, progresseeruv lihaste düstroofia (müopaatia), müotoonia, koordinatsiooni häirete perekondlikud vormid, pärilik treemor, migreen.

On vaja meeles pidada, et närvisüsteemi nõrkus, mis on tingitud pärilikkusest, ei ole veel haigus. Kui nõrgestatud vastupanuvõimega isik viibib soodsates väliskeskkonna tingimustes, mis võivad pärilikku eelsoodumust muuta, siis ei tarvitse ta haigestuda ja areneb normaalselt. Et tekiks haiguslik protsess, selleks on vaja kahjulike välistegurite mõju nakkuste, mürgituste, kolju traumade, psüühiliste vapustuste näol.

I. P. Pavlovi õpetus kõrgemast närvitalitlusest ja K. M. Bõkovi tööd funktsionaalsetest vahekordadest peaaju koore ja siseelundite vahel on kindlaks teinud, et organism kujutab endast ühtset tervikut, et häire tema mingis ühes elundis põhjustab häireid teiste süsteemide ja elundite talitluses. Kesknärvisüsteemi kõrgemad osad avaldavad reguleerivat, suunavat mõju kogu organismile; muutused mistahes siseelundi talitluses kajastuvad omakorda kogu kesknärvisüsteemi funktsionaalses seisundis.

Igasuguse närvi- ja vaimuhaiguse arenemisel tuleb arvestada mitte ainult neurotserebraalse süsteemi, vaid ka kogu organismi seisundit. Kõrvuti mitmekesiste peamiste etioloogiliste ja patogeneetiliste momentidega, mis närvi- või vaimuhaiguse esile kutsuvad, ei saa arvestamata jätta ka haigestumist soodustavaid tegureid. Näiteks kroonilisest alkohoolsest intoksikatsioonist tingitud polüneuriit areneb varsti pärast organismi kauakestvat jahtumist. Klimakteerilise psühhoosi arenemises omab peamist tähtsust endokriinsete näärmete talitluse häire. Kuid ainult klimakteerium üksi ei põhjusta psühhoosi; oluline on ka soodustavate tegurite lisandumine psüühiliste traumade või somaatiliste haiguste näol.

Alkoholism on joomahulluse (*delirium tremens*) põhjuseks, kuid kaugeltki mitte kõik kroonilist alkoholismi põdejad ei haigestu joomahullusesse. See äge alkohoolne psühhoos võib tekkida näiteks pärast pneumooniat või grippi või pärast üldnarkoosi all tehtud operatsiooni. Sedasama võib öelda ka mitmete närvihaiguste suhtes. Näiteks istmikunärvi (*n. ischiadicus*) või keskpidise närvi (*n. medianus*) neuralgia on tingitud ainevahetuse häirest, ilmneb aga sageli pärast kogu organismi jahtumist.

Närvi- ja vaimuhaigusi esilekutsuvate etioloogiliste tegurite hulka kuuluvad ägedad ja kroonilised nakkushaigused (näiteks tüüfused, süüfilis), mürgitused (alkoholi, plii, elavhõbedaga), viiruselised neuroinfektsioonid, kolju traumad, üldine kurtumus (alatoitlusest, vähktõve, tuberkuloosi ja teiste krooniliste somaatiliste haiguste puhul), sisenõristusnäärmete funktsiooni häired, südame- ja veresoonte haigused, psüühilised traumad, loote üsasisesed kahjus-

tused, loote algme kahjustused. Suurt osa neuro-psüühiliste haiguste arenemises ja nende vältimises etendavad sotsiaalsed tegurid, millest üksikasjaliselt on räägitud sissejuhatuses. Eredaks näiteks sotsiaalsete tegurite tähtsusest vaimuhaiguste etioloogias on järgmised andmed. Nõukogude Liidus, kus on loodud töötajatele soodsad tingimused tööks ja puhkuseks, langeb haiguste, sealhulgas ka närvi- ja vaimuhaiguste arv järsult, kuna kapitalistlikes maades, eriti Ameerika Ühendriikides, vaimuhaigete arv tugevasti suureneb. Dialektilise materialismi teooriaga varustatuna läheb nõukogude psühhiaatria õiget teed, mis vaieldamatult viib vaimuhaiguste etioloogia ja patogeneesi täielikule ning õigele mõistmisele.

VAIMUHAIGUSTE KULG JA LÕPE

Nagu nähtub tähtsamate psühhopatoloogiliste sündroomide kirjeldusest, võivad eri vaimuhaigused avalduda ühtedes ning samades sümptoomide kompleksides ja, vastupidi, üks ning sama vaimuhaigus võib väljenduda erinevates kliinilistes piltides; nagu on öeldud juba eelmises peatükis. Psühhoosi kliinilisele pildile, käigule ja lõppele avaldab mõju rida etioloogilisi ja patogeneetilisi tegureid, organismi reaktiivsuse aste, tema kaitsevahendite kvaliteet. Nimelt nende tegurite vastastikune mõju koos õigeaegselt läbiviidud terapeutiliste abinõudega määrab haiguse lõppe.

Psühhoosid võivad kulgeda ägedate, lühiajaliste või enamvähem pikaajaliste seisunditena, mis algavad äkitselt või arenevad pikkamööda. Niisugune äge alkohoolne psühhoos nagu joomahullus võib alata vaevalt märgatavate sümptoomidega — unetusega, ebamäärase hirmuga õhtutundidel, seejärel areneb ägedalt kogu haiguspilt ja 2—3—5 päeva pärast lõpeb haigus enamasti tervistumisega. Suurem osa nakkushaiguste, mürgituste ja kolju traumade puhul arenevaid ägedaid psühhoose on lühiajalised.

Enamikku psühhoose iseloomustab aeglane kulg; nad vältavad kuid ning aastaid ja neil on kalduvus süvenemiseks, progredientseks, krooniliseks arenemiseks ja nõdrameelsusega lõppemiseks. Nende hulka kuuluvad näiteks skisofreenia, seniilne psühhoos, progressiivne paralüüs.

Skisofreeniline protsess võib esineda ka laineliselt; ägedalt või pikkamööda alanud haigestumine vaibub, jäävad püsima haigusliku seisundi vähesed, lähikondseile mitte alati märgatavad jäljed, kuid pärast pikemat või lühemat ajavahemikku puhkeb haigus endise ägedusega. Niisugust haiguse kulgu nimetatakse remiteeruvaks.

Rida psühhoose kulgeb perioodiliselt korduvate haigushoogudena; seejuures vahelduvad vastupidised erutuse ja depressiooni, pidurduse faasid, mis vältavad mitu kuud ja lõpevad remissiooniga, haiguslike sümptoomide tunduva kadumisega või haige tervistumisega ja tema töövõime taastumisega. Niisugust haiguse kulgu nimetatakse tsirkulaarseks. Sellise psühhoosi näiteks võib olla maniakaal-depressiivne ehk tsirkulaarne psühhoos: elu vältel esineb haigel kord maniakaalne, kord depressiivne seisund; nende vahel on selged vaheajad, kus haige jätkab oma endist tööd.

Seega jaotatakse psühhoosid ägedateks ja kroonilisteks; viimaste kulg võib olla krooniline, progredientne, remiteeruv või tsirkulaarne.

Kindlapiirilise alguse, käigu ja lõppega psühhoosidest, mida nimetatakse protsessuaalseteks (skisofreenia, epilepsia, progressiivne paralüüs, seniilne psühhoos, preseniilne psühhoos), tuleb eristada psüühiliste häirete rühma, mis ei kulge progredientse (progresseeruva) protsessina. Nende hulka kuulub oligofreenia, s. t. vaimse alaarengu seisund, nõrgamõistuslikkus. Psühhopaatiad kui haiguslikud kõrvalekaldumised iseloomus (karakteri anomaaliad), mis avalduvad emotsionaalse sfääri ja käitumise erilises ebapüsivuses, kuuluvad samuti mitteprotsessuaalsete haigusseisundite rühma (üksikasjaliselt vt. ptk. «Psühhopaatiad»).

Erilise rühma moodustavad psühhiaatrias need haigestumised, mille aluseks ei ole orgaaniline peaaju kahjustus ja mida põhjustavad funktsionaal-dünaamilised häired närvisüsteemis. Sellesse rühma kuuluvad reaktiivsed psühhoosid, mis tekivad psüühilise trauma mõjul, samuti ka kõrgema närvitalitluse ajutise katkestuse seisundid psühhopaatilistel või närvisüsteemi nõrga tasakaalutu tüübiga isikutel (üksikasjalisemalt vt. ptk. «Psühhopaatiad», «Neuroosid» ja «Reaktiivsed seisundid»).

Psühhooside lõpe oleneb tunduval määral nende raskest või healoomulisest käigust, ulatusest, ajus tekkinud anatoomiliste muutuste reversiiblusest, mis omakorda sõltub kaitsemehhanismide olukorrast ja õigeaegselt teostatud ravist.

Psühhooside lõpe võib olla mitmesugune. Nad võivad lõppeda täieliku tervistumisega, psüühiliste võimete osalise langusega, mida nimetatakse defektiks, ja sügava nõdrameelsusega. Ajukoe raskete kahjustustega kaasnevad või õigeaegselt kindlaks tegemata ja ravimata haiguste tagajärjel tekkinud psühhoosid lõpevad sügava nõdrameelsusega, nagu näiteks progressiivne paralüüs, seniilne psühhoos. Harvemini lõpeb psühhoos surmaga, kas vahetus seoses vaimuhaigusega, näiteks pahaloomulise skisofreenia puhul või progressiivse paralüüsi lõppjärgus, või kaasuva somaatilise haigestumise tagajärjel. Organismi vastupanuvõime alanemine enamikul vaimuhaigetel, eriti vanemaealistel (arterioskleroosi, seniilse psühhoosi, skisofreenia puhul), kes keelduvad söömast, lamavad liikumatult, asendit muutmata, soodustab aktiivse tuberkuloosi või bronhopneumoonia arenemist.

Ägedate infektsioonipsühhooside kulg oleneb intoksikatsiooni astmest. Vastavalt infektsiooni ja intoksikatsiooni raskuse vähenemisele vaibub ka psühhoosi ägedus ja psühhoos lõpeb sageli tervistumisega. Kui aga välised kahjulikud tegurid toimivad pikemat aega, siis läheb haigus funktsionaalsest faasist üle destruktiivsesse faasi; selle puhul tekivad ajus anatoomilised muutused, millega on seoses psüühilise talitluse püsivad häired. See funktsionaalse faasi destruktiivseks faasiks ülemineku seaduspärasus kehtib ühesugusel määral suure osa vaimuhaiguste, sealhulgas ka skisofreenia kohta.

Kõik, mis on öeldud ägedate psühhooside sümptomatoloogia kohta, rõhutab vajadust niisuguseid haigeid eriti hoolikalt valvata ja põetada, seda enam, et psühhootiliste nähtuste lühiajalisus ja somaatilise seisundi raskus iga kord ei võimalda haiget vaimuhaiglasse üle viia. Niisuguste haigete jaoks tuleb määrata spetsiaalne sanitaarpost eriliseks järelevalveks somaatilise haigla tingimustes. Õigesti organiseeritud ravi kiirendab paranemist ja võib vältida pikaajalise rahutuse arenemist.

Ühe ning sama haiguse lõpe võib olla mitmesugune, olenevalt organismi vastupanuvõimest ja närvisüsteemi tüübist. Eksperimentaalselt on kindlaks tehtud, et kastratsioon tekitas koertel kõrgema närvitalitluse tugeva häire, kuid see kadus peaaegu täiesti, eriti närvisüsteemi tugevatel, tasakaalukatel tüüpidel; see kõneleb närvisüsteemi suurest võimest kompenseerida tema talitluses tekkivaid mitmesuguseid häireid. Neid andmeid võib, muidugi ainult kõige üldisemas mõttes, kohaldada ka närvisüsteemi katkestusele inimesel.

Arvamuse vastu, et vaimuhaiged on lootusetud ja ravimatud haiged, tuleb kategooriliselt võidelda. Paljud psühhoosid lõpevad soodsalt, s. t. haige sotsiaalne väärtus taastub täielikult ja tänu kompensatoorsetele mehhanismidele pöördub ta oma töö juurde tagasi.

Profülaktiliste asutuste võrgu arendamine NSV Liidus võimaldab rakendada laialdasi abinõusid vaimuhaiguste vältimiseks. Töökorralduse süsteem, sotsiaalkindlustus, pensioni määramine kõikidele invaliididele, sobiva töö kindlustamine paranenutele — kõik see võimaldab NSV Liidus psüühiliselt mittetäisväärtuslikul inimesel tunda end jälle ühiskonna kasuliku liikmena.

NÄRVIHAIGUSTE KLASSIFIKATSIOONI ALUSED

Kõiki närvisüsteemi haigusi võib käsitleda kas lähtudes etioloogilisest printsiibist, s. o. vaadeldes närvisüsteemi infektsioonilisi, intoksikatsioonilisi, vaskulaarseid, traumaatilisi, kasvajalisi kahjustusi, või haiguste kõige enam väljakujunenud, selgemini piiritletud kliinilistest vormidest, jaotades neid selle järgi, kas ülekaalus on perifeersete närvide, peaaju või seljaaju kahjustus.

Õige ravi määramiseks on kahtlemata vaja teada haigestumiste põhjusi, kuid neuropatoloogias ei saa haigestumist ligikaudselt diagnoosida ja haiguse kliinilist pilti ei saa mõista, arvestamata kliiniliste sümptoomide ja seisundite avaldumist tingiva patoloogilise protsessi lokalisatsiooni. Seetõttu, pidades alati meeles haigestumise etioloogiat, esitame kliinilise materjali sellest lähtudes, kas ülekaalus on närvisüsteemi ühe või teise osa kahjustus.

Järgnevalt arutame läbi 1) perifeersete närvide haigused: neuralgiad, neuriidid ja polüneuriidid; 2) seljaaju haigused: müeliit, poliomüeliit, külgmine amüotroofiline skleroos, süringomüeelia, seljaajukuive ja mitmene skleroos; 3) peaaju haigused: entsefaliidid, vaskulaarsed häired, meningiidid, korea, kasvajad, traumad, langetõbi (epilepsia); 4) närvisüsteemi vegetatiivsete osade kahjustusega seoses olevad haigused.

Muidugi võivad esineda juhud, kus samaaegselt on kahjustatud näiteks pea- ja seljaaju või seljaaju ja perifeersed närvid. Närvisüsteemi üksikute osade kahjustuste sümptoome hästi tundes ei ole aga raske määrata diagnoosi mitmete osade samaaegse kahjustuse korral. Seetõttu ei pöörata käesolevas raamatus sellistele juhtudele erilist tähelepanu.

Olenevalt ajukoe ja närvide struktuuri säilimisest jaotatakse närvisüsteemi haigused orgaanilisteks ja funktsionaalseteks.

Närvisüsteemi orgaaniliste haiguste hulka kuuluvad need protsessid, mille aluseks on pea- ja seljaaju või perifeersete närvide teatavad anatoomilised, struktuursed muutused. Neid struktuurseid, anatoomilisi kahjustusi võivad esile kutsuda trauma, igasugused nakkushaigused (näiteks süüfilis), alkoholimürgitus ja muud intok-

sikatsioonid, ajukasvajad jm. Närvisüsteemi orgaanilistele haigustele on iseloomulik ühe või teise funktsiooni püsiv, sageli täiesti irreversiibel väljalangemine, mis avaldub mitmesuguses, kuid selgelt konstateeritavas sümptomaatikas.

Funktsionaalseteks nimetatakse niisuguseid närvisüsteemi haigestumisi, mille puhul anatoomilisi muutusi ei avastata, häire ise aga on neurodünaamilist laadi ja kergemini parandatav kui orgaanilise protsessi puhul. Funktsionaalsed haigestumised võivad olla nakkushaiguste, teiste somaatiliste haiguste või tugeva kurnatuse, liigväsimuse ja muude kahjustavate tegurite tagajärjeks. Mõnikord eelnevad funktsionaalsed haigestumised orgaanilistele närvihaigustele, kusjuures neurodünaamilise ja orgaanilise protsessi vahele teravat piiri tõmmata on sageli raske, eriti orgaanilise protsessi algstaadiumis.

Närvisüsteemi haigused võivad tekkida ka mitmesuguste raskete psüühiliste elamuste tagajärjel, mis on ühenduses näiteks omaste surmaga, ebaõnnestumistega elus, stiihiliste õnnetustega (tulekahju, uputus). Neil juhtudel on tegemist psühhogeensete haigustega, mis kuuluvad funktsionaalsete häirete rühma.

Psühhogeensete haiguste diagnoosimine, mis põhineb üldise ärrituvuse, kõrgenenud reaktiivsuse sümptoomidel või, vastupidi, pärssimuse, enesekindlusetuse sümptoomidel, võib esimesel pilgul näida väga kergena. See pole aga kaugeltki nii. Nende sümptoomide alusel järeldusi teha tuleb väga ettevaatlikult: üldiste kaebuste taga võib mõnikord peituda raske orgaaniline kahjustus; samuti on vaja meeles pidada, et rida näilikult orgaanilisi sümptoome, nagu tundlikkuse häire teatavas keha piirkonnas, lihaste nõrkus ning isegi halvatused ja krambihood võivad olla psühhogeense päritoluga, olla tingitud funktsionaalsetest, neurodünaamilistest häiretest.

Samal ajal võib psühhogeenne trauma osutuda sageli tõukeks orgaanilise haiguse arenemisele.

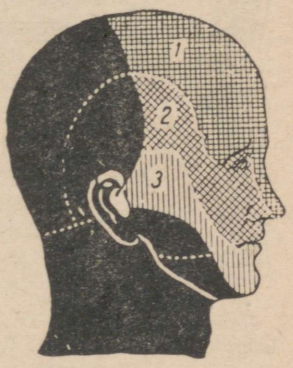
Esitatu muutub eriti arusaadavaks pärast tutvumist orgaaniliste ja funktsionaalsete närvihaigustega, psühhopaatiatega ja reaktiivsete seisunditega.

NÄRVIHAIGUSTE KLIINILINE PILT

1. Neuralgiad ja neuriidid

Neuralgiaks nimetatakse valu piki närvi kulgu. See võib tekkida mistahes närvis, mille koostises on kutaanseid tundekiude. Kraniaalnärvide hulgast esineb neuralgiat kõige sagedamini kolmiknärvil, seljaaju närvide hulgast aga istmikunärvil.

Kolmiknärv on saanud oma nimetuse sellest, et ta koosneb kolmest harust. Need harud annavad edasi tundeärritusi näo nahalt (joon. 35), silma sidekestalt, nina kõrvalõõnte ja suukoopa limaskestalt.



Joon. 35. Tundlikkuse jaotumus näo ja kolju nahal.
1, 2, 3 — innervatsiooni piirkonnad vastavalt kolmiknärvi harudele.

Kolmiknärvi neuralgia all kannatav haige kas ütleb teile, et valud arenesid tal ägedalt, üsna hiljuti, või, vastupidi, jutustab pika loo oma hädast ja loetleb rea arste, kelle poole ta on pöördunud; ravi on andnud vaid lühiajalist efekti või olnud täiesti tulemusteta.

Valud kogu näopooles või kolmiknärvi ühe haru innervatsiooni piirkonnas tekivad hooti ja on niivõrd ägedad, et haige muutub täiesti töövõimetuks.

Selliste hoogude algamisel haige tardub kannataja poosis, näol tekib kramplik grimass; mõnikord tekivad mälumisliigutused, keelega matsutamine, metallimaitse suus, pisaravool. Mõnedel haigetel vahelduvad niisugused suured valuhood väikestega. Väikesed valuhood võivad avalduda vaid kipitus-, kirvendustundena näonahal või äkilise, välkkiire ägeda valusöösti na. Vaheajad valuhoogude vahel on väga mitmesuguse kestusega, väldates minuteid, tunde või isegi päevi.

Igasugune neuralgia on tavaliselt ainult mingi muu haiguse sümptoomiks. Kolmiknärvi neuralgia põhjuseks võib olla nina kõrvalõõnte (Highmore'i urke, otsmiku-urke) põletik, luuavade kitsenemine, millede kaudu kolmiknärvi harud koljusse kulgevad, ainevahetuse häired, latentne malaaria ja rida teisi haigusi.

R a v i peab toimuma kahes suunas: haigestumise põhjuse kõr-

valdamine ja sümptomaatiline ravi. Sümptomaatilistest vahenditest kasutatakse soojust (soojendajad või soojendavad kompressid), antineuralgilisi vahendeid (fenatsetiin, antipüriin, aspiriin kofeiiniga, analgiin, promedool, püramidoon), füsioteraapiat (elektroionisatsioon antipüriiniga või akonitiiniga läbi Bergonié poolmaski, sinine valgus, solluks, diatermia). Visalt paranevatel juhtudel tuleb närv anesteseerida või surmata novokaiini või alkoholi süstimise teel tema tüvesse. Et kolmiknärv on ulatuslikult ühenduses sümpaatilise närvisüsteemiga, siis võib viimast mõjutades saada head efekti.



Joon. 36. Istmikunärv.

Selleks süstitakse kaela sümpaatiliste ganglionide piirkonda 0,25%-list novokaiinilahust ja luuakse sel teel nende blokaad.

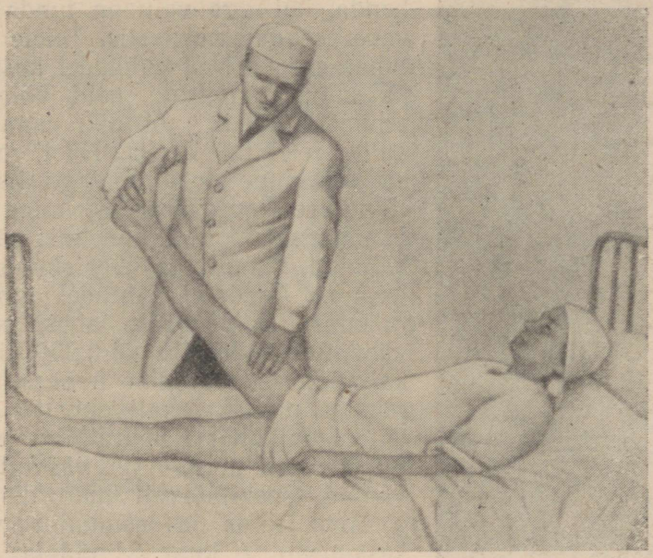
Istmikunärvi neuralgia ehk ishias *(ischias)* esineb palju sagedamini kui kolmiknärvi neuralgia, sest istmikunärv moodustub kõige kergemini traumeeritavatest seljaaju nimme-ristluu juurtest ja on pealegi kõige pikem närv (joon. 36); järelikult võivad teda kogu ulatuses sageli tabada kahjulikud, temas ärritust esilekutsuvad tegurid. Niisugusteks kahjulikkudeks momentideks võivad olla lülide haigestumine ja deformatsioon (spondüloartriidid ja spondüloosid), mille puhul ärrituvad lülidevahelisi mulke läbivad istmikunärvi koostisse kuuluvad närvijuured; ristluuniudeluu liigese ja puusaliigese haigestumised; väikese vaagna elundite haigestumine, sest väikese vaagna tagumisel seinal kulgevad nimme-ristluu põimik ja istmikunärv; mitmesugused infektsioonid ja intoksikatsioonid, mille puhul külmetamistegur võib suurt osa etendada.

Kui haige mingi füüsilise pingutuse korral kummardub, võivad tal tekkida äärmiselt ägedad nimmevalud ja ta ei suuda end enam sirgu ajada; sellisel juhul on tegemist lülidevahelise kõhre songataoliselt väljasopistunud säsiosa pitsumisega lülide vahele (nn. distsiit). Neid juhtumeid diagnoositakse vahetevahel lendvana (lumbaago), kuigi lendva mõistesse kuulub nimmevalu, mis on tingitud pikkade seljalihaste ja liigestevaheliste kõõluste venitusest. Lumbaago paraneb harilikult kiiresti. Distsiitide puhul tuleb mõnikord rakendada kirurgilist ravi.

Istmikunärvi neuralgiaga, mis on tingitud seljaaju lumbaalsete ja sakraalsete juurte ärritusest, kaasnevad valud nimme-ristluu piirkonnas. Seepärast räägitakse sellisel juhul lumbo-ishialgiast ehk nimme-ristluu radikuliidist (*radix* — juur).

Haige kaebab harilikult püsivate valude üle, mis tekivad vahel hooti ning levivad üle tuhara ja reie tagumise pinna ning sääre välimise või tagumise pinna. Valud algavad sageli lülisamba nim-

mepiirkonnast. Nad võivad olla nii ägedad, et haige peab voodisse heitma. Valud ägenevad harilikult iga kergemagi põrutuse, köhimise või aevastamise korral, jäseme iga kohmaka liigutuse puhul. Eriti tugevad on valud närvile vajutamisel — keskjoonel reie suure pöörla ja istmikuköbru vahel, õndla-augus ja külgmise põnda kohal. Teades, et lihaste pingutus valu tugevdab, istub haige kõvale toolile ainult terve poole tuharaga, lastes seejuures haige jala lihased ja närvi lõdvaks.

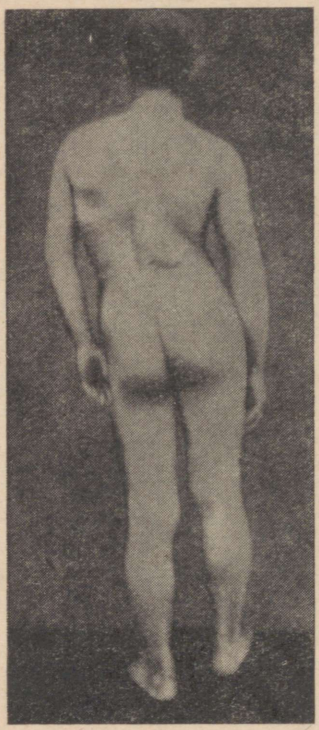


Joon. 37. Lasègue'i sümptoom (uurimise meetod).

Suure diagnostilise tähtsusega on närvi pingsuse ehk Lasègue'i sümptoom, mis seisab järgmises. Haigel lastakse selili heita ning jalad välja sirutada. Haigestunud jalg tõstetakse labajalgapidi üles. Seejuures venitatakse istmikunärvi ja piki tema kulgu tekib äge valu, mis ei lase jalga painutada. Jala painutamisel põlveliigesest valu aga lakkab, sest pingule tõmmatud närv lõtvub (joon. 37).

Istmikunärvi neuralgia puhul kõverdub vahel lülisammas reflektoorselt haigele poolele (skolioos); see vähendab valu, sest keha niisuguse asendi juures nõrgeneb närvi pingulolek (joon. 38). Radikuliitide puhul, ümberpöördult, kaldub kere tavaliselt tervele poolele, mille tõttu lülidevahelised mulgud laienevad ja lumbosakraalsed juured ei ole enam nii tugevasti kokku surutud. Istmikunärvi neuralgia on tavaliselt ühepoolne protsess. Valud piki mõlema istmikunärvi kulgu esinevad harilikult lumbosakraalse radikuliidi puhul.

R a v i. Samuti nagu iga neuralgia puhul, on ka siin valusid leevendavaks vahendiks soojus: rätikusse mähitud kuumaveepudelid või soojendajad, soola liivaga kotid, mida jahtumisel vahetatakse. Kotte ei tule liivaga kõvasti täita, sest siis ei liibu nad tihedalt vastu jalga. Häid tulemusi annavad soojad mähkimised, mida tehakse 1—2 korda ööpäevas. Võib proovida hispaania kärbse plaastrit või sinepiplaastrit. Kui valud algavad kõrgelt, tuleb plaastrit panna nimmepiirkonda, kui aga valu on tunda tuharavaost madalamal, siis reiele allpool tuharavagu. Neil puhkudel kasutatakse ka kuivi kuppusid; neid võib panna nimmepiirkonda või piki istmikunärvi kulgu reiel ja säärel. Hästi mõjub ka soojendamine sinise lambiga, kuid palju efektiivsem on galvaniseerimine või galvanoionisatsioon antipüriini või novokaiiniga, samuti ka kvartslamp ja diatermia. Ägedatel juhtudel annab häid tulemusi füsioloogilise lahuse süstimine närvitüve kesta alla või 0,25%-lise novokaiinilahuse süstimine nahasse jala tagumisel pinnal. Pikalevenivate ja korduvate istmikunärvi neuralgiate puhul on näidustatud muda- ja väävelvesinikuvannid (soovitatavalt kuurordis).



Joon. 38. Parempoolne ishias. Skolioos.

Äge ishias ja radikuliit vältavad keskmiselt 2 kuni 8 nädalat. Kuude kaupa kestev neuralgia on sageli mingi muu, vahel väga raske haiguse sümptoomiks, nagu seljaaju või lülisamba kasvajad, ajukelmete põletikud hobusesaba piirkonnas, põletikulised protsessid väikese vaagna piirkonnas, brutselloos. Neil juhtudel esinevad haiguse pildis neuriidi nähud.

Neuralgia avaldub ainult piki närvi kulgevates valudes ega anna selgeid funktsiooni väljalangemise sümptoome. Neuriidi puhul aga esinevad mitte ainult valud, vaid ka ärajääma nähud, kuna valu on ainult üheks kliinilise pildi rohkearvulistest sümptoomidest. Sissejuhatavas osas peatusime nendel sümptoomidel, mis iseloomustavad perifeerse närvi kahjustust. Istmikunärvi osas on sagedateks sümptoomideks ahhilleuse refleksi kadumine, reie ja sääre lihaste kõhetumine, labajala liikuvuse piiratus, tundlikkuse vähenemine sääre ja labajala välimisel pinnal.

Istmikunärvi, sagedamini labajala sirutajalihaseid innerveeriva haru — pindluunärvi (*n. peronaeus*) neuriidi korral tekib «rippuva» labajala pilt. Käimisel haige takerdub kinganinaga. Selle vältimi-

seks tõstavad haiged labajala igal sammul kõrgele, selleks tuleb neil aga jalga põlve- ja puusaliigesest tugevasti painutada. See kõik muudab haige kõnnaku omapäraseks: mööda tasast pinda kõndides näib ta nagu trepist üles minevat. Haige ei saa kandadel käia. Tundlikkus labajala selja välimisel serval kas väheneb või kaob hoopis.

Sääreluunärvi (*n. tibialis*) kahjustuse korral kaob ahhilleuse refleks, haige ei saa varvastel seista ega käia ega varbaid painutada. Tundlikkus jalatallal on kadunud.

Esitame mõned iseloomulikud näited teiste neuriitide kohta.



Joon. 39. Pahempoolse näonärvi perifeerse halvatusega haige. Asümmeetria rahuolekus.



Joon. 40. Sama haige nägu hammaste paljastamisel.



Joon. 41. Sama haige nägu silma sulgemisel. Silmalaug ei lasku alla, silmamuna nihkub üles, on näha valge kõvakest.

Näonärvi neuriit (*neuritis n. facialis*) tekitab halvatuse ühel näopoolel: haige ei saa kulmu kergitada, otsaesist kortsutada, silma sulgeda, hambaid paljastada, huuli kõrvale pöörata (joon. 39, 40 ja 41). Näonärv ei sisalda tundekiude, mistõttu selle neuriidi puhul harilikult valu ei teki. Näonärvi kahjustuse üheks sagedaks põhjuseks on sisekõrva haigestumine, sest näonärv kulgeb oimuluus selle vahetus läheduses — näonärvikanalis. Teiseks niisama sagedaks põhjuseks on gripoosne nakkus, mille arenemises etendab suurt osa keha jahtumine ja külmetamine. Halvatust võib esile kutsuda ka närvi traumaatiline kahjustus. Lõpuks võib näonärvi neuriit olla kesknärvisüsteemi mingi tõsisema orgaanilise haiguse sümptoomiks, näiteks verevalumi või põletiku korral ajutüve piirkonnas või näonärvi väljumise kohal asuva kasvaja korral.

R a v i. Olenevalt haigestumise põhjusest rakendatakse üht või teist ravi. On endastmõistetav, et ei ole otstarbekohane määrata haigele elektriravi, kui kasvaja rõhub närvile või närvi tuum on hävinud.

Kui kõrva haigestumine on välja suletud, kesknärvisüsteemi kahjustuse tunnuseid ei leita ja diagnoositakse reumatoidset neuriiti

või gripoosset infektsiooni, siis tuleb juba esimesel päeval (kui haige jõud ja üldine seisund lubab) kasutada higistama panevat ravi. Haigele määratakse voodirežiim ning lastakse tal hommikul ja keskpäeval sisse võtta 0,5 aspiriini või naatriumsalitsülaati koos 0,12 kofeiiniga. Õhtul tehakse kuuma vanni, mille järel haige võtab veel 1,0 aspiriini ja joob selle peale kaks klaasi kuuma teed. Seejärel kaetakse haige hästi soojalt kinni, et ta tublisti higistaks. Füüsiliselt küllalt tugevatele haigetele võib niisugust ravi määrata 3—5 päeva järjest. Järgnevateks päevadeks määratakse strühniini süstimise kuur ja umbes 10 päeva pärast haiguse algust alustatakse elektriravi, näiteks joodi ionisatsiooni näol. Head efekti annab dibasool, 0,02 korraga (üks kord päevas, 10 päeva järgemööda).



Joon. 42. Labakäe asend kodarluunärvi neuriidi korral.



Joon. 43. Küünarluunärvi halvatus (kujuneb «küüniskäsi»).

Kui näonärvi neuriit tekib kõrgenenud arteriaalse rõhuga haigel (hüpertooniatõve puhul), mis nähtavasti oleneb tursest kuulmetõrve piirkonnas, siis on soovitatav dehüdratatsiooniteraapia; selleks süstitakse veenisse 40%-list glükoosilahust või lihasesse 25%-list magneesiumsulfaadilahust.

Kõikidel näonärvi halvatuse juhtudel on soovitatav haigel poolel silm kinni siduda, et vältida prügi silma sattumist ja silma sidekesta liigset kuivamist.

Näolihaste ägedalt alanud halvatus võib 2—3 nädala pärast täielikult likvideeruda, kuid sageli kestab paranemine pikemat aega.

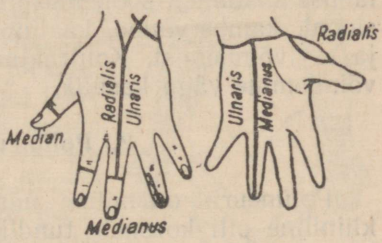
Mis puutub kodarluunärvi (*n. radialis*), küünarluunärvi (*n. ulnaris*) ja keskpidise närvi (*n. medianus*) neuriitidesse, siis on need enamasti traumaatilise päritoluga. Kodarluunärvi kahjustus võib areneda ka magamise ajal nakkusliku protsessi või intoksikatsiooni puhul (vahel ka alkohoolikuil joobnud olekus), kui haige jääb magama, väljasirutatud käsi pea alla pandud. Kodarluunärv kulgeb õlavarreluu vahetus läheduses ja kui magaja pea surub teda kauemat aega õlavarreluu vastu, siis närv traumeerub. Haige ärkab hommikul nn. «rippuva» labakäega (joon. 42).

Küünarluunärv võimaldab sõrmede painutuse kämbla-sõrmelüli liigestes ja sirutuse sõrmeliigestes, mistõttu selle närvi kahjustuse korral tekib omapärane labakäe hoiak, mille puhul sõrmed meenu-

tavad looma küüniseid («küüniskäsi») (joon. 43). Selle närvi neuriidi puhul ilmnevad tundlikkuse häired peopesa ja käeselja sisemisel poolel (joon. 44).

Keskpidise närvi neuriidi puhul kaob võime labakätt painutada, sõrmi rusikasse pigistada, tekib tundlikkuse häire kolme esimese sõrme ja poole neljanda sõrme volaarsel pinnal ja neile vastaval peopesa osal, dorsaalsel pinnal on tundlikkus häiritud samade sõrmede otstes (joon. 44 — *Medianus*).

Kahjustuste raskuse suhtes on tähtsal kohal perifeersete närvide sõjavigastused. Traumajärgne protsess kestab eriti kaua, kui luu vigastus komplitseerub osteomüeliidiga, sest närvi kirurgiline ravi võib toimuda alles pärast mädakolde likvideerimist. Niisuguste närvide mittetäieliku katkemisega, millede koosseisus on palju vegetatiivseid kiude (nagu sääreluunärv, keskpidine närv, kodarluunärv), kaasuvad mõnikord ägedad, põletavad valud. Mitte ainult labakäe või jalapöia puudutamine, vaid isegi voodi põrumine, vali kõne, hele valgus, raadio muudavad selle valu ägedamaks. Mõnevõrra kergeneb valu vigastatud jäseme niisutamisel. Selleks hoiab haige kätt külma veega täidetud nõus või katab käe märja rätikuga, seda tihti vahetades («märja rätiku sümptoom»). Seda tüüpi valu nimetatakse kausalgiaks (*causis* — põletav, *algia* — valu).



Joon. 44. Labakäe nahatundlikkuse piirkonnad.

Mõnikord kergematel juhtudel likvideerivad antineuralgilised ravimid ja füsioteraapia vaevuse. Raskematel juhtudel saavutatakse valu vaibumine kirurgilise ravi teel, mida mõnikord tuleb korrata, mõjutades seejuures segmentaarseid sümpaatilisi sõlmi. Mõnedel juhtudel tingib protsessi pikaajaline ja raske kulg paiserutuse nähtusi ajukoores ning siis ei anna operatiivsed võtted perifeerias otsekohe efekti.

Nagu juba öeldud, tekitab närvi täielik katkemine tema poolt innerveeritavate lihaste halvatuse, reflekside ja tundlikkuse kao vastavates tsoonides, troofilised häired lihastes ja nahas. Närvi funktsioon võib taastuda, kui regenereeruva telgsilindri teel ei ole mingisuguseid takistusi. Seepärast tuleb närvi läbilõikamise või rebestamise korral (mürsu killuga, kuuliga) teha operatsioon; armkoe väljalõikamine, eraldunud närviotste kokkuõmblemine, närviplastika suurte defektide korral — need on kõige sagedamini rakendatavad kirurgilised võtted närvide vigastuse korral.

Kestvad, kuude kaupa püsivad halvatused võivad põhjustada kõõluste sekundaarset lühenemist ning järelikult liigutuste piiratust, mis on kontraktuuri tüüpi. Näiteks pindluunärvi kahjustuse korral on pidevalt ülekaalus labajala painutajalihased, mille taga-

järjel kujuneb rippuvaks komppõiaks nimetatav kontraktuuriseisund.

Pindluunärvide mõlemapoolse kahjustuse põhjuseks võivad peale trauma olla paljud nakkushaigused, intoksikatsioonid ja niisugused üldised haigused nagu suhkurtõbi, seljaajukuive, polüneuriidi jääknähud; sel puhul kujuneb omapärane kõnnak, mida nimetatakse tsirkusehobuse või kuke kõnnakuks — haige tõstab labajalgu kõrgele üles (istmikunärvi neuriidi kohta vt. sama ptk. eespool).

Ravi. Kui ei ole vaja kirurgilist ravi katkestatud närvi kokkuõmblemiseks või traumajärgselt tekkinud armkoe eemaldamiseks, siis rakendatakse neuriitide ravimisel, peale neid väljakutsunud põhjuste mõjutamise, veel B_1-vitamiini ja 0,05%-lise proseriinilahuse süstimist, soojendusprotseduure ja füsioteraapiat: faradisatsiooni, kambervanne, kaaliumjodiidiga galvaniseerimist, massaaži ja ravivõimlemist. Kontraktuuride arenemise vältimiseks on ravivõimlemine väga kasulik.

2. Polüneuriit (*polyneuritis*)

Polüneuriit on mitme närvi üheaegne põletik. Polüneuriitide kliiniline pilt koosneb tundlikkuse ja liikumise sümmeetrilistest häiretest kätes ja jalgades. Distaalsed (kerest kaugemal asuvad) jäsemete osad kahjustuvad tugevamini kui proksimaalsed (kerele lähemal asuvad) osad. Näiteks haigel, kellel on küllaldaselt jõudu liigutusteks õlaliigestes, on seda küünarliigestes nii vähe, et ta ei saa läbivaatajale vastupanu avaldada; randmeliigestes on aga jõud nii väike, et haige ei suuda tahtlikult labakätt liigutada. Kui haige nõela torget või puudutust õlavartel ja reitel tunneb hästi, siis käsivartel ja säärtel on tundlikkus nõrgenenud, labakätel ja labajalgadel aga esineb täielik anesteesia (tundetus) (joon. 45).

Rasketel juhtudel võib esineda jäsemete täielik halvatus. Et polüneuriitide korral kahjustub perifeerne motoorne neuron, siis kaob seljaaju närvirakkude troofiline mõju halvatud lihastele; lihased kõhetuvad, atrofeeruvad ja kõõlusrefleksid kustuvad. Mittetäielikkude halvatuste puhul tekib liigutuste ebakindlus — ataksia, mis on tingitud tundlikkuse häirest. Polüneuriitidega kaasnevad piki kahjustatud närve neuralgilised valud, mis tekivad närvitüvedele vajutamisel, liikumisel või isegi rahuolekus.

Kraniaalnärve polüneuriit enamikul juhtudel ei kahjusta. Protsess võib aga haarata uitnärvi, mis reguleerib südame tööd ja hingamist. Seetõttu tuleb haige juba polüneuriidi algstaadiumides voodisse panna.

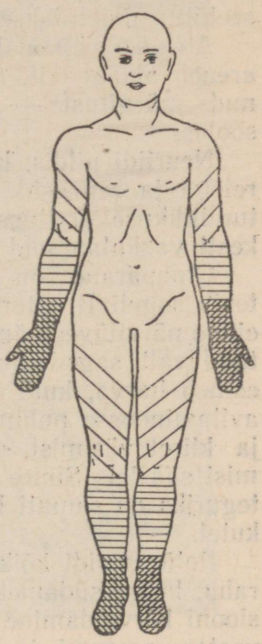
Kui perifeersete närvide kahjustus ei ole läinud väga kaugele, siis on haiguse prognoos soodus. Kuid isegi täielikkude halvatuste puhul ei pea kaotama lootust tervistumisele; tõsi küll, paranemine toimub aeglaselt. Kahjustatud närvi juhtivus taastub umbes 1 mm võrra ööpäevas; seega võib kogu närvi juhtivuse taastumine kesta

pool aastat ja isegi kauem. Tavaliselt taastuvad kõigepealt jäsemete proksimaalsete, seejärel distaalsete osade funktsioonid.

Prognoos on vähem soodus neil juhtudel, kui protsess on haaranud uitnärvi ja vahelihasenärvi (*n. phrenicus*). Hingamisliigutuste häire tõttu halveneb kopsude ventilatsioon tugevasti; seejuures sageli tekkiv pneumoonia kulgeb väga raskelt, tugeva hingelduse ja südamepekslemisega, ning põhjustab varsti haige surma.

Selline on polüneuriitide üldine karakteristika. Nende üksikutele liikidele on omased mõned iseärasused.

Esmane infektsiooni-polüneuriit, mille kutsub esile filtreeruv viirus, areneb väga ägedalt, 3—4 päeva jooksul, ja kulgeb kõrge temperatuuriga. Haigel tekib kiiresti progresseeruv halvatus kõigis neljas jäsemes koos anesteesiaga, kuid ägeda valuga piki närvitüvesid. Sageli esineb näo lihaste halvatus. Alles aja jooksul, kui algab liigutuste aeglane taastumine, läheb korda konstateerida ülekaalus distaalset tundlikkuse ja liigutuste kahjustuse tüüpi.



Joon. 45. Tundlikkuse ja liikumise häirete tugevuse suurenemine perifeeria suunas polüneuriidi korral.

Difteerilise polüneuriidi puhul, mis areneb tavaliselt siis, kui kõik difteeria sümptoomid on juba kadunud, tekib haigel pehme suulae halvatuse tõttu neelamise ja kõne häire: vedel toit satub ninna, kõne muutub inisevaks. Varem hea nägemisega inimene lakkab nüüd lähedal olevaid asju eristamast, ta ei saa lugeda, sest tähed laatuvad, kuid kaugele näeb ta hästi. Seda põhjustab silma akommodatsioonilihase halvatus, mille tõttu pole võimalik silma läätse seadumine lähedalt nägemiseks. Konstateeritakse nõrkust kätes ja jalgades, liigutuste ebatäpsust ja ebakindlust. Mõnikord, vastupidi, on kogu difteerilise polüneuriidi pildis ülekaalus tundlikkuse häired. Selliste haigete põetamisel on tähtis hoida nende südant ja mitte lubada mingisuguseid pingutusi ja erutusi. Sööta tuleb haiget pikkamööda; rasketel juhtudel, kui haige ei saa neelata, toidetakse teda sondi abil ja toiteklistiiridega.

Alkoholne polüneuriit kulgeb tavaliselt segatüüpi polüneuriidina, s. t. perifeersete närvide motoorse osa ja tundeosa kahjustusega. Sellega võivad kaasneda ka psüühilised häired, mis väljenduvad peamiselt tugevas mälu nõrgenemises — haige ei suuda hiljutisi sündmusi meeles pidada. Olles midagi öelnud, unustab haige selle jalamaid; ta moonutab kõrval lamavate haigete nimesid, unustab oma nime jne.

Mälu lünki, mis on tekkinud nende häirete tagajärjel, täidab haige väljamõeldistega, mida nimetatakse konfabulatsiooonideks. Haige jutustab ebatõenäolisi, fantastilisi lugusid, mis olevat toimunud viimasel ajal. Psüühika selle omapärase häire kombinatsiooni alkohoolse polüneuriidiga eraldas Moskva psühhiaatrilise koolkonna rajaja Korsakov omaette kliiniliseks vormiks; seetõttu nimetatakse seda Korsakovi psühhoosiks.

Arseenipolüneuriit tekib pärast arseenimürgitust. Ta areneb alaägedalt, mitme päeva jooksul, pärast tormiliselt kulgenud mürgitust — oksendamist, kõhulahtisust, valusid maos ja sooles.

Neuriidi pildis, kõrvuti tavaliste halvatustega, tundlikkuse häiretega ja reflekside väljalangemisega, ilmnevad selgesti tugevad tundlikkuse ärrituse nähud, valud, eriti jalataldades, ning rohkesti vaskulaarseid ja troofilisi häireid.

Omapärane on avitaminoosne polüneuriit, mis tekib sageli B_1-vitamiini defitsiidi korral. Selle polüneuriidi puhul ei ole närvitüvede ägedat valulisust; alumised jäsemed kahjustuvad tunduvalt sagedamini ja tugevamini kui ülemised. Tetrapleegiaid esineb harva, kuid haiguslugudes märgitakse võrdlemisi sageli avitaminoosse polüneuriidi nn. mikrosümptoome: jalgade nõrkust ja kiiret väsimist, reflekside väljalangemist, tundlikkuse vähenemist säärtel. Suure osa alkohoolsete polüneuriitide etioloogiliseks teguriks on samuti B_1-avitaminoos, mis kergesti areneb alkoholikutel.

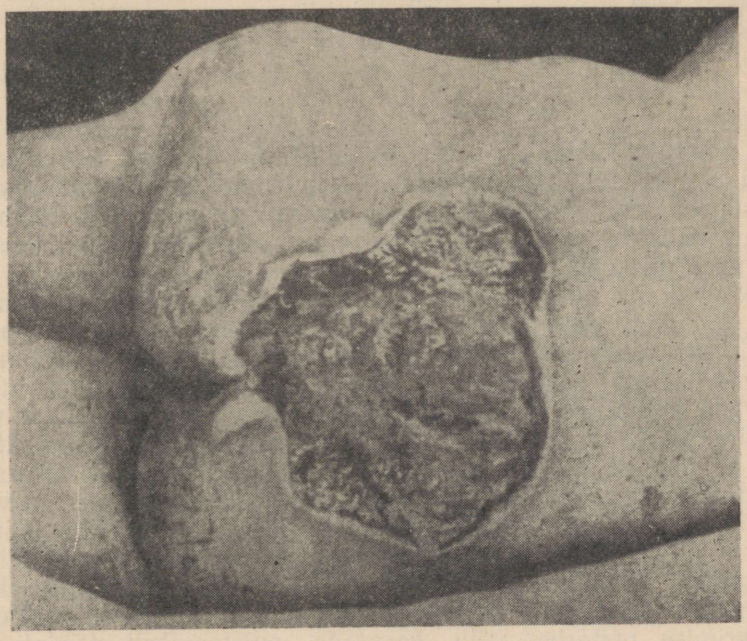
Polüneuriidi kõiki vorme ravitakse enam-vähem ühetaoliselt: rahu, haige südametegevuse jälgimine, intoksikatsiooni või infektsiooni kõrvaldamine (alkoholi tarvitamisest loobumine, difteeriavastase seerumi ja urotropiini süstimine ägedas perioodis), täisväärtuslik toit, strühniini süstimine, tiamiinbromiidi (B_1-vitamiin) süstimine veenisse, massaaž, neljakambriline vann, soojus. Visalt paranevatel, pikalevenivatel juhtudel on näidustatud mudavannid ja väävelvesinikuvannid.

Et taastumisperiood vältab polüneuriitide puhul mitu kuud ja liigutused jäsemete distaalsetes osades — labakäes ja -jalas — taastuvad kõige hiljem, siis on vaja vältida kõõluste lühenemist ja kontraktuuride tekkimist. Selleks tuleb lamaval haigel allavajunud labajalgadele anda normaalne asend, fikseerides neid rulliga või puust toega. Labakäele on soovitatav panna kerge longett.

3. Müeliit (*myelitis*)

Müeliit ehk seljaajupõletik areneb kõige sagedamini rinnasegmentides ja haarab seljaaju kogu läbilõike ulatuses. Kliiniline pilt on seejuures järgmine: spastilist laadi nõrkus jalgades, s. t. jalgade halvatus koos lihaste toonuse tugeva kõrgenemisega, hüperrefleksiaga ja patoloogiliste refleksidega; tundlikkuse puudumine, alates

kahjustatud segmendile vastavast kere osast kuni lõpuni alla; vööga kinnitõmbamise tunne, s. t. neuralgiline valu piki kahjustatud segmendi närvijuuri; uriini- ja roojapeetus ning lõpuks tundlikkuse puudumine ja kudede nõrgenenud troofika tõttu tugev kalduvus lamatiste tekkimiseks (joon. 46).



Joon. 46. Laialdane ja sügav lamatis.

Müeliit areneb ka kaelaosas; siis tekib halvatus kõiges neljas jäsemes. Müeliit võib lokaliseeruda ka lumbosakraalses piirkonnas; selle tagajärjel tekib jalgade halvatus, kuid juba lõtva tüüpi; kusepõie poolt esineb sagedamini mitte kusepeetus, vaid kusepidamatus. Jalgade lõtv perifeerne halvatus neil juhtudel on tingitud sellest, et kahjustuvad seljaaju lumbosakraalse osa eesmiste sarvede rakud, kust algavad alumiste jäsemete perifeersed motoorsed neuronid. Kusepidamatus tekib kusepõie ja seljaaju reflektoorse seose katkemise tõttu.

Tavaliselt areneb müeliit ägedalt mingi nakkushaiguse tagajärjel. Eriti sagedasti põhjustab teda süüfilis. Süüfilise puhul, kõrvuti põletikuliste nähtudega, tekib seljaaju veresoontes süfiliitiline endarteriit — veresoone seina sisekesta põletik ja paksenemine, mille tagajärjel soone valendik kitseneb. Veresoone täielikul ummistumisel lakkab vastavas piirkonnas ajukoe verevarustus ja tekib ajukoe kärbus (nekroos).

Süfiliitilise müeliidi puhul rakendatakse süüfilisevastast (spetsiifilist) ravi: 2%-lise elavhõbedijodiidilahuse süstimine lihasesse (1 ml päevas 30 päeva vältel) ja novarsenooli süstimine veenisse. Efektiivne on ka ravi bijohinooliga — lihasesse süstitakse 2—3 ml iga 2 päeva tagant, üldse 12—15 süstet ravikuuri kohta.

Infektsioonijärgsete müeliitide raviks süstitakse 40%-list urotropiinilahust veenisse ja penitsilliini lihasesse.

Ägeda perioodi möödumisel määratakse haigele mõlematel juhtudel ravikehakultuuri protseduure lihaste spastilisuse vähendamiseks ja tavalised hügieenilised vannid. On vajalik lamatiste profülaktika.

Lamatiste suhtes on eriti ohustatud rõhumise all olevad kehaosad, s. t. kohad, kus nahk katab vahetult luud, nagu ristluu, põlve- ja hüppeliigese sisemised kokkupuutuvad pinnad, niudeluu harju kattev nahk ja seljaaju kõrgemal oleva osa kahjustuse korral ka abaluude piirkond.

Ravi ja põetamine. Peab jälgima, et haige lamaks kuival, puhtal linal ja et lina ei oleks kortsus. Kui haige lamab selili, siis tuleb teda vähemalt kaks korda päevas 1—2 tunniks küljele pöörata; ristluu alla pannakse kummirõngas; nahka tuleb hõõruda kampripiiritusega või pesta külma vee ja seebiga ning seejärel hoolikalt kuivatada. Kui lamatised kõikidest profülaktilistest abinõudest hoolimata siiski tekivad, koed tursuvad ja matsereeruvad ning moodustuvad gangrenoossed koorikud, siis on vajalik samasugune põetamine nagu lahtise haava puhul. Mingil juhul ei tohi panna märgi kompresse, sest need provotseerivad niisket gangreeni. On näidustatud sidemed salvidega, näiteks Ung. decubitum, Bals. peruviani 2—3%, Ung. Zinci, Višnevski salv. Desinfitseerimise otstarbel võib kasutada puistepulbrit (Saloli 3,0, Amyli 50,0).

Head efekti annab kiiritamine kvartslambiga, fibriinkile pealepanemine.

Kui kude on kärbunud, siis ta eemaldatakse, tekkinud haav aga kaetakse 1%-lises kaaliumpermanganaadilahuses niisutatud marliga. Mähiseid vahetatakse kaks korda päevas, kattes nad iga kord vahapaberiga.

Tuleb meeles pidada, et lamatised kujutavad endast tõsist komplikatsiooni, otsekui avatud väravat, mille kaudu infektsioon võib organismi tungida. Nad võivad põhjustada üldise sepsise ja haige surma. Lamatiste esinemise sageduse ja seisundi järgi närvihaiguste statsionaaris võib otsustada põetava personali töö kvaliteedi üle.

Eriti tihti esinevad müeliidi (kuid vahel ka teiste seljaaju haiguste) puhul vaagnaelundite talitluse häired. Kusepidamatuse puhul tuleb kasutada meestel spetsiaalset kusepudelit, naistel kummist siibrit. Kusepeetuse korral, kui tavalised abinõud, s. o. kusepõie piirkonna soojendamine, ei aita, tuleb kateteriseerida, aseptika nõudeid rangelt täites, sest muidu võib kusepõide viia infekt-

siooni. Infektsiooni tagajärjel võib areneda tsüstiit, seejärel püeliit ja nefriit, ning haige võib surra urosepsise (s. o. kuseteede kaudu levinud sepsise) nähtudega. Korduva kateteriseerimise korral pikema aja vältel tuleb kusepõit aeg-ajalt loputada 2%-lise boorhappelahusega, kaaliumpermanganaadilahusega 1:200 või hõbenitraadilahusega 0,1:200. Kateteriseeritakse tavaliselt 2 korda ööpäevas — hommikul ja ööseks. Olles kaotanud tundlikkuse, haige tavaliselt ei tunne kusepakitsust ega kusepõie seina venitust kogunenud kuse poolt; seepärast peab teenindav personal hoolitsema, et niisugustel haigetel kusepõis õigeaegselt tühjendataks.

Neil juhtudel, kus müeliidi nähud arenevad väga aeglaselt, tekib küsimus, kas antud juhul ei ole tegemist kasvajaga seljaaju sees või sellest väljaspool, mis komprimeerib kõiki seal kulgevaid juhteteid. Kui ajuvedelikus ilmnevad paisu tunnused, siis kinnitab see kasvaja olemasolu ja näitab kirurgilise ravi vajadust. Paisu nähtudele viitab rohke valgusisaldus ajuvedelikus, kusjuures lümfotsüüte leidub normaalsel hulgal.

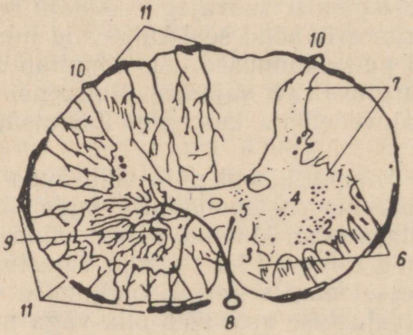
Seljaaju vähehaaval areneva kompressiooni pildi võib anda ka lülisamba kahjustus (näiteks tuberkuloosne spondüliit), mida röntgeniülesvõtte abil on kerge kindlaks teha. Müeliidi sümptoomidega kliiniliselt sarnanevad sümptoomid esinevad ka seljaaju vigastuste korral, verevalumite puhul mõnesse tema segmenti muljumise või haavamise tagajärjel. Seljaaju kahjustuse aste võib olla väga mitmesugune isegi juhtudel, kus kliiniline pilt on ühesugune, — alumine parapleegia tundlikkuse väljalangemisega ja kusepeetuse või -pidamatusega. Kusepõie talitluse kauakestvate häiretega juhtudel, eriti lahinguvigastuste ja seljaaju traumade puhul, on soovitatav teha häbemekingule uuris; sellega välditakse tsüstiidi arenemist ja selle tagajärgi.

4. Poliomüeliit (*poliomyelitis*)

Poliomüeliidiks nimetatakse kesknärvisüsteemi tabavat nakkushaigust, mille puhul põletikuline protsess kahjustab peamiselt seljaaju hallollust (kreeka keeles *polios* — hall). Tavaliselt haarab põletik suuremal määral seljaaju hallolluse eesmised sarved, seejuures üksikutel piiratud aladel. Eesmiste sarvede valikkahjustus on mõistetav, arvestades nende isoleeritud verevarustust (joon. 47).

Poliomüeliidi tekitajaks on filtreeruv viirus. See haigus esineb nii üksikute juhtudena kui ka massiliste epideemiatena. Kõige sagedamini haigestuvad varaealised lapsed (mõne kuu kuni 4 aasta vanuses), mistõttu poliomüeliiti nimetatakse ka lastehalvatuseks. Haigus algab palavikuga, halva enesetundega, vahel oksendamise ja kõhulahtisusega, teistel juhtudel kõhukinnisusega. Temperatuur tõuseb 39—40°-ni, püsib sellel tasemel mitu tundi ja langeb normaalseni, vahel aga tõuseb järgmisel ööpäeval uuesti, kuid mitte nii kõrgele. Paljudel juhtudel esineb ägedas perioodis difuusne higistamine, mõnikord angiin, bronhiit, sarlakitaoline lööve. Tähelda-

takse ka sümptoome aju poolt: tugevat peavalu, unisust, vahel harva epileptiformseid krampe. Äge palavikuseisund, mis on iseloomulik haiguse esimesele, preparalüütilisele (halvatuseelsele) staadiumile, vältab vahel ainult mõne tunni ja võib seetõttu jääda vanematel märkamata, eriti kui laps haigestub öösel. See seisund võib aga kesta isegi mitu päeva ja siis on kerge kindlaks teha, et põletikulised muutused ajuvedelikus (suurenenud lümfotsütoos) esinevad juba haiguse alguses. Teises, paralüütilises staadiumis esinevad lapsel juba tugevad kahjustused halvatuste näol sagedamini ühes või kahes, harvemini kolmes jäsemes; neis esinevad valud ja



Joon. 47. Veresoonte harunemine seljaaju ristitasapinnas.

1, 2, 3, 4, 5 — eesmise sarve motoorsete närvirakkude rühmad; *6* — eesmine sarv; *7* — tagumine sarv; *8* — eesmine seljaajuarter; *9* — veresoonte harunemine eesmises sarves; *10* — tagumine seljaajuarter; *11* — veresoontest pärg.



Joon. 48. Poliomüeliit. Parema käe atroofiline halvatus.

vahel ka tundlikkuse häired. Halvatused on tingitud difuussest põletikuprotsessist, mille tõttu kahjustuvad üksikud eesmise sarve rakud ja kärbuvad neist lähtuvad eesmised juured; sellele järgneb nende poolt innerveeritavate lihaskiudude atrofeerumine. Eriti rasked ja ohtlikud on pikliku aju kahjustused, sest nendega kaasnevad hingamise ja südametegevuse häired (bulbaarne halvatus). Mõne päeva pärast, kui laps ei sure, vaibuvad tormilised nähud ning algab haiguse kolmas staadium, taastumisstaadium. Mõnede lihaste halvatused paranevad, teised jäävad püsima ja mõnikord kujunevad lihaste üksikute piiratud rühmade jäädavad kahjustused.

Nagu eespool öeldud, moodustavad eesmise sarve rakk, eesmine juur, selle kiud, mis kulgevad ühe või teise perifeerse närvi koosseisus, ja lihaskiud ühe ühtse terviku — neuromuskulaarse aparaadi. Niipea kui hävib eesmise sarve rakk või eesmine juur, järgneb ka lihase kahjustus.

Lihas kaotab võime tahtelisteks liigutusteks ja atrofeerub. Et luude ehitus ja arenemine on seoses lihaste tööga, siis on arusaa-

dav, et kui lihased atrofeeruvad lapseeas, siis jääb maha ka luude arenemine. Seepärast on poliomüeliiti põdenuil lühenenud see õlavars, käsivars, reis või kogu jäse, mille lihased atrofeerusid (joon. 48). Tuleb silmas pidada, et epideemiate ajal esinevad ka kerged, kustunud (abortiivsed) poliomüeliidi vormid ilma halvatusteta ja isegi ilma muutusteta ajuvedelikus.

R a v i. Poliomüeliidi ravi ägedas perioodis ja kroonilises staadiumis on erinev. Ägedas perioodis määratakse penitsilliini, salitsülaate, urotropiini, kaane lülisamba kohale, sinepiplaastreid sääremarjadele, lahtisteid. Kasutatakse ka poliomüeliidist tervistunutelt või vanematelt võetud vere seerumit: esimese 48—72 tunni jooksul on otstarbekohane süstida lihasesse kahes osas 40—80 ml vanemate (tsitraat-) verd või 30—60 ml täiskasvanute seerumit, seejärel korduvalt 10 ml päevas, kokku 200 ml. Veel parem on süstida gammaglobuliini 1,0 kehakaalu 1 kg kohta. Taastumisperioodis annab efekti 0,05%-lise proseriinilahuse süstimine (0,5—1,0 ml lihasesse). Imikutele süstitakse 0,3—0,5 ml 0,01—0,03%-list proseriinilahust. Sisse võib anda dibasooli — vanuses kuni 1 aasta 0,001, 3—8 aasta vanuses 0,003, vanuses üle 12 aasta 0,005 üks kord päevas 10 päeva vältel.

6—10 päeva pärast määratakse haigele sooje vanne, hoolitsedes seejuures, et need teda ei väsitaks. On tähtis jälgida, et lapsel seoses halvatustega ei areneks edaspidi lihaste venitust ega kontraktuure. Kui labajalg longu vajub, pannakse jalatalla alla leukoplastist jalus, mis kinnitatakse kõrgele sääre külgmistele pindadele; tekile, mis oma raskusega võib samuti labajala longuvajumist soodustada, pannakse alla puust või metallist võrestik või muud seadised. Reie painutajalihaste halvatuse korral pannakse põlve alla rull, käsivarre painutajalihaste halvatuse puhul kinnitatakse jäse küünarliigese painutusseisundis sideme abil rinnale. Kõikidele nendele profülaktilistele abinõudele tuleb pöörata suurt tähelepanu, sest taastumisperioodis etendavad nad väga tähtsat osa.

Teisel või kolmandal nädalal hakatakse rakendama mitmesuguseid füsioterapeutilisi abinõusid, esmajoones massaaži kerge passiivse, seejärel ka aktiivse ravivõimlemisega.

Püsivate halvatuste arenemisel võetakse edaspidi tarvitusele ortopeedilised jalanõud, ülemiste jäsemete proteesimine, kirurgilised võtted kõõluste läbilõikamise näol; on võimalik kunstlikke ankuloose moodustada.

Profülaktiliste abinõude läbiviimisel tuleb arvestada, et poliomüeliidinakkuse tekitajat võivad edasi anda ka terved inimesed. Epideemia puhul koolis suletakse seepärast kool kuni haigestumise täieliku lakkamiseni.

Täiskasvanud, kes on kontaktis ägedat poliomüeliiti põdejatega, ei tohi kokku puutuda tervete lastega ja on kohustatud järgima isikliku hügieeni reegleid, muuhulgas 1%-lise vesinikuljhapendilahusega või kaaliumpermanganaadilahusega 1:5000 (heleroosa värvus) kurku loputama.

Väga oluline on haigestunu varajane hospitaliseerimine ja isoleerimine. Haiget ei tohi välja kirjutada enne, kui haigestumise algusest on möödunud 40 päeva.

Haigele tuleb eraldada omaette sööginõud, keeta neid, desinfitseerida mähkmeid, taskurätte, ööpotte ja klosette, arvestades asjaolu, et infektsioon pääseb organismi mao-soole trakti ja ninaneelu kaudu.

Haigestunutega kontaktis olnud lastele süstitakse lihasesse gammaglobuliini (0,3 ml kehakaalu 1 kg kohta), 30—60 ml vanemate (tsitraat-) verd või 30 ml tervete täiskasvanute vereseerumit. Kaitsepookimise toime kestab 3 nädalat; korduva kontakti puhul tuleb süstimist korrata.

5. Külgmine amüotroofiline skleroos ja süringomüeelia *(sclerosis lateralis amyotrophica et syringomyelia)*

Seljaaju eesmiste sarvede motoorsete rakkude kahjustus on täiskasvanutel harva tingitud ägedast poliomüeliidist; sageli on see ainult teiste keeruliste sümptoomikomplekside üheks iseloomulikuks koostisosaks. Üheks selliseks kompleksiks on külgmine amüotroofiline skleroos. See haigestumine areneb aeglaselt ning seisab tsentraalsete ja perifeersete motoorsete neuronite aeglaselt progresseeruvas hävimises.



Joon. 49. Labakäe väikeste lihaste atroofia. Pahem ja parem käsi «küüniskäe» asendis.

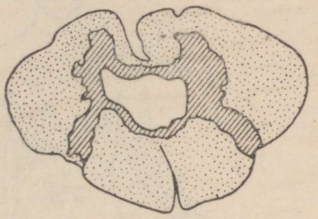
Selle haiguse nimetus osutab kahjustuse lokalisatsioonile (asukohale) ja tema poolt esile kutsutud motoorsetele ja troofilistele häiretele. Seljaaju külgmises sambas asuva püramiidtee katkemise tõttu nimetatakse teda külgmiseks. Hävivad eesmiste sarvede närvirakud koos nendest lähtuvate närvijuurtega, mille tagajärjel atrofeeruvad lihased; selle tõttu nimetatakse seda haigust amüotroofiliseks (kreekakeelsest sõnast *mys* — lihas). Nimetus «külgmine amüotroofiline skleroos» hõlmab seega haiguse kliinilist kui ka patoloogilis-anatoomilist pilti. Eesmise sarve rakkude ja püramiidtee kiudude hävimisega kaasneb glioosse koe ja sidekoe vohamine, s. t. toimub skleroseerumine.

Peab lisama, et enamasti algab see protsess seljaaju kaelaosa alumises piirkonnas, mille tõttu iseloomulikel haigusjuhtudel kliiniline pilt kujuneb käte atroofilisest pareesist või paralüüsist ja jalgade spastilisest pareesist. Tservikotorakaalne osa (VIII kaela- ja I rinnasegment) on seoses labakäe

lihastega; seetõttu arenevad neis atroofilised nähud eriti vara ning haiged pöörduvad sageli arsti poole juba väljakujunenud «küüniskäega» (joon. 49).

Selle haiguse tõsiseks komplikatsiooniks on kraniaalnärvide tuumade hävimine, sest õieti on nad seljaaju eesmiste sarvede analoogid. Kraniaalnärvide IX, X, XII paari hävimisel tekib bulbaarse halvatuse pilt, s. t. kõnelemise ja neelamise häire, keele, pehme suulae ja häälekurdude halvatuse tagajärjel. Toit satub ninasse, kurku, tekib düsartria, kõne muutub inisevaks või hoopis võimatuks.

Selliste häiretega haige vajab erilist hoolitsust. Käte nõrkuse tõttu ei suuda ta harilikult lusikat hoida. Teda tuleb sööta istuasendis, kiirustamata; söömise ajal ei tohi lubada haigel rääkida; on haige mõne pala alla neelanud, tuleb söötmisel vahet pidada, et neelamisaktist osavõtvad lihased saaksid puhata.



Joon. 50. Süringomüeliitiline õõs seljaajus.

Amüotroofilise skleroosiga haiged ei ela kaua (3 aasta piires). Surma põhjustavad harilikult bulbaarse paralüüsi tagajärjed.

Külgmise amüotroofilise skleroosi olemus ei ole veel tänaseni lõplikult selgitatud, kuid viimasel ajal oletatakse, et ta on viiruselise etioloogiaga. Selle haiguse puhul kahjustub ainult motoorne süsteem, mingisuguseid tundlikkuse häireid ei esine.

Vastandina kirjeldatud haiguse kliinilisele pildile iseloomustavad teist seljaajus toimuvat haigusprotsessi peamiselt tundlikkuse häired; see haigus kestab aastakümneid ja haige säilitab kaua töövõime. Haigust nimetatakse süringomüeeliaks, mis tähendab õõne leidumist seljaajus (kreeka keelest: *syrinx* — pilliroog, pajupill, *myelon* — seljaaju).

See õõs moodustub seljaaju tsentraalkanali glioossete vohandite lagunemise ja ependümaarse epiteeli vohamise arvel (joon. 50). Tsentraalkanali laienemisel hävivad valu- ja temperatuuritundlikkuse juhteteed, mis ristuvad selle kanali ees ja suunduvad samas segmendis seljaaju vastaspoolele (joon. 27).

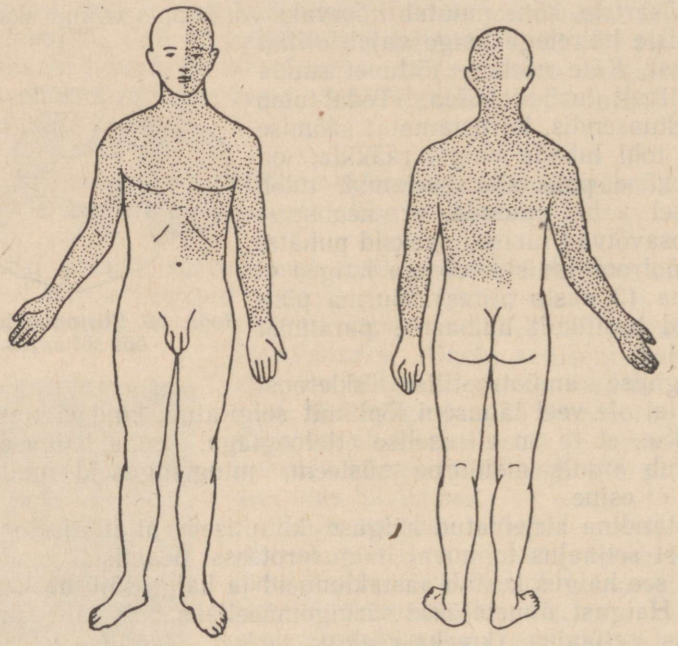
Õõne tekkimine ja levimine eesmistesse sarvedesse toimub enamasti seljaaju kaela- ja rinnaosas. Seejuures esinevad kätel atroofilised muutused, valu- ja temperatuuritundlikkuse kadumine, mis haarab keha piirkonna pihtkuue või poole pihtkuue taoliselt (joon. 51).

Haige ei tunne nõela torget ega kuuma puudutust kätel, rinnal ja seljal kas ühel või kummalgi poolel.

Valu- ja temperatuuritundlikkuse häire on süringomüeelia puhul sageli nii tugev, et haige võib endale raskeid põletusi ja haavu tekitada, ilma et ta neid ise tunneks; naha troofika alanemise tõttu paranevad need vigastused äärmise aeglusega. Seda asjaolu tuleb

nende haigete põetamisel silmas pidada (soojendajate kasutamisel, vannide tegemisel, elektriravi juures).

Vahel esineb niisugustel haigetel labakäte massiivne paksenemine. Seda seostatakse vegetatiivsete rakkude kahjustusega seljaaju hallolluses, kusjuures eesmiste sarvede rakud säilivad. Samade vegetatiivsete rakkude kahjustus tingib ka troofilised muutused liigestes.



Joon. 51. Valu- ja temperatuuritundlikkuse häire näol ja «pihtkuue» taoliselt.

Mõnikord suurenevad õõned ülenevas suunas kuni kraniaalnärvide tuumadeni; siis areneb süringobulbia pilt.

Neil juhtudel ei ohusta bulbaarne paralüüs peaaegu kunagi haige elu, nagu seda teeb külgmine amüotroofiline skleroos.

R a v i seisab õõne operatiivses avamises või röntgenikiirituses.

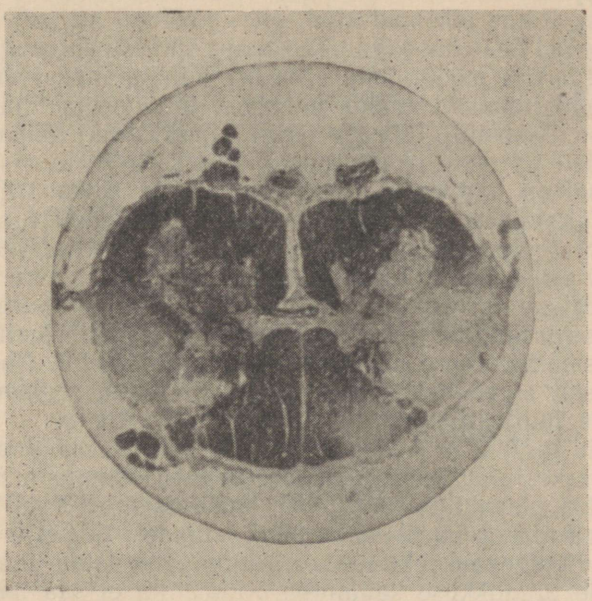
6. Dissemineerunud skleroos *(sclerosis disseminata)*[1]

See haigus esineb noores eas (20—30 aasta vanuses) ja on krooniline. Anatoomiliselt seostatakse teda sklerootiliste, glioossete koldekeste arenemisega pea- ja seljaajus; lammutunud müeliinkes-

[1] Haigust nimetatakse ka mitmeseks skleroosiks, mitmeseks koldeliseks kõvastuseks *(sclerosis multiplex)*.

tade, seejärel ka lammutunud telgsilindrite kohal moodustuvad naastud (joon. 52).

Sklerootilised naastud asuvad enamasti piki püramiid- ja tserebellaarsete juhteteede kulgu. Neil juhtudel avaldub tüüpiline kliiniline pilt püramiidsetes ja tserebellaarsetes sümptoomides: spastilis-tserebellaarne kõnnak või jalgade täielik halvatus koos kõrgenenud refleksidega, ebakindlad käte liigutused, nüstagm, skandeeriv kõne.



Joon. 52. Sklerootilised naastud seljaajus.

Esineb aga ka teisi, väga mitmekesiseid kliinilisi vorme.

Tavaliselt areneb haigestumine hüppeliselt ja annab sageli remissioone; tõsi küll, vahel on need väga lühikesed, kuid haige seisund paraneb ja haiguse sümptoomid kaovad.

Need remissioonid esinevad harilikult haiguse sellel perioodil, kui telgsilindrid ei ole veel lõplikult hävinud: lammutunud müeliinkest taastub osaliselt ja spinaalsete teede juhtivus jätkub protsessi uue ägenemiseni.

Dissemineerunud skleroos kuulub viiruseliste haiguste hulka. Haiguse raskus on väga mitmesugune nii kulgemise kui ka kliiniliste sümptoomide avaldumise mõttes.

R a v i — üldtugevdav ravi, rahu, füsioteraapia. Ägedal perioodil süstitakse veeni 40%-list urotropiinilahust; kasutatakse ka Margulis-Šubladze vaktsiini.

7. Seljaajukuive *(tabes dorsalis)*

Selle haiguse nimetus on tulnud seljaaju tagumiste sammaste «kuivamisest» seal kulgevate juhteteede degenereerumise (väärastuse) tagajärjel. Tagumiste sammaste hävimine tingib seljaajukuive peamised kliinilised sümptoomid.

Et mõista selle haiguse kliinilist pilti, peab meelde tuletama seljaaju tagumiste sammaste anatoomilist ehitust ja funktsiooni. Tagumise juure koosseisus kulgeb rühm mitmesuguse funktsiooniga kiude. Kõige pikemad kiud, olles jõudnud seljaaju tagumisse sarve, lähevad seal üle tagumise samba piirkonda ning kulgevad seljaaju seda osa mööda kuni ajukoore naha-analüsaatorini (joon. 27, *D*). Neid juhteteid mööda kulgevad taktiilse ja lihaste-liigeste tundlikkuse impulsid. Lihaste-liigeste tundlikkus võimaldab määrata jäsemete ja nende osade vastastikust asendit ruumis. Pikkuselt teisel kohal on tagumise juure telgsilindrid (joon. 27, *G*), mille kaudu antakse edasi ärritused eesmise sarve rakkudele, s. t. teostub refleksikaare sulgemine. Kõige lühemad kiud juhivad valu- ja temperatuuriärritusi. Need kiud, ulatudes tagumise juure rakkudeni, lõpevad sealsamas (esimene neuron). Nende teine neuron suundub seljaaju tsentraalkanali eest vastaspoolele ja juhib ärritust mööda külgmist sammast kuni peaaju naha-analüsaatorini (joon. 27, *F*).

Tavaliselt algab seljaajukuive nimme-ristluu segmentidest, nimelt nende juurtest.

Seljaaju tagumiste juurte kahjustus avaldub esmajoones refleksikaarte katkemises; seljaajukuive esialgsed sümptoomid ilmnevad põlverefleksi ja ahhilleuse refleksi kadumises. Kõrvuti reflekside kadumisega alaneb ka lihaste toonus jalgades. Seljaaju tagumistes sammastes kulgevate juhteteede hävimine põhjustab lihaste-liigeste ja taktiilse tundlikkuse kadumise. Kinnisilmi ei saa haige täpselt vastata, millist varvast tal puudutatakse; ta ei erista, kas puudutati tema labajalga või säärt. Niisugune haige ei saa kinnisilmi täpselt tabada ühe jala kannaga teise jala põlve (kanna-põlve proov); ta ei saa ka õigesti käia. Tema kõnnak on ataktiline (joon. 53), sest tugi-liikumisaparaadist ei saabu ärritusi ning järelikult ei ole ka vastusreaktsiooni, mis kindlustaks liigutuste täpsuse ja koordinatsiooni. Need haiged vahivad kõndimisel hoolikalt oma jalgadele, et oma liigutusi silmadega kontrollida.

Nägemise väljalülitumisel halveneb orienteerumine ruumis otsekohe. Seetõttu pöörduvad seljaajukuivega haiged mõnikord arsti poole kaebusega, et neil olevat käimine õhtuti raskeks muutunud, hommikuti aga, kui nad pesemise ajal tahtmatult silmi sulevad, kipuvad nad tuikuma.

Refleksikaarte katkemine seljaaju ristluu-nimme piirkonnas kutsub esile komplikatsioone vaagnaelundite poolt. Haige kaebab harilikult tungiva kusepakitsuse üle, mis ei lase teda käimlani joosta, vaid sunnib sealsamas tahtmatult urineerima; vastupidi, kui ta tahab ettenägelikult varem põit tühjendada, siis õnnestub

see tal suure vaevaga, hoolimata korduvast punnestamisest. Mõnikord on pakitsused väga sagedad, teistel juhtudel eritub uriini kõigest üks-kaks korda ööpäevas. Defekatsiooni häireid esineb harvemini.

Seljaajukuive algstaadiumides konstateeritakse tugevat sugulist erutuvust, kaugelearenenud juhtudel aga sugulist nõrkust.

Seljaajukuive piinavateks sümptoomideks on *välgutaolised* sähvivad neuralgilised valud jalgades, mida mõnikord peetakse ishiaseks või «lendvaks». See on samuti seletatav seljaaju tagumiste sarvede kahjustusega, nimelt valuja temperatuuritundlikkust juhtivate kiudude ärritusega. Esinevad ka neuralgilised vegetatiivsed valud siseelundites. Kõige sagedamini esineb neid hoogvaludena maos, nn. *taabiliste mao kriisidena*. Haigel on maos põletustunne, ta oksendab, ei saa midagi süüa, joob külma vett, et seda põletavat valu veidi vaigistada.



Joon. 53. Kõnnak seljaajukuive korral. Haige astub kannale, vaatab jalgadele ja tõstab jalgu ülemäära kõrgele.

Esineb ka pärasoole, neerude, kõdisti, kõri ja südame kriise. Üldiselt pole aga kriisid, eriti ägedad, mitte kuigi sagedaks seljaajukuive sümptoomiks.

Seljaajukuive ehk spinaalse taabese eriti iseloomulikuks tunnuseks on *Argyll-Robertsoni sümptoom*, mida ei saa aga seletada seljaaju tagumiste sammaste kahjustusega. See sümptoom seisab selles, et kaob pupillide reaktsioon valgusele, kuid säilib pupilli ahenemine konvergentsi puhul. Normaalselt pupill valguse mõjul kitseneb, pimeduses laieneb. See on tingimatu refleks, mille kaar kulgeb läbi nägemisnärvi silmaliigutajanärvide tuumade juurde. Silmade seadumisel kaugele vaatamiseks pupillid laienevad; ligidal olevate esemete vaatlemisel pupillid kitsenevad (samaaegselt nihkuvad silmamunad keskjoone poole); seda nähtust nimetatakse akommodatsiooniks ja konvergentsiks. Spinaalse taabese korral areneb dissotsiatsioon (kooskõlastamatus) pupillide reaktsiooni vahel valgusele ja konvergentsi (akommodatsiooni) puhul. Peale selle võib märgata pupillide ebaühtlust: üks on suurem kui teine; pupillid on nurgelised, on oma korrapärase ümara kuju kaotanud. Väga raskeks sümptoomiks silmade poolt on nägemisnärvide atroofia, mis põhjustab lõpuks täieliku pimedaksjäämise.

Lõpuks tuleb mainida veel üht seljaajukuive sümptoomi — troofilisi muutusi luudes ja liigestes. Seoses nende häiretega esine-

vad vahel valutud, kergesti tekkivad sääreluude murrud ja liigeste haigestumine (sagedamini jalgadel) — nn. artropaatia, millega samuti ei kaasne erilisi valuaistinguid (joon. 54).

Mõnikord kulgeb seljaajukuive progresseeruvalt. Ta algab kergete sähvivate neuralgiliste valudega ja läheb siis üle nn. ataktilisse staadiumi. Ataksia süveneb üha: haige ei tunne oma jalgade liigutusi põlve- ja puusaliigestes ega suuda enam käia, ta ei saa isegi jalgadele tõusta ning on lõpuks voodi külge aheldatud. Seda



Joon. 54. Põlveliigeste artropaatia seljaajukuive puhul.

staadiumi nimetatakse paralüütiliseks, kuigi ei ole tegemist halvatusega, vaid väga tugeva ataksiaga.

Seega eristatakse seljaajukuive kolme staadiumi: neuralgilist, ataktilist ja paralüütilist. Võivad esineda ka vähem väljakujunenud sümptoomid. Haigus süveneb aeglaselt, kusjuures tema eri staadiumid kombineeruvad. Haigel võib olla seljaajukuive samaaegselt progressiivse paralüüsiga; siis nimetatakse haigust taboparalüüsiks. On kindlaks tehtud, et seljaajukuive on närvisüsteemi süfiliitilise kahjustuse tagajärg. Seljaajukuive esimesed sümptoomid ilmnevad harilikult 10—15 aastat pärast süüfilise põdemist, harvemini lühema või pikema aja pärast. Seetõttu algab seljaajukuive umbes 35.—45. eluaasta vahel. Mehed põevad seda haigust

sagedamini kui naised. Närvisüsteemi pikaajalisel ülepingutamisel ja narkootikumide liigtarvitamisel tekib seljaajukuive lühemat aega pärast süüfilisse nakatumist. Samuti nagu süüfilise teisi vorme, esineb ka seljaajukuivet meie maal käesoleval ajal harva, sest suguhaigusi põdejad kuuluvad ratsionaalselt organiseeritud dispanseerse järelevalve alla ja neile on kindlustatud õigeaegne ravi.

R a v i. Progresseeruvat tüüpi seljaajukuive raviks viiakse läbi rida spetsiifilise teraapia kuure, eriti kui veri või liikvor annab positiivse Wassermanni reaktsiooni. Organismi üldiseks tugevdamiseks määratakse arseeni-, strühniini- ja rauapreparaate.

Spetsiifilisele ravile on vastunäidustusteks tugev. ataksia, neeruhaigused ja nägemisnärvide atroofia. Niisugustel juhtudel on otstarbekohane rakendada penitsilliiniravi.

Väga tähtis on kõrvaldada või leevendada lõikavaid valusid, mis valmistavad haigele suuri kannatusi. Valuhoo ajal antakse antineuralgilisi vahendeid: aspiriini, fenatsetiini, püramidooni, analgiini, promedooli. Mõnedele haigetele mõjuvad hästi välispidised vahendid: metüülsalitsüülsalvi sissehõõrumine ja seejärel vatisse mähkimine, soojendamine sinise valgusega, soojendatud liiv, soojendaja, soe õhudušš. Pärasoole kriiside korral soovitatakse ravimküünlaid (belladonnat 0,015, oopiumi 0,03).

Haige peab hoiduma külmetamast. Ruum, kus ta elab ja töötab, ei tohi olla niiske ega külm.

Tugeva ataksia puhul rakendatakse kõrvuti tugevdava medikamentoosse raviga ka ravivõimlemist. Viimane seisab selles, et haige teeb nägemise abil kontrollides käte ja jalgadega mitmesuguseid geomeetrilisi figuure ning sammub põrandal täpselt märgitud ruutusid mööda, millega ta õpib mõõdukaid liigutusi tegema.

Hiliste süfiliitiliste haigestumiste ravi malaaria külgepookimise teel, s. t. malaariaplasmoodiumide verre viimise teel, mida progressiivse paralüüsi puhul rakendatakse edukalt, ei anna seljaajukuive korral suurt efekti.

Hiline närvisüsteemi süüfilis (taabes ja progressiivne paralüüs) võib tekkida mitte ainult omandatud, vaid ka kaasasündinud süüfilise tagajärjel, loote üsasisese nakatumise tõttu.

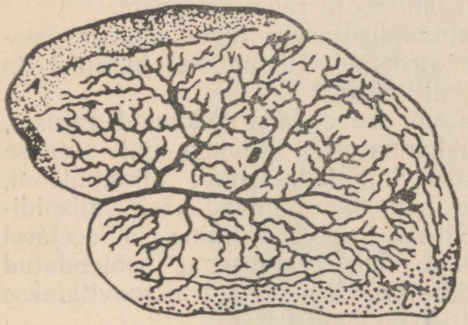
8. Aju insult *(apoplexia cerebri, insultus)*

A j u i n s u l t, a j u a p o p l e k s i a ehk ajurabandus on peaaju verevarustuse järsu häire tagajärjeks.

Peaaju poolkerasid varustavad verega kolm paari ajuartereid — eesmised, kesksed ja tagumised (vt. joon. 15). Kõige tähtsam neist on keskne ajuarter: ta varustab verega peaaegu kogu poolkera välise (kumera) osa koort (joon. 55) ja peale selle lähtuvad temast peened harukesed, mis toidavad koorealuseid närvisõlmi ja sisekihnu (joon. 56). Poolkerade välimiste osade koores asuvad peaaegu kõik analüsaatorid, vasakus poolkeras asuvad ka peami-

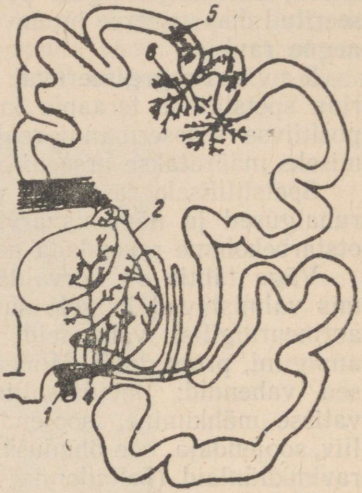
selt kõnefunktsiooniga seoses olevad süsteemid, sisekihnu kaudu aga kulgevad nii püramiidteed kui ka astsendeeruvad tundlikkust juhtivad kiud. Sisekihnu veresooned, mis on kõige õhemad ning suure vererõhu all, kahjustuvad arteriaalse vererõhu tunduva kõrgenemise korral esinevate aju vereringe rikete tõttu kõige enam (joon. 57).

Vanemas eas on võimalik rasvväärastuse (ateromatoos) taga-



Joon. 55. Arterite harunemine suuraju välispinnal (keskne ajuarter).

A — eesmise ajuarteri piirkond; *B* — tagumise ajuarteri piirkond; *C* — keskse ajuarteri piirkond.



Joon. 56. Koorealuste arterite harunemine (vt. ka joonisel 15, 4).

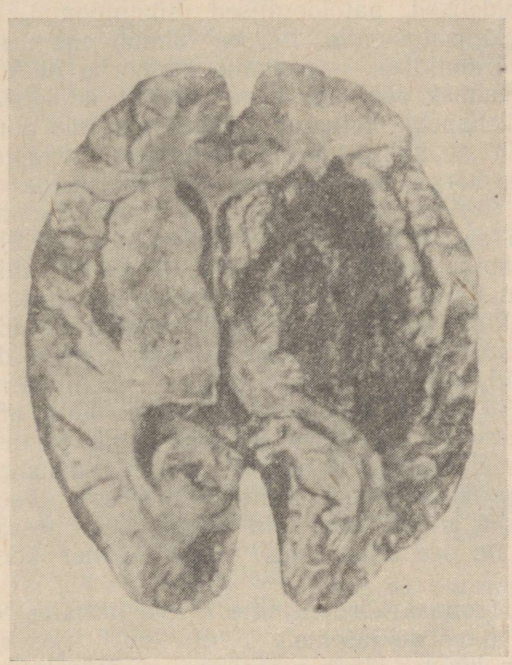
1 — sisemine unearter; *2* — lentikulo-striaarne arter (mille piirkonnas esineb verevalumeid kõige sagedamini); *3* — nägemiskühm; *4* — keskne ajuarter; *5* — ajukoore arter; *6* — koorealuse olluse arter.

järjel muutunud ja vahel lubjastunud veresooneseina rebenemine või veresoone valendiku ummistumine verehüübega, mis moodustub sama muutunud veresoone ebatasasel sisepinnal.

Noores eas on need vaskulaarsed häired kõige sagedamini tingitud süfiliitilisest nakkusest. Areneb endarteriit — veresoone seina põletikulise sisekihi vohamine, kuni soone valendik täielikult ummistub, või siis rebeneb veresoon tema seinas väikeste gummade arenemise tagajärjel.

Insuldi pildi võib anda ka aju veresoonte reumaatiline haigestumine, millega kaasneb tromboos ja mõnikord ka emboolia. Seejuures ummistub jällegi kõige sagedamini keskne ajuarter, mille tagajärjel tekib samuti hemipleegia. Nagu insult süüfilise puhul, esineb ka niisugune insult võrdlemisi noores eas. Samaaegselt aju insuldiga konstateeritakse endokardiidi (mida haige on põdenud tavaliselt mitu aastat enne aju insulti) retsidiivi; mõnikord kaasneb sellega reumaatiline polüartriit.

Niihästi lühiajaliste angiospasmide (mis põhjustavad kiiresti mööduvaid, vahel ainult mõne minuti kestvaid jäsemete halvatusi) kui ka raskete insultide kõige sagedamaks põhjuseks on hüpertooniatõbi, mis võib esineda mitte ainult vanas, vaid ka võrdlemisi noores eas. Sellepärast on vaja ägedalt kujunenud teadvusetu, komatoosse seisundi puhul (kooma — sügav uni, oimetus) teada arteriaalset vererõhku nii kooma ajal kui ka kaua enne seda, suhteliselt hea enesetunde perioodil.



Joon. 57. Verevalum keskse ajuarteri sügavate harude piirkonnas.

Veresoone ummistumine areneb enamasti pikkamööda, mõne tunni või minuti jooksul, verevalum aga tekib järsku. Verevalumi puhul kaob šoki tagajärjel kõigepealt teadvus. Täiesti ootamatult, mistahes kellaajal, tavaliselt seoses hingeliste vapustuste või füüsiliste pingutustega, s. t. momentidel, mis soodustavad juba niigi kõrge vererõhu järsku tõusu, kaotab haige teadvuse ja langeb komatoossesse seisundisse. Ta nägu muutub enamasti purpurpunaseks, hingamine kähisevaks, pulss on aeglustunud ja pingus. Mõnikord toimub rooja ja uriini tahtetu eritumine. Temperatuur jääb harilikult normaalseks. Pupillid ei reageeri valgusele, jäsemed on atoonilised, loiud. Pea ja silmad on tihti pööratud halvatud jäsemete vastaspoolele. Viimane nähtus esineb sagedamini

verevalumi korral ajukooresse või pehmekelme alla, nn. subarahnoidaalse verevalumi puhul.

Hemipleegilisel poolel ripub nina-huule vagu lõdvalt ja läheb iga väljahingamise ajal punni, mis jätab mulje, nagu suitsetaks haige piipu.

Umbes ⅓-1 juhtudest haige sureb, kui aga seda ei juhtu, siis mõne tunni või 1—1½ päeva pärast, harvemini veel hiljem, asendub komatoosne seisund soporoossega: haige ei ole veel teadvusele tulnud, kuid hakkab juba ärritustele reageerima. Selleks ajaks kujunevad koldelised patoloogilised sümptoomid, mis viitavad verevalumi lokalisatsioonile. Et see toimub enamasti sisekihtus, kus kulgeb püramiidtee — peamine motoorne juhtetee, siis selle juhtivuse katkemist põhjustava verevalumi koldeliseks sümptoomiks on ühe kehapoole halvatus — käe, jala, näo alumise poole ja poole keele lihaste kahjustumine. Niisugust hemipleegiat iseloomustab lihaste kõrgenenud toonus, kõõlusrefleksíde elavnemine ja patoloogiliste reflekside ilmumine. Parempoolse hemipleegiaga kaasneb väga sageli kõnehäire, sest vasakus poolkeras asuvad kõnetalitlust korraldavad kortikaalsed süsteemid, mis verevalumi tõttu lakkavad töötamast täpselt ja kooskõlastatult. Haige ei saa kas üldse rääkida või tal on endisest sõnavarast säilinud kõigest kaks-kolm mittemidägiütlevat sõna või silpi, näiteks di-di või ta-ta. Haige teab küll, milleks on padi, teeklaas, prillid ja muud esemed, kuid ei saa neid õigesti nimetada. See on motoorne afaasia. Puhtakujulise motoorse afaasia korral mõistab haige temale öeldud sõnu. Kui aga lisandub sensoorne afaasia, siis ei saa haige ise rääkida ega saa aru ka teiste kõnest. Puhtakujulise sensoorse afaasia korral haige ei saa kõnest aru, kuid räägib ise. Enesekontrolli puudumise tõttu on see kõne sageli väga vigane, mõnikord hoopis arusaamatu.

Et lihaste toonuse kõrgenemine ei ole ühtlane, esineb hemipleegia puhul ülemiste jäsemete kontraktuuri. See väljendub selles, et käsi on küünar- ja randmeliigesest painutatud, sõrmed on rusikasse surutud. Alumistel jäsemetel, vastupidi, on rohkem pingul sirutajalihased; seetõttu näib halvatud jalg tervest jalast pikem. Et käimisel mitte kinga ninaga takerduda, kuid jalga mitte kõrgemale tõsta jõudes sirutab haige selle külje poole, tehes labajalaga poolringe (joon. 58). See on nn. hemipleegiline kõnnak.

Vahetult pärast verevalumi tekkimist on haiged, nagu öeldakse, elu ja surma vahel. Ohtlikeks tundemärkideks on rohkem kui ööpäeva kestev komatoosne seisund, rasked hingamise häired, järsk temperatuuri kõrgenemine, krambihood, sageli arenev hüpostaatiline pneumoonia.

Tavalise verevalumi korral hakkab haige 2—3 nädala pärast halvatud jalga liigutama, 6—8 nädala pärast aga suudab ta voodist tõusta. Käte liigutused taastuvad aeglasemalt. Pikkamööda taastub ka kõnevõime.

R a v i. Haige transportimine statsionaari kohe pärast insulti on vastunäidustatud, kui aga insult tabab inimest tänaval, siis muidugi ei jää teist teed. Voodisse viia tuleb haiget väga ettevaatlikult, asetada ta selili ning tõsta pea veidi kõrgemale. Kui haige hingab korinal, siis tuleb ta küljeli pöörata; pea peale pannakse jääkott, jalgade juurde soojendaja (ettevaatust — vältida põletust!).

Ägedal perioodil tuleb jälgida südame tegevust; kui haige nägu tugevasti punetab ja vererõhk on kõrge, tuleb verd välja lasta (150—200 ml); verelaskmise asemel võib ka kaane kõrva taha panna; süstitakse 10 ml 40%-list glükoosilahust veenisse või 15 ml 25%-list magneesiumsulfaadilahust lihasesse. Kui haigel on suus hambaproteesid, siis tuleb need välja võtta, et nad teadvuseta olekus selili lamaval haigel kõrisse ei satuks.

Komatoosses seisundis haigele ei tohi kunagi midagi suhu kallata, sest vedelik võib sattuda hingamisteedesse.

Haudumuse ja lamatiste vältimiseks on vaja jälgida kuseeritust. Harilikult esineb sagedamini tahtetut kuseeritust kui kateteriseerimist nõudvat kusepeetust. Kusepeetuse võimalust arvestades tuleb aga haige vastuvõtmisel perkussiooni teel kindlaks teha kusepõie täitumuse aste, eriti kui haige pole juba kaua urineerinud.



Joon 58. Pahempoolne halvatus. Hemipleegiline kõnnak, tüüpiline halvatud jäsemete asend lihaste kontraktuuri tagajärjel.

Lamatiste vältimiseks rakendatakse üldkasutatavaid abinõusid. Tuleb hoolitseda, et haige ei lamaks kaua halvatud kehapoolel (küljeli), sest aeglustunud vereringe tõttu kahjustatud jäsemetes võivad nendele eriti kergesti tekkida lamatised.

Peab mõtlema ka soole talitlusele ja tarvitusele võtma abinõud kõhukinnisuse vältimiseks. Esimestel päevadel pärast insulti tühjendatakse sool klistiiri abil, edaspidi antakse kergelt toimivaid lahtisteid — purgeeni, isafeniini, *Cascara sagrada* ekstrakti, vaseliinõli.

Unehäirete korral antakse broomipreparaate. Umbes kümne päeva pärast alustatakse joodiravi.

Ilmselt areneva veresoonte tromboosi korral manustatakse dikumariini (kontrollides protrombiiniaega), kahel esimesel päeval 2—3 korda päevas 0,1, järgmistel päevadel 0,15—0,1—0,05, ole-

nevalt haige üldseisundist. Niipea kui märgatakse protrombiiniaja järsku lühenemist (40% alla normaalse), tuleb dikumariini andmine viivitamata katkestada; kui aga ilmnevad nina- ja parenhümatoossed verejooksud, mis võivad tekkida dikumariini üledoosimisel, tuleb otsekohe manustada K-vitamiini (vikasooli — 2 korda päevas 0,01) ja askorbiinhapet (1 ml 5%-list lahust naha alla) ning teha vereülekanne.

Meningeaalsete nähtude korral tuleb diagnostilisel otstarbel teha lumbaalpunktsioon. Vere leidumine liikvoris kõneleb subarahnoidaalsest verevalumist.

Kui haige on pärast insulti elanud kuu aega, siis tavaliselt ei ole tema elu enam ohustatud. Peaaegu mitte kunagi ei taastu aga halvatud jäsemete liigutused ja jõud täielikult, eriti vanemas eas. Sageli vajavad niisugused haiged kõrvalist abi.

Halvatud jäsemete funktsiooni taastamiseks alustatakse 7—10 päeva pärast verevalumi tekkimist passiivsete liigutuste tegemist kahjustatud jäsemete liigestes (3—5 minutit iga päev), püüdes haiget mitte väsitada; edaspidi tehakse kerget, mitteväsitavat massaaži (mitte rohkem kui 8 minutit jäseme kohta). Niipea kui haigel ilmuvad esimesed iseseisvad liigutused, võib üle minna aktiivsele võimlemisele järgmise skeemi kohaselt: 1) vastupanu passiivsele painutamisele või sirutamisele kahjustatud liigeses; 2) aktiivsed liigutused, millele samasuunaliste passiivsete liigutustega kaasa aidatakse; 3) liigutused ilma kõrvalise abita; 4) keerukamate liigutustega harjutused. See kõik on eriti tähtis juhtudel, kus on kalduvus kontraktuuride kujunemiseks.

Kontraktuuride vältimiseks on näidustatud soojad vannid kätele ja jalgadele; samaaegselt tehakse liigutusi üksikute liigeste kaupa.

Aju veresoonte reumaatilise kahjustusega haigeid ravitakse naatriumsalitsülaadiga, püramidooniga või butadiooniga (kolm korda päevas 0,15); ühtlasi jälgitakse südame tegevust.

Mõne aja (15—20 päeva) pärast võib alustada halvatud jäsemete ravikehakultuuri, mis ei koorma südant.

Pikaajalist ja visa ravi vajavad afaasiaga haiged. Mõnikord tuleb niisugust haiget uuesti õpetada rääkima, silpidest sõnu koostama.

Süfiliitilise endarteriidi tagajärjel tekkinud hemipleegia puhul annab õigeaegselt alustatud spetsiifiline ravi häid tulemusi.

9. Entsefaliit *(encephalitis)*

Entsefaliit on peaaju põletik (kreekakeelsest sõnast *encephalon* — peaaju). Eristatakse esmaseid entsefaliite, mis ei ole seoses mingi eelneva haigusega, ja teiseseid entsefaliite, mis kujutavad endast mitmesuguste nakkushaiguste komplikatsioone.

Teisene entsefaliit areneb enam-vähem kõrgenenud temperatuuri juures. Protsess avaldub kõigepealt tserebraalse haigestu-

mise üldistes sümptoomides, nagu peavalu, unisus, loidus, väsivus või, vastupidi, rahutus, mõnikord teadvuse tuhmumine. Neile võivad lisanduda ka koldelised sümptoomid, s. t. sümptoomid, mis on tingitud aju hall- või valgeolluse piiratud kahjustusest. Niisugusteks sümptoomideks võivad olla hemipleegia, afaasia, kraniaalnärvide pareesid, iseeneslikud sundliigutused.

R a v i. Raviks süstitakse veenisse 40%-list urotropiinilahust, tarvitatakse penitsilliini ja sümptomaatilisi vahendeid.

Haiguse prognoos haige elu suhtes oleneb selle nakkushaiguse käigust, millega seoses entsefaliit areneb, ning aju kahjustuse raskusest. Paranemine võib olla mittetäielik; näiteks jääb mõnikord püsima hemiparees, kujunevad jäädavad psüühika häired, krambihood.

Esmaste ajupõletikkude hulka kuulub e p i d e e m i l i n e e n t s e f a l i i t. Nii hakati teda nimetama seoses epideemiaga, mis aastail 1918—1928 haaras kogu maakera. Vastavalt ägeda perioodi kliinilisele pildile nimetatakse seda entsefaliiti ka unehaiguseks (letargiline entsefaliit), krooniliste jääknähtude korral aga parkinsonismiks (Parkinsoni nime järgi, kes kirjeldas samasugust seisundit nn. värihalvatusega raukadel). Üksikuid epideemilise entsefaliidi juhtumeid esineb ka epideemiate vaheaegadel.

Haiguse ägedat perioodi iseloomustab liigne unisus või, vastupidi, visa unetus, subfebriilne temperatuur, kahelinägemine (diploopia), sundliigutused ja mittetugevasti väljenduvate hallutsinatoorsete elamuste tulv. See periood kestab kuni kuu aega. Varsti pärast näilikku tervistumist, vahel aga mitme kuu ja isegi aasta pärast algab haiguse aeglaselt progresseeruv krooniline staadium — parkinsonism.



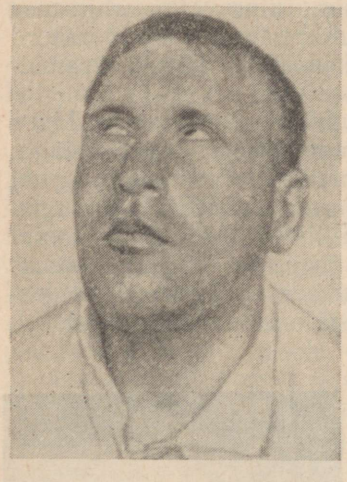
Joon. 59. Üldine jäikus parkinsonismi puhul.

Kroonilise perioodi peamisteks sümptoomideks on üldine aheldatus, jäikus (joon. 59), kõikide liigutuste pidurdatus, piiratus. Haige kõnnib aeglaselt, tegemata seejuures tavalisi kaasnevaid liigutusi kätega, nagu on tal miimikavaene otsekui mask (maskitaoline näoilme), näonahk on intensiivse rasuerituse tõttu läikiv. Tema kõne on monotoonne, kõnelemisel venitab ta üksikuid häälikuid. Alustanud mingit liigutust, haige äkki tardub; on vaja uut impulssi, et liigutus lõpule viia. Riietumisel haige pistab näiteks käe varrukasse, kuid käsi peatub poolel teel; on vaja uut pingutust, et seda liigutust jätkata.

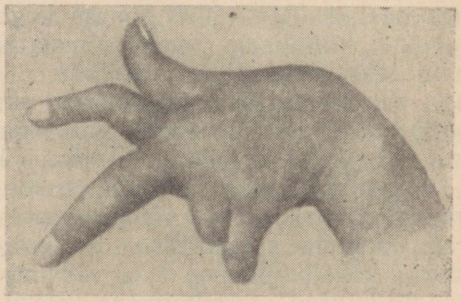
Parkinsonismi puhul täheldatakse sageli vaate spasmi. Haige

pöörab silmamunad järsku üles ega suuda neid sellest asendist välja viia (joon. 60). Niisugune sööst vältab mõne minuti, mis sunnib haiget pikali heitma. Tugeva aheldatuse taustal kujunevad mõnikord ühed või teised sundliigutused; sagedamini esineb käte või sõrmede värisemine, harvemini nende veider kramplik kokkutõmbumine. Seda tüüpi sundliigutusi nimetatakse atetoosiks (joon. 61).

Parkinsonismihaiged on harilikult tüütud, pöörduvad korduvalt ühe ning sama küsimusega meditsiinitöötajate poole, demonstreerivad korduvalt neil juba uuritud sümptoome.



Joon. 60. Pilgu spasm parkinsonismi puhul.



Joon 61. Sõrmede atetootilised liigutused.

Liigutuste ja kõne aheldatusega on seoses ka neuropsüühiline aheldatus. Parkinsonismihaigetel võib mõtlemine olla aeglustunud, mistõttu nad ei ole suutelised tõsist vaimset tööd tegema. Seda takistab ka vähene algatusvõime ja tegutsemisajendi puudumine. Sageli lisandub tunduv huvide kadumine, mäluhäire, psüühilise aktiivsuse üldine langus.

Mõnikord komplitseerib haiguse pilti kalduvus hallutsinatoorseteks elamusteks. Sageli konstateeritakse kõrgenenud kurnatust ja elementaarsete kihude häirumist, näiteks sugukihu tugevnemist või moonutumist.

Eriti tugevasti avalduvad iseloomu omapärased muutused pärast lapseeas põetud entsefaliiti. Haiged muutuvad väga kergesti erutuvaiks, tüütuiks, jonnakaiks, tunnevad vajadust alaliseks asukoha vahetamiseks, lähevad kergesti üle pisaratelt naerule ja vastupidi; niisugused haiged on sageli väga agressiivsed ning võivad sooritada asotsiaalseid ja mõttetuid tegusid.

Epideemilist entsefaliiti põdenute aju histoloogilisel uurimisel leitakse difuusne põletikuprotsess, mis on ülekaalus lokaliseerunud

hallide koorealuste moodustiste (koor, sabatuum, kahkjas kera) ja mustolluse piirkonnas ning kolmanda vatsakese seinas, kus asuvad vegetatiivsed keskused.

Ravi. Epideemilise entsefaliidi tekitajat ei ole leitud ja seetõttu ei ole ka spetsiifilist ravi. Ägedas perioodis süstitakse veenisse 40%-list urotropiinilahust (iga päev 5 ml), samuti ka penitsilliini. Kroonilises staadiumis rakendatakse sümptomaatiliste vahenditena tropatsiini kaks korda päevas 0,01, väävelhaput atropiini või skopolamiinhüdrobromiidi (lahus 1:1000), mida antakse 2—3 korda päevas 3—6 tilka. Võib kasutada atropiini koos skopolamiini ja morfiiniga:

Rp. Sol. Scopolamini hydrobromici 1:1000
Sol. Atropini sulfurici 1:1000
Sol. Morphini hydrochlorici 1:100 āā 5,0
MDS. 2 korda päevas 3—5 tilka.



Joon. 62. Longus pea kaelalihaste atroofia tõttu pärast kevad-suvise entsefaliidi põdemist.

Head mõju avaldab ka okasõunalehtede (Fol. Daturae stramonii) kasutamine pillidena 2—3 korda päevas 0,05—0,1. Rasketel juhtudel vajavad kroonilised haiged erilist hoolitsust: neid tuleb sööta, rõivastada, talutada.

Esmaseks entsefaliidiks on ka kevad-suvine puuk- ehk taiga-entsefaliit, mida viimastel aastatel on hästi tundma õpitud.

On kindlaks tehtud, et selle entsefaliidi põhjuseks on viiruseline infektsioon. Tema edasikandjaks on kevadel ja suvel paljunev puuk, keda närilistega (oravate, jäneste ja burundukkidega) asustatud taigametsades leidub ülirohkesti. Need närilised on viiruse kandjateks. Puugid imevad viirust verega sisse ja inimest hammustades nakatavad teda. Haigestuvad harilikult metsas töötavad inimesed. Haigus areneb ägedalt 5—6 päeva pärast nakatatud puugi hammustust ja kulgeb mitme päeva jooksul kõrge temperatuuriga; palaviku haripunktil arenevad lõdvad halvatused, kõige sagedamini käte ja kaela lihastes.

Rinnale longu vajunud pea ja ühe või mõlema käe lihaste atroofia on haiguse lõppe kõige sagedamaks pildiks (joon. 62). Mõnikord nenditakse bulbaarseid halvatusi ja psühhootilisi nähtusi.

Real juhtudel kujuneb Koževnikovi tüüpi epilepsia. See epilepsia on saanud oma nimetuse kodumaise neuropatoloogia rajaja A. J. Koževnikovi nime järgi, kes aastal 1894 esimesena kirjeldas seda haigusseisundit. Selle puhul täheldatakse teatavas lihaste rühmas alalisi krampide tüüpi sundliigutusi, mis päevade ja nädalate kestel järk-järgult intensiivistuvad ja üldiseks epileptiliseks krambihooks üle lähevad.

Esineb juhtumeid, kus pärast ägeda perioodi möödumist aasta või veel pikema aja jooksul arenevad järjest uued atroofilised halvatused.

Patoloogilis-anatoomilisel uurimisel ilmneb samasugune pilt nagu poliomüelo-entsefaliidi korral, s. t. põletiku nähud pea- ja seljaaju hallolluses, nimelt eesmistes sarvedes, pikliku aju tuumades, ajukoores ja koorealustes närvikeskustes.

Täiskasvanute haigestumine, mida mõnikord diagnoositakse ägeda või kroonilise poliomüeliidina, osutub enamasti kevad-suviseks entsefaliidiks.

Ravi seisab ägedal perioodil selles, et kuni temperatuuri langemiseni süstitakse haigele iga päev endolumbaalselt rekonvalestsentide vereseerumit (5—10 ml). Seerumit võib süstida ka lihasesse (40—60 ml). Dehüdreerimiseks on näidustatud 20—50 ml 40%-lise glükoosilahuse veenisse süstimine. Arenevate halvatuste korral on näidustatud B_1-vitamiini ja proseriini süstimine (2—3 korda päevas 1 ml 0,05%-list lahust).

Profülaktikaks tuleb võidelda puukide ja näriliste kui entsefaliidi edasikandjate ja reservuaaride vastu. Puukide hammustuse vältimiseks tuleb kanda kombineeritud ülikonda, mis liibub tihedalt ümber kaela ja käte, määrida katmata kehaosi tugevasti lõhnavate ainetega, kasutada formaliinvaktsiini.

10. Korea (*chorea minor*)

Infektsioosne korea, mida varem nimetati Veiti tantsuks, on saanud oma nime kreekakeelsest sõnast *chorea*, mis tähendab tantsu või ringmängu. Harilikult haigestuvad koreasse koolieelised, 7—15-aastased lapsed, sagedamini tüdrukud. Korea esineb väga sageli koos angiiniga, endokardiidiga ja liigeste reumatismiga.

Korea on reumaatilise etioloogiaga entsefaliit, mille puhul põletikuline protsess lokaliseerub koorealustes hallides moodustistes. Haigus areneb pikkamööda. Ta avaldub esmalt mitme päeva jooksul grimassitamises, kätega mõttetute liigutuste tegemises, hajameelsuses, mida õpetajad ja vanemad peavad mõnikord lihtsalt vallatuseks. Edaspidi need sümptoomid süvenevad ja areneb rida tahtetuid, koordineerimata (kooskõlastamata) ja tarbetuid liigutusi. Tõmblevad sõrmed, käed, jalad, kere lihased ja nägu. Raskete juhtudel on seismine ja liikumine võimatu. Tõmblused esinevad ka keeles ning kõri- ja mälumislihastes, seetõttu võib neelamine ja kõnelemine olla tugevasti häiritud. Eriti rasketel juhtudel ei saa haige üldse rääkida; toitu saab ta neelata ainult tarbetute liigutuste vaibumise perioodil. Haige käed ja jalad viskuvad ühele ja teisele poole, kere ja pea võtavad kõige veidramaid asendeid. Mõnikord võib haige isegi voodist välja kukkuda. Mitte ainult korea rasketel, vaid isegi kergetel juhtudel märgatakse muutusi

lapse psüühikas: mälu ja tähelepanu häireid, kartlikkust, ükskõiksust, põhjuseta nuttu ja naeru. Haigus vältab 1 kuni 3 kuud, harva kauem.

Enamasti lõpeb haigus tervistumisega.

Korea retsidiveerub sageli, kusjuures puhangud korduvad vahel mitme aasta jooksul järjest.

Ravi. Ägedal perioodil, kõrgenenud temperatuuri puhul, seisab ravi voodirežiimis, 40%-lise urotropiinilahuse süstimises veenisse ja 10%-lise magneesiumsulfaadilahuse (3—5 ml) süstimises lihasesse, bromiidide, naatriumsalitsülaadi, aspiriini, püramidooni ja luminaali sissevõtmises, autohemoteraapias ja üldises kiirituses kvartslambiga. Raskes, rahutus olukorras haigetele manustatakse kloraalhüdraati, enamasti klistiirina. Peab mainima, et ravimitest annab kõige paremat efekti püramidoon suurtes annustes: iga päev 1,2—1,8 (s. t. 6 korda päevas 0,2—0,3) 7—8 päeva jooksul. Mõnikord määratakse 2—4 päeva pärast teine ravitsükkel. Haiged taluvad püramidooni hästi. Sagedasti annab häid tulemusi uneravi.

Et koreaga kaasneb väga sageli reumaatiline endokardiit, siis tuleb isegi võrdlemisi kergetel haigusjuhtudel pidada voodirežiimi ja lubada lapsel voodist tõusta alles pärast seda, kui on möödunud kõik nähud südame poolt.

Südameriketega isikute anamneesis ilmneb mõnikord, et nad on koolipõlves põdenud reumaatilist koread.

11. Ajukelmepõletik ehk meningiit *(meningitis)*

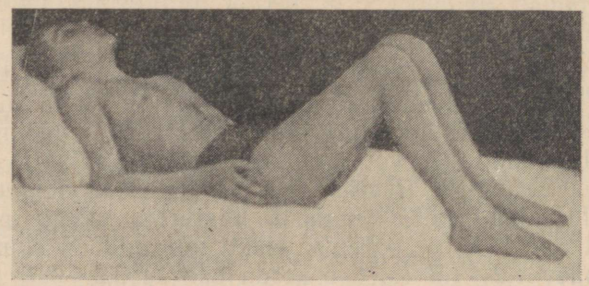
Ajukelmepõletik võib olla mitmesuguse päritoluga: tuberkuloosne, epideemiline (ehk meningokokiline), mädane ja seroosne.

Mistahes etioloogiaga meningiidi kliiniline pilt koosneb nn. meningeaalsetest nähtudest, mille taustal arenevad omapärased sümptoomid, mis on iseloomulikud üht või teist tüüpi meningiidile.

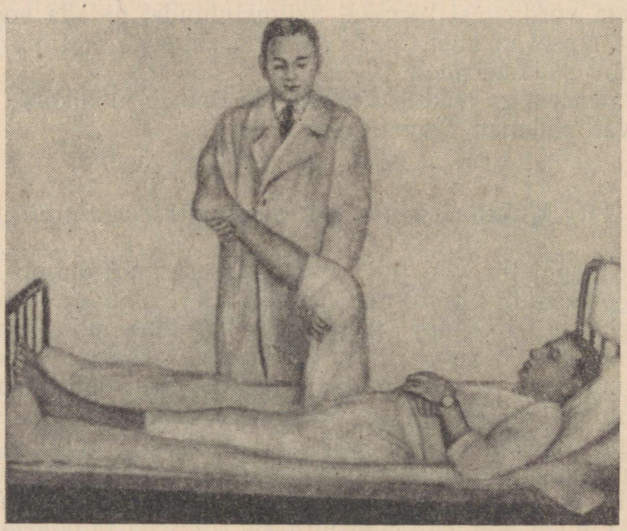
Meningeaalsed nähud on seletatavad pea- ja seljaaju kelmete ärritusega. Nad on järgmised: 1) peavalu iiveldusega, vahel oksendamisega, mis ei ole ühenduses söömisega; 2) kuklalihaste kangestus; 3) alumiste jäsemete lihaste kangestus (Kernigi sümptoom); 4) pulsi aeglustumine uitnärvi ärrituse tagajärjel; 5) liikvori koostise muutumine; 6) temperatuuri tõus; 7) teadvuse tuhmumine, nägemis- ja kuulmispetete tulv, kui mitte kohe haigestumise algul, siis selle lõpul; võib esineda ka erutusseisund.

Meningiidi ägedas perioodis on haige pea harilikult taha painutatud, rasketel juhtudel nagu padja sisse surutud; ei lähe kergesti korda pead rinnale painutada. Haige lamab, jalad vastu kõhtu tõmmatud, küljeli või selili, kusjuures rasketel juhtudel on jalad kogu aeg painutatud asendis (joon. 63). Niisugune jalgade painutus põlveliigestes seletub sääre painutajalihaste pingsusega ja on meningiidi varaseks diagnostiliseks tunnuseks. Puusa- ja

põlveliigestest painutatud jalgadega selili lamaval haigel ei lähe korda jalga põlvest täiesti sirgu ajada (Kernigi sümpoom) (joon. 64).



Joon. 63. Meningiidihaige asend; kuklalihaste kangestus, painutatud jalad, sissevajunud kõht.



Joon. 64. Kernigi sümptoomi kindlakstegemine.

Protsess võib haarata ühtesid või teisi peaajunärve, mis läbivad põletikulisi ajukelmeid. Sagedamini kui teised närvid kahjustuvad silmaliigutaja- ja eemaldajanärv. Kliiniliselt väljendub see peale kõõrsilmsuse veel kahelinägemises.

Tuberkuloosne meningiit esineb enamasti lapseeas (2.—7. eluaastal), kuid võib esineda ka täiskasvanutel. See hai-

gus on harilikult teisene ja osutub tuberkuloosse bronhadeniidi või kopsu- või sooletuberkuloosi komplikatsiooniks. Haigus süveneb pikkamööda ja kui haiget ei ravita, sureb ta kolmanda nädala lõpuks. Haigust täpselt diagnoosida aitab liikvori uurimine. Liikvor on läbipaistev, mõnikord kollakas, sisaldab palju valku ja lümfotsüüte; seismisel sadestub 5—6 tunni pärast õhuke fibriinkile, milles mõnikord leitakse tuberkuloosikepikesi.

Ravi. Viimastel aastatel kasutatakse tuberkuloosse meningiidi raviks streptomütsiini, millega osal juhtudel saavutatakse tervistumine.

Streptomütsiini ööpäevased annused lihasesse süstimiseks on kuni 3-aastastele lastele 200 000—250 000 ühikut, 4—7-aastastele 250 000—300 000 ühikut, 8—12-aastastele ja vanemaealistele 300 000—500 000 ühikut, täiskasvanutele 500 000—1 000 000 ühikut. Streptomütsiini koguannus ravikuuri kohta määratakse igale haigele individuaalselt.

Epideemilisse meningiiti haigestuvad enamasti mõne kuu kuni 5 aasta vanused lapsed. Haiguse kutsub esile spetsiifiline tekitaja — meningokokk. Meningokokid asuvad harilikult liikvoris leiduvate leukotsüütide sees. Leukotsüütide (neutrofiilide) arv liikvoris on tugevasti suurenenud, seetõttu on liikvor hägune.

Epideemiline meningiit areneb tormiliselt, algab palavikuga ja temperatuuri tugeva tõusuga. Haigus vältab keskmiselt 2—6 nädalat. Haiguse ebasoodsa käigu puhul kujuneb esimese nädala lõpuks kooma ja haige sureb ühe krambihoo ajal. Neil juhtudel, kus haiguse käik muutub soodsaks, langeb temperatuur ja algab tervenemisstaadium.

Suremus epideemilisse meningiiti on viimaste aastate jooksul sulfaniilamiidpreparaatide ja penitsilliini tarvituselevõtmise tõttu üsna madalale langenud.

Ravi tuleb alustada võimalikult varakult ja otsekohe massiivsete annustega, sest väikesed annused võivad meningokokkide resistentsust sulfaniilamiidide suhtes tõsta.

Sulfasiini annused lastele

Vanus	0—6 kuud	6—12 kuud	1—10 aastat
Esimene kord	0,5	1,0	1,5
Järgnevalt iga 12 tunni tagant	0,25	0,5	1,0

Ravikuur kestab tavaliselt 5—7 päeva. Täiskasvanutele antakse sulfasiini esimene kord 2,0—4,0, seejärel iga 4 tunni tagant 1,0, 4. ravipäevast alates iga 6—8 tunni tagant 1,0. Ravi jätkatakse harilikult kuni temperatuuri langemiseni ja veel järgneva 3 öö-

päeva vältel. Sulfasiiniga ravimisel, samuti nagu teiste sulfaniilamiidpreparaatide kasutamisel, on soovitatav tekitada kõrgenenud diurees (täiskasvanule antakse juua 2—3 liitrit vedelikku). Samasugustes annustes tarvitatakse ka norsulfasooli ja metüülsulfasiini. Head efekti annab ka penitsilliin: lastele vanusega kuni 1 aasta süstitakse lihasesse 5000—30 000 ühikut penitsilliini kehakaalu 1 kg kohta ööpäevas, üle aasta — 30 000—40 000 ühikut kehakaalu 1 kg kohta. Olenevalt haiguse vältusest ja raskusest võib ravikuur kesta mõni päev kuni kuu aega ja veel kauem.

Mõnedel haigetel, keda ei ravitud sulfaniilamiidide ja penitsilliiniga, jääb pärast paranemist üks või teine defekt: kahepoolne kurtus, vesipea kalduvusega epileptilisteks hoogudeks, vaimne mahajäämus. Prognoos on kõige halvem imikutel: ta on seda parem, mida vanem on haige, kuid elatanud isikutel on ta jälle halvem.

Peale sulfaniilamiidide tarvitamise tuleb rakendada ka sümptomaatilist ravi: pea peale pannakse külma, antakse lahtisteid, valuvaigistavaid vahendeid, tehakse sooja vanni.

Lahtistitest on vastunäidustatud naatriumsulfaat (Natrium sulfuricum), magneesiumsulfaat (Magnesium sulfuricum) ja lagritsaliitpulber, sest nende tarvitamisel võib tekkida sulfohemoglobineemia.

On vaja jälgida südame seisundit, kusepõie ja soole tühjenemist.

Tuleb meeles pidada ka võimalikke komplikatsioone kõrvade ja kopsude poolt. Haigeid peab võimalikult vähem häirima, mitte unustades, et neil on kõrgenenud nahatundlikkus, et neil võivad esineda rahutusperioodid või krambid. Väga tähtis on lamatiste profülaktika. Tuleb jälgida suuõõne seisundit. Haigele antakse peamiselt vedelat toitu.

Haiguse prognoosi tuleb määrata ettevaatlikult: on teada juhtumeid, kus igasugune lootus lapse tervistumiseks oli kadunud, kuid laps siiski paranes.

Nähtavasti kandub haigus inimeselt inimesele edasi nn. piisknakkuse teel, s. t. sülje ja ninalima piiskadega köhimisel, aevastamisel, sülitamisel, suudlemisel. Ninaneelu limaskestale sattunud nakkus tungib sealt edasi ajukelmetele. Haigust võivad edasi anda mitte ainult haiged vahetu kontakti teel, vaid ka pisikukandjad, kes haigega kokku puutudes võivad ise mitte haigestuda, kuid sageli nakatavad teisi. Sellele asjaolule tuleb pöörata erilist tähelepanu. On vajalik, et haigetega kokkupuutuvad isikud loputaksid suud ja kurku vesinikülihapendilahusega (1 teelusikatäis klaasi vee kohta) või kaaliumpermanganaadilahusega (1:1000).

Peamiseks profülaktiliseks abinõuks peab olema teadmiste populariseerimine selle kohta, kuidas epideemiline meningiit levib ja mis tähtsus on haiguste (sealhulgas meningiidi) edasiandmisel piisknakkuse teel aevastamise, köhimise, kõnelemise ajal. Samuti nagu iga haigestumise puhul, on ka meningiidi puhul tähtsaks

profülaktiliseks abinõuks töö- ja olustikutingimuste parandamine.

Mädane meningiit on teisene haigestumine. Esmasteks kolleteks võivad olla mädased protsessid kõrva, ninaneelu ja silmakoopa piirkonnas. Veel mitte väga ammu oli selle haiguse prognoos peaaegu lootusetu, viimasel ajal aga, seoses penitsilliini, sulfasiini ja streptotsiidi tarvituselevõtmisega, on see tunduvalt paranenud.

Üsna tähtis on mädase meningiidi profülaktika, mis seisab nina kõrvalõõntes (otsmiku-urge, Highmore'i urge) ja sisekõrvas esinevate mädaste protsesside õigeaegses kirurgilises ravis. Operatsioon tuleb teha võimalikult varsti pärast diagnoosi määramist.

Seroosne meningiit võib olla esmane, sagedamini aga on ta mingi üldinfektsiooni, näiteks kõhutüüfuse, kopsupõletiku või gripi tagajärjeks. Haigus algab ägeda peavaluga ja temperatuuri kõrgenemisega, mis võib vahel olla üsna tugev. Mõnedel juhtudel kulgeb protsess subfebriilse temperatuuriga. Edaspidi ilmuvad puhtmeningeaalsed sümptoomid.



Joon. 65. Vesipea (hüdrotseefalus).

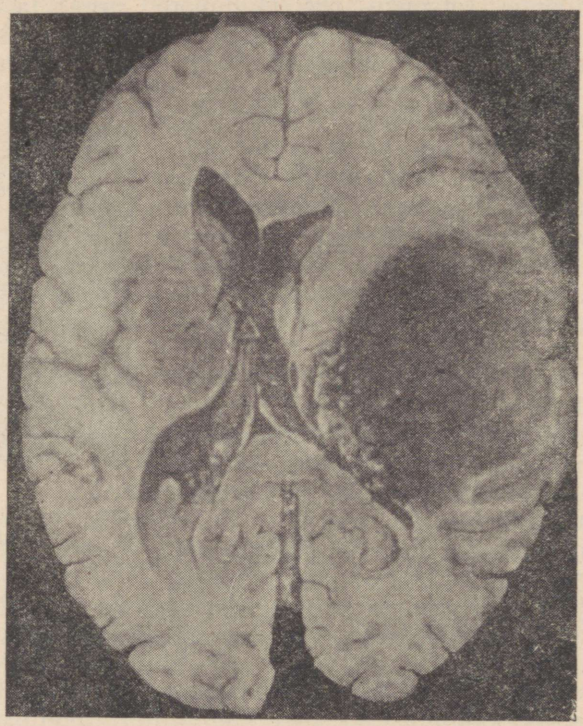
Liikvor võib olla selge, valgub välja kõrgenenud rõhu all; laboratoorsel uurimisel leitakse, et valgu ja lümfotsüütide sisaldus liikvoris on suurenenud, ei ulatu aga kunagi niisuguste arvudeni nagu tuberkuloosse meningiidi korral.

Kulg on enamasti äge. Harilikult tervistub haige mõne nädala pärast, surmaga lõppevaid juhtumeid esineb harva. On aga ka võimalik, et haigus muutub krooniliseks ja viib kroonilise vesipea arenemisele (joon. 65). Niisugustel juhtumitel võib alati oletada, et haiguse põhjuseks on süüfilis. Süüfilist põdevate vanemate lastel konstateeritakse erilist kalduvust seroosse meningiidi krooniliste vormide arenemiseks. Seetõttu etendab ravis peale lumbaalpunktsiooni ja urotropiini süstimise tähtsat osa ka elavhõbeda kasutamine. Seroosset meningiiti põdeva lapse elavhõbedaravi viiakse harilikult läbi halli elavhõbedasalvi nahasse hõõrumise kuurina.

Süfiliitiline meningiit kulgeb alaägedalt temperatuurireaktsioonita, andes üldisi meningeaalseid nähte: peavalu, mis ägeneb harilikult öösiti ja millega kaasneb vahel iiveldus, kuklakangestus ja kraniaalnärvide funktsiooni järkjärguline väljalangemine ühel või mõlemal pool. Mõnikord lisanduvad vasak- või parempoolsed hemipareesid. Vähehaaval süvenevate meningeaalsete nähtude korral tuleb analüüsida liikvorit ja verd Wassermanni reaktsiooni suhtes, samuti ka uurida üksikasjaliselt haiguse tekkimist. Ravi on spetsiifiline.

12. Ajukasvaja ja ajuabstsess *(tumor cerebri et abscessus cerebri)*

Ajukasvaja võib areneda aju mistahes osas — suurtes poolkerades, ajukeses, ajutüves, ajupõhimikul ja kortikaalsetes osades. Tuumor võib olla piiratud kasvuga ning ainult suuremal või vähemal määral naabruses asuvatele aju piirkondadele rõhuda; vastupidi, infiltreeruva kasvu puhul võib ta ajuollust lammutada ja hävitada (joon. 66).



Joon. 66. Kasvaja aju paremas poolkeras.

Ajukasvaja võib olla niihästi esmane kui ka metastaatiline.

Kõik need iseärasused tingivad haiguse eri juhtudel kliinilise pildi ja kulu laadi. On aga ka sümptoome, mis on omased mistahes lokalisatsiooniga ja laadiga ajukasvajale; need on seoses koljusisese rõhu kõrgenemisega, liikvori tsirkulatsiooni häiretega ja venoosse äravoolu takistustega. Neid sümptoome nimetatakse üldtserebraalseteks.

Kõigepealt hakkab haige tundma raskust peas, peavalu, mis on kas alaline, pakitsev või hooti ägenev. Peavaluga võib kaasneda

iiveldus või oksendamine, eriti hommikuti, seejuures sagedamini haiguse algul kui tormilise arenemise perioodil. Üsna iseloomulik on ka apaatia, unisus, loidus, psüühiline pärssimus ja uimasus. Haige muutub vähehaaval ükskõikseks nii iseenda kui ümbruse suhtes, ei alusta meeleldi jutuajamist; küsimustele vastab ta enamasti aeglaselt, pärast korduvat küsitlemist, ühetooniliselt ja loiult, või magab ühtelugu. Tõsi küll, kõik need sümptoomid on protsessi algstaadiumides nii nõrgad, et nad raskesti diagnoositavatel juhtudel vaevalt võivad abiks olla. Edaspidi on nad aga ajukasvaja peamisteks, diagnoosimisel väga väärtuslikeks tunnusteks.

Ajukasvaja ja koljusisese rõhu kõrgenemise tähtsaks objektiivseks tunnuseks on nägemisnärvi näsa turse — paisnäsa, mis tehakse kindlaks silmapõhja oftalmoskoopilise uurimisega. Liikvori ja venoosse vere äravoolu takistus kajastub ka nägemisnärvis ja võrkkestas, tekitades seal venoosse paisu ja turse.

Olenevalt kasvaja lokalisatsioonist esinevad haigel mitmesugused koldelised sümptoomid: tserebellaarne ataksia, hemipleegia, sensoorne ja motoorne afaasia, ühe või teise kraniaalnärvi kahjustus, kramplikud tõmblused käe või jala lihastes, tundlikkuse häired ühel kehapoolel. Need sümptoomid aitavad kasvaja asukohta kindlaks teha.

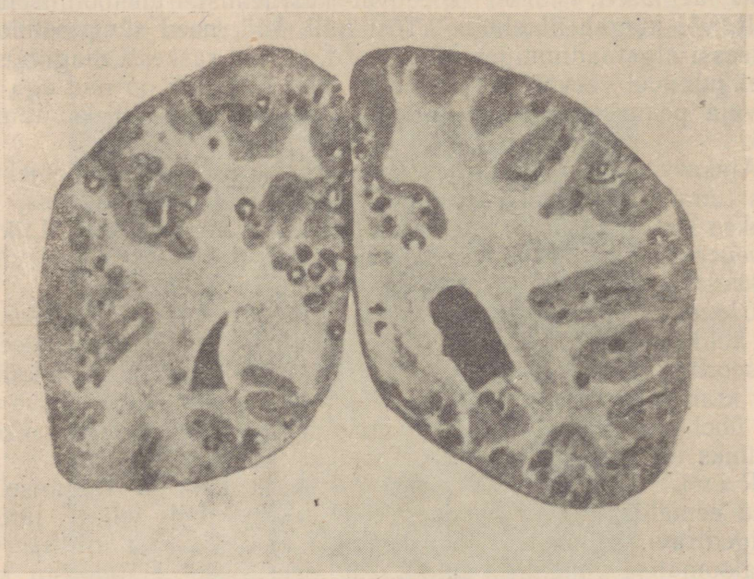
R a v i. Ainsaks efektiivseks meetodiks kasvaja ravimisel on tema eemaldamine operatsiooni teel ning vahel sellele järgnev röntgeniravi. Viimast tuleb rakendada eriti kasvaja infiltreeruva, pahaloomulise vohamise puhul, kui kirurgiliselt ei õnnestu kogu uusmoodustist tervikuna, jäägitult kätte saada. Võib esineda ka selliseid juhtumeid, kus kasvaja ebasoodsa lokalisatsiooni tõttu (näiteks ajupõhimikul, Varoliuse silla kohal) ei saa teda eemaldada. Siis tuleb piirduda röntgeniraviga ja kolju trepanatsiooniga. Metastaatilisi ajukasvajaid ei eemaldata operatsiooni teel.

Peaaju kasvajatega haigete põetamisel tuleb tähele panna nende käitumise iseärasusi; see võib arstil aidata diagnoosi täpsustada.

A j u a b s t s e s s areneb alati teiseselt. Abstsess võib tekkida kolju vigastuse korral, kui haav saastus, mäda sattumisel ajju nina kõrvalõõntest — otsmiku-urkest või Highmore'i urkest (otsmikusagara ja ajukese abstsessid), sisekõrvast (oimusagara abstsessid), ja lõpuks metastaaside tagajärjel mitmesugustes siseelundites (haavandiline endokardiit, mädased protsessid kopsudes) või jäsemete luudes (osteomüeliit) leiduvatest mädakolletest.

Mädaniku lokalisatsioonist oleneb ühtede või teiste koldeliste sümptoomide (hemipleegia, sensoorne afaasia, tserebellaarsed nähud) ilmumine. Peale selle annab abstsess ka üldtserebraalseid sümptoome, nagu rõhutud meeleolu, mõnikord ka rahutus koos teadvuse tuhmumisega, peavalu, iiveldus, krambihood, pulsi aeglustumine kõrgenenud või subfebriilse temperatuuri juures, unisus, mis letaalse lõppega juhtudel läheb üle koomaks.

Kas ajuabstsess areneb ägedalt või märkamatult, ta on alati ohtlik haigus. Ravi seisab abstsessi operatiivses eemaldamises ning seejärel sulfaniilamiidide ja penitsilliini tarvitamises. Ajuabstsessi vältimiseks tuleb põletikulisi protsesse kõrvas ja nina kõrvalõõntes õigeaegselt ravida.



Joon. 67. Mitmene tsüstitserkoos ajus.

Aju parasiite — tsüstitserke ja ehhinokokke — esineb tunduvalt harvem kui kasvajaid. Nende kliinilised sümptoomid (joon. 67) on ligikaudu samad mis kasvajatel, seepärast on raske aju parasitaarseid haigusi ajukasvajatest eristada. Diagnoosimist hõlbustab eosinofiilide hulga suurenemine veres ja nende avastamine liikvoris, kui ajus leidub parasiite; iseloomulik on ka haiguse kulg remissioonidega. Kui tsüstitserk või ehhinokokk asub otse ajukoore juures, siis võivad selle tagajärjeks olla, nagu samasuguse lokalisatsiooniga kasvaja puhulgi, Jacksoni epileptilised hood (vt. järgmine ptk.).

13. Langetõbi *(epilepsia)*

Käesoleval ajal eristatakse peamiselt kahte langetõve ehk epilepsia vormi: harilikku, omaette haigusena esinevat ja sümptomaatilist langetõbe. Iseseisev, omaette langetõbi võib alata koolieas või 15.—17. eluaastal, s. t. sugulise valmimise perioodil. Haiguse peamisteks sümptoomideks on perioodiliselt tekkivad tead-

vuse kadumise või muutumise hood, millega tüüpilistel juhtudel kaasnevad kogu keha haaravad krambid; langetõvel on kahtlemata oma põhjus, mis aga seni on selgitamata. Neil juhtudel vähehaaval arenev psüühiliste funktsioonide langus, mis mõnikord ulatub tunduva nõdrameelsuseni, võimaldab seda langetõbe käsitada omaette haigusvormina. Kui «suured» ja «väikesed» hood ning hämarolekud korduvad sageli, siis algab nõdrameelsus võrdlemisi varsti. Intellektuaalne tegevus muutub haigel üha raskemaks ja aeglasemaks, mälu nõrgeneb, kõik uus jääb halvasti meelde. Haige muutub pikatoimeliseks nii mõtlemises kui ka kogu vaimses tegevuses.

Langetõbise üheks iseloomulikuks omaduseks on tema inertsus. Ta loobub vägä visalt vanadest harjumustest, vanadest asjadest, vanadest mõtetest; ta takerdub ühtedel ning samadel muljetel ja elamustel. Haige huvipiirkond kitseneb, intellekt nürineb. Ka iseloomus toimuvad langetõbistel tunduvad muutused. Need haiged on harilikult erakordselt viisakad, imala ja lipitseva käitumisega, oma olemuselt on nad aga külmad, toorelt egoistlikud, kurjad, kadedad, kättemaksuhimulised ja erakordselt raevukad. Sageli on nad väga religioossed, kalduvad müstitsismi ja ebausku.

Langetõbiste väga iseloomulikud jooned on pedantsus, sitkus, kleepuvus; nad ei oska tabada olulist, eristada peamist teisejärgulisest, pööravad tähelepanu tühistele asjadele ja detailidele; nad segavad end igapäevase elu kõikidesse pisiasjadesse ning kaitsevad sõnades kõikjal näilikku õigust. Mõnikord väljenduvad kõik need iseloomujooned nii tugevasti, et teevad haige lihtsalt talumatuks. Seda laadi spetsiifilised isiksuse muutused on langetõvele nii iseloomulikud, et nad võimaldavad sageli haigust diagnoosida neil juhtudel, kus teised haiguse tunnused — krambihood — ei ole veel küllalt selgesti välja kujunenud. Tuleb aga silmas pidada, et kaugeltki mitte alati ei kaasne epilepsiaga nii raskeid intellekti häireid ja iseloomu muutusi.

Epileptiline hoog toimub järgmiselt. Haige kaotab äkitselt teadvuse; ta kukub, tavaliselt nägu alaspidi; seejuures võib ta saada raskeid vigastusi. Krambihoog algab toonilise faasiga: käed ja jalad sirutuvad pinguldatud olekus välja. Sellele järgneb klooniline faas — jäsemete kramplikud painutus- ja sirutusliigutused. Näolihased tõmblevad, keel on kramplikult kokku tõmbunud; seejuures satub ta kokkupigistatud hammaste vahele ja saab sageli hammustada. Et haige sülge alla ei neela, siis koguneb see suhu, moodustab vahu ja valgub suust välja; kui haige on keelde hammustanud, on sülg veresegune.

Kramp haarab ka hingamislihased ja hingamine on raskendatud; nägu on algul kahvatu, siis aga muutub sinkjaks. Pupillid on laienenud, ei reageeri valgusele. Krambihoo ajal toimub sageli tahtetult kuse, vahel ka rooja eritumine. Kramplik seisund vältab tavaliselt 1½—2 minutit. Erakordselt tugev hoog kutsub esile ägeda kurnatuse ja difuusse pidurduse — une, mis võib kesta ½—1

tunni ja kauem. Ärgates haiged tavaliselt ei mäleta, mis nendega juhtus.

Pärast haiguse hoogu täheldatakse mõnedel haigetel mitme päeva jooksul kõrgenenud erutuvust, väsimust, üldist haigustunnet, peavalu, psüühiliste funktsioonide mõningat aeglustumist.

Vahel esinevad epileptilised hood ainult öösiti, s. t. une ajal, nii et haige teab nendest ainult ümberolijate sõnade järgi.

Haiguse hoog ei alga alati täiesti ootamatult. Mõnikord eelneb sellele eeltunnuste periood ehk nn. epileptiline aura (*aura* — puhang), kõige sagedamini mitmesuguste aistingute näol. Aura võib avalduda ebameeldivate paresteesiatena ühes või teises jäsemes, teatava lõhna või maitse tundmises, nägemisaistingutes. Aura ajal võib haige tajuda ümbritsevaid esemeid suuremateena või vähematena kui nad on tegelikkuses, moonutatult. Sageli võivad aura ajal esineda lühiajalised kuulmise häired, näiteks kurtus ühes kõrvas, või haige kuuleb müra, vilet, hüüdeid nimepidi. Lõpuks, võivad esineda omapärased elamused: haigele näib, et kunagi, kusagil on ta näinud sama kohta, kõik asjad asusid samuti, oli samasugune kõnelus, midagi on üldse väga sarnane varem läbielatuga, kuid haige ei suuda meenutada, kus ja millal nimelt see oli.

Mõnikord kestab epileptiline aura kõigest mõne sekundi, teistel juhtudel kauem, nii et haige jõuab minna voodini ja teatada ümberolijaile läheneva hoo saabumisest. Harvadel juhtudel piirdub kogu asi ainult auraga, ilma et järgneks krampe.

Patogeneetiliselt seletatakse epileptilist hoogu kui kiiresti vallapuhkenud erutust, mis kaua aega kuhjus kortikaalses liigutusanalüsaatoris, selles peaaju suurte poolkerade kõige tugevamas punktis, mis virgeseisundis kogu aeg töötab või on ootel. Langetõbisel on liigutusanalüsaatori toonus ebanormaalselt kõrgenenud, nimelt seal lokaliseerub patoloogiliselt inertse ärritusprotsessi kõige enam väljakujunenud kolle. Mingi tühise lisanduva ärrituse korral «läheb see kõrgenenud toonus üle juba ilmseks ning ägedaks talitluseks». Langetõvele on iseloomulik erakordne jõud, plahvatavus ja perioodilisus.[1]

Peale suurte krambihoogude võivad haigel esineda ka väikesed hood. Mõnikord ilmnevad ainult väikesed hood, mis on väga mitmekesised. Vahel avaldub haiguse hoog järgmiselt. Ümberolijad märkavad, et haige vestluse ajal äkki katkestab mõneks sekundiks oma kõne, vahib ühte punkti, on otsekui ajutiselt äraolev, seejärel aga, justkui poleks midagi juhtunud, jätkab katkestatud kõnelust. Juhtub ka nii, et pärast väikest hoogu tunneb haige mõningat rammetust ja nõrkust.

Teadvuse kerge tuhmumise ja raske krambihoo vahel on igasuguseid üleminekuvorme. Vahel piirdub kogu hoog sellega, et haige kaotab teadvuse, langeb maha ja tal tekivad kerged kramplikud tõmblused näos või käes; kõik see toimub lühikese aja jook-

[1] Павловские среды, изд. АН СССР, 1949. Среда 18 апреля 1934 г.

sul. Teinekord avaldub haiguse hoog selles, et haige äkki kahvatab; vahel tuhmub tal teadvus ja ta püüab kuhugi joosta.

Epilepsia puhul esineb ka pikemaajalisi hämarolekuid. Niisuguses seisundis haige ei anna endale aru oma käitumisest. Ta võib hakata avalikus kohas lahti riietuma, hüpata riietega vette jne. Sellises hämarolekus (vt. «Psühhiaatria») võib haige teise linna sattuda ja seal isegi kuriteo korda saata. Kui haige on jälle normaalsele teadvusele tulnud, ei mäleta ta toimunust midagi. Niisugused haiged satuvad sageli kohtupsühhiaatrilise ekspertiisi alla, et selgitada, kas nad on kohtulikult vastutavad toimepandud kuriteo eest.

Epileptilised hämarolekud võivad avalduda ka tugeva psüühilise erutuse hoogudes, mis on seotud ebamäärase hirmuga, kohutavate nägemustega; viimased võivad haigeid sageli ajendada agressiivseteks tegudeks ümberolijate vastu.

Sellised seisundid kestavad mõni tund kuni mitu päeva.

Et kirjeldatud hämarolekud asendavad suurt epileptilist hoogu, siis nimetatakse neid epilepsia ekvivalendiks; ekvivalentide hulka kuuluvad ka haigel esinevad meeleolu häired. Kliiniliselt avalduvad need häired järgmiselt: haiged hakkavad ootamatult, näilikult täielikus heaolus, ilma nähtavate põhjusteta tusatsema, tüli norima. Äärmiselt erutatud olles muutuvad nad tigedaks ning võivad sellises seisundis olla agressiivsed. Näiteks keegi haige, kes tavaliselt oli isegi üleliia viisakas, muutus pinguldatuks, rääkis, et ta olevat «viha täis», jooksis mööda koridori edasi-tagasi, käed rusikas, või heitis voodisse, kattis pea patjadega ja sosistas hambaid kiristades: «Ärge lähenege, tapan!» Mõne aja pärast tasakaalustus see seisund ja haige, tundes nõrkust kogu kehas, uinus magama.

Epilepsia mõistet laiendades arvavad mõned uurijad ka laste öised hirmud selle hulka. Täielikult ärkamata tõuseb laps voodis istuli, vahib kohkunud silmadega, tõrjub midagi eemale, räägib seoseta sõnu ning uinub uuesti. Peab aga märkima, et samasuguseid nähtusi esineb ka neuropaatilistel lastel.

Samuti on raske kindlaks teha, kas epilepsia hulka kuulub ka nn. lunatism ehk kuutõbi, kui laps ärkamata tõuseb voodist üles, käib mööda tuba, sooritab keerukaid, vahel mõttetuid toiminguid, läheb tänavale jne. Muide, tuleb öelda, et jutud lunaatikute imelikkudest «kunsttükkidest» on harilikult liialdatud ja isegi lihtsalt väljamõeldised. Mitte midagi ebaloomulikku nende käitumises ei ole. Nende ajukoor on ikka veel pidurdusseisundis, kuna koorealune on unest väljunud; lunaatik viibib osalises unes ja kogu tema tegevus toimub automaatselt. Seetõttu võib ta ilma igasuguse kartuseta käia näiteks suures kõrguses mööda kitsast lauda. Oleks see laud maas, kõnniks igaüks meist seda mööda ilma igasuguse kõikumiseta ja tasakaalu kaotamata, kõrguses aga takistab meid selles hirm ja enesekindluse puudumine.

Vaieldav on ka küsimus, kas epilepsia hulka kuulub hooti esinev vastupandamatu unisus, nn. narkolepsia. Haigel tekib vahel

isegi mitu korda päevas omapärane lühiajaline unisusseisund; ta ei jõua ünele vastu panna ja mõne minuti või sekundi vältel ei suuda isegi jäsemeid liigutada; silmad on tal suletud. Haige ise on sellest olukorrast teadlik ja kirjeldab seda üksikasjaliselt. Nähtavasti on see haiguse iseseisev vorm.

Kõige raskem epilepsia vorm on see, mille puhul üks hoog järgneb teisele. Vaheaeg hoogude vahel on nii lühike, et haige ei jõua üldse teadvusele tulla; see on nn. *status epilepticus*, epileptiline seisund, mis võib kesta mitu tundi ja isegi mitu päeva. See seisund on väga ohtlik, sest ta ei ole mitte alati arstiabiga mõjutatav ja võib lõppeda surmaga.

Enamik langetõbiseid on hoogude vaheaegadel nii füüsiliselt kui ka vaimselt praktiliselt terved. See kehtib eriti haigete kohta, kellel hood esinevad harva. Neil juhtudel aga, kui haigus on juba kaua kestnud ja hood korduvad sageli, ilmnevad psüühika muutused eriti selgesti.

Epilepsia põhjused ei ole veel päris selged. Paljudel haigetel tekivad haigushood nähtavasti üsasisese entsefaliidi, sünnitraumade ja lapseeas põetud entsefaliidi tagajärjel. Haigete isikute vanemate anamneesis esineb sageli raskekujulist neuropaatiat, vaimuhaigusi, alkoholismi.

Arvatakse, et on tegemist ainevahetuse häiretega ja vegetatiivse-vaskulaarse aparaadi omapärase laadiga. Iga haigushoo tekkimist epilepsia puhul seostatakse aju veresoonte spasmiga, mida on õnnestunud objektiivselt konstateerida haigetel operatsiooni ajal.

R a v i. Langetõbiste raviks kasutatakse selliseid ravimeid, mis vähendavad närvisüsteemi — ajukoore ja koorealuste moodustiste — erutuvust: luminaali (0,05—0,1 ööseks või õhtul ja hommikul), dilantiini (3 korda päevas 0,1), naatriumbromiidi. Ravi peab teostama kaua ja visalt, kuude ja aastate vältel.

Sagedate hoogude esinemisel, kui muud ravimeetodid ei anna tulemusi, on otstarbekohane arsti järelevalvel läbi viia ravi Karmanova pillidega järgmise skeemi kohaselt. Sagedate hoogudega raske epilepsia vormi puhul (rohkem kui 5 hoogu kuus) antakse esimese 40—50 päeva jooksul 3 korda päevas üks tablett nr. 1 (mis sisaldab suurel hulgal ingrediente); iga tableti peale võetakse üks lusikatäis järgmise koostisega mikstuuri:

Rp. Codeini phosphorici 0,2
Adonileni 5,0
Natrii bromati 8,0
Calcii chlorati 10,0
Aq. destill. 200,0
MDS. 3 korda päevas 1 supilusikatäis

Edaspidi vähendatakse ravimite hulka järk-järgult: 25 päeva jooksul antakse igal kolmandal päeval kolme tableti asemel kaks, järgneva 25 päeva vältel antakse juba kahel päeval kolmest kaks

tabletti, seejärel 25 päeva jooksul antakse iga päev kaks tabletti. Selle aja möödumisel minnakse üle luminaali (annuses 0,1) ja sama mikstuuri kasutamisele 2 korda (lastele 1 kord) päevas poole aasta jooksul. Kui seisund paraneb, lõpetatakse ravi järk-järgult.

Keskmise raskusega epilepsia juhtudel (kuni 5 hoogu kuus) võetakse 40—50 päeva jooksul neidsamu ravimeid 2 korda päevas, vähendades samuti järk-järgult nende sissevõtmise sagedust.

Epilepsia kerge vormi korral (hood esinevad mitte sagedamini kui 1 kord kuus) määratakse tabletid nr. 2 koos sama mikstuuriga 3 korda päevas 30—40 päevaks; edaspidi vähendatakse ravimi hulka järk-järgult.

Karmanova pillid on eriti efektiivsed sümptomaatilise epilepsia traumaatilise vormi korral. Seda ravi ei tohi läbi viia peaaju sügavamate orgaaniliste kahjustuste korral, nagu kasvajad, progressiivne paralüüs, või siseelundite mõnede haiguste puhul, nagu haavandtõbi, maksa- ja neeruhaigused, dekompenseeritud südamerikked, arterioskleroosi ja arteriaalse hüpertoonia rasked vormid. Vastunäidustusteks on ka hüsteerilised hood. Samuti tuleb arvestada nende pillide individuaalset talutavust ja suhtelist toksilisust.

Häid tulemusi annab pikaajaline ravi (kuni 6 kuud) Sereiski pulbritega:

Rp. Coffeini natrio-benzoici 0,015
Papaverini hydrochlorici 0,03
Luminali 0,05
Bromurali 0,2
Calcii gluconici 0,5
MDS. Üks pulber päevas

Samaaegselt on soovitatav anda haigele vitamiine.

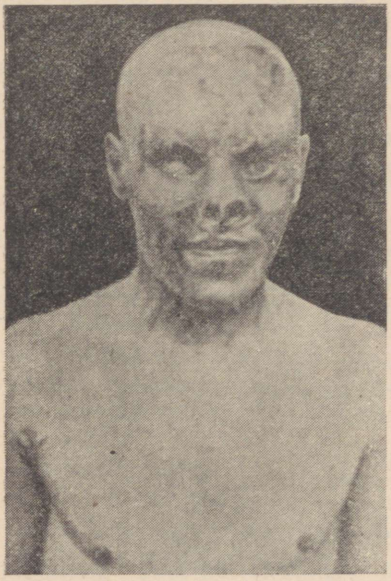
Langetõbine peab järgima erilist režiimi: vältima üleliigset väsimist, mitte öösel töötama, mitte suitsetama, toidust välja jätma kõik ärritavad ained — alkohoolsed joogid ja vürtsid. Kõigist abinõudest hoolimata õnnestub harva krambihooge täiesti likvideerida, kuid süstemaatilise ravi ja õige režiimi korral paraneb haige seisund rõhuval enamikul juhtudest tunduvalt.

Eriti aktiivset ja viivitamatut ravi vajab haige *status epilepticus*'e korral. Niisugustel juhtudel on näidustatud klistiirid kloraalhüdraadiga (1—2 korda päevas, 2,0—3,0 50 ml vee kohta), heksenaal — 1,0 25 ml vee kohta klistiirina või 1,0 10 ml destilleeritud vee kohta veenisse (heksenaali lastakse välja pulbrina kinnijoodetud ampullides à 1,0; enne tarvitamist lastakse ampulli süstla abil 10 ml sooja steriilset destilleeritud vett). Kui need abinõud ei aita, tehakse lumbaalpunktsioon.

Krambihood, mis on epilepsia peamiseks sümptoomiks, esinevad sageli ka peaaju teiste orgaaniliste haiguste avaldusena. Näiteks ajukelmete süüfilise, ajukasvaja, koljuluude ja kolju sisaldise traumaatilise kahjustuse korral võivad esineda krambihood, mida nime-

tatakse sümptomaatiliseks epilepsiaks ehk epileptiformseteks hoogudeks.

Neil juhtudel algab haigushoog sageli mingi lihaste rühma tõmblustest, näiteks näos, käes või jalas, kusjuures haige on esialgu selgel teadvusel. Vähehaaval irradieerub ärritus üle kogu ajukoore; sellele vastavalt haarab hoog ka kõik teised lihased ja lõpeb üldiste krampidega. Sellist hoogu nimetatakse Jacksoni epilepsiaks. Krampide generaliseerumist ei tarvitse iga kord olla.



Joon. 68. Haigushoo ajal saadud põletushaavade armid langetõbisel.

Sellise hoo ajal on liigutusanalüsaator patoloogiliselt inertse ärritusprotsessi seisundis, on olemas piiratud erutuskolle, milleks võib osutuda peaaju kasvaja, traumaatiline armkude ajukelmetes, tsüstitserk või tsüst. Ravi seisab sel korral ühelt poolt krampide peamise põhjuse (kasvaja, armkoe, võõrkeha) operatiivses eemaldamises, teiselt poolt protsessi medikamentoosses ravis.

Niisugusel juhul vajab haige samasugust hoolitsust nagu mistahes muu epileptilise hoo ajal.

Teenindav personal peab oskama epileptilist hoogu hüsteerilisest eristada, sest hoog võib inimest tabada ka arsti äraolekul, vahel aga on tähtis antud haigel hoo õiget laadi ära tunda.

Epileptilise hoo ajal kaob haigel teadvus täielikult ja ta võib end kukkudes vigastada, vastu kuuma pliiti põletada jne. (joon. 68). Hämarolekus võib haige osakonnast välja joosta, teha mõttetuid ja ümberolijate suhtes ohtlikke tegusid. Sellest järgneb, et langetõbiste suhtes peab personal alati olema eriti tähelepanelik.

Teadvuse sügava kadumise objektiivseks tõendiks on reflekside kustumine ja pupillide mittereageerimine valgusele — nad ei ahene valgusallika lähendamisel. Hüsteerilise hoo ajal, mille puhul teadvus ei kao, on pupillide reaktsioon valgusele säilinud. Hüsteeria puhul haige ei vigasta end, ei urineeri, ei hammusta keelde, kuid sageli hammustab huultesse. Kui ta juhtubki keelde hammustama, siis ainult päris otsast, aga mitte külgedelt. Hüsteeriline hoog kestab kauem, sellega kaasnevad oiged ja karjed, veiderdamine, peale klooniliste krampide paindub sageli kogu keha looka; meditsiinilise personali lähenemisel krambid tugevnevad. Hüsteerilise hoo ajal on

sundliigutustel teatav mõte, vorm, mis haige elamusi sageli pantomiimiliselt väljendab. Pärast hüsteerilist hoogu ei järgne sügava une perioodi. Hüsteerilise hoo seos vahetult eelnenud psüühilise traumaga ei ole alati diferentsiaaldiagnostiliseks tunnuseks, sest ka epileptilise hoo võib vahel esile kutsuda ebameeldiv elamus.

Väga näitlik on see, kuidas hoog lõpeb: epilepsia puhul on kerge märgata haige hämmastust, mittetäielikku orienteerumist ümbritsevas olukorras, ebaselget, raskepärast kõnet.

Tähtis on ka jälgida haige silmi hoo ajal: hüsteeria puhul põikab pilk vaatleja eest kõrvale, silmamunad pöörduvad üles või külje poole; haige aktiivse vastupanu tõttu ei õnnestu laugusid avada. Kui aga epileptilise hoo ajal silmalaud üles tõsta, siis on näha, et pilk on elutult ette suunatud.

Lapseeas võib algav epilepsia kulgeda atüüpiliselt; näiteks esineb harva väljakujunenud suur krambihoog. Sagedam on abortiivne hoog, kus teadvuse sügava tuhmumise juures võivad kramplikud tõmblused olla üsna nõrgad, ilma tooniliste ja klooniliste krampide tavalise seaduspärase vaheldumiseta. Seetõttu võib epileptiline hoog lastel meenutada pigemini minestust, kusjuures võrdlemisi tihti ilmuvad stereotüüpsed liigutused, näiteks keha pöörlemine ümber oma telje, paigaltammumine, ühe ja sama sõna kordamine.

Epileptiliste hoogude ekvivalendid avalduvad lastel sageli ootamatus meeleolu häires: laps muutub talumatuks, kapriisseks, kurjaks. Nende hulka kuuluvad ka hämarolekud unes käimise näol, kui laps tõuseb öösel voodist ja võib toast lahkuda, või ta ärkab kohkumisest, hirmust, püüab ära joosta, kinnihoidjaile vastu panna.

Epilepsia diagnoosimisel lapseeas peab olema väga ettevaatlik ja meeles pidama, et selles eas tekivad epileptiformsed krambid erakordse kergusega väga mitmekesistel põhjustel. Näiteks tooniliste ja klooniliste krampide esinemine varaealistel lastel võib olla keerukate ainevahetuse häirete avalduseks kõrvalkilpnäärmete puudulikkuse puhul. Seda spasmofiiliaks nimetatavat haigust esineb imikueas, teise eluaasta lõpuks kaob see aga jäljetult. Spasmofiilia raviks kasutatakse kalamaksaõli, fosforiühendeid, vitamiine.

Peale selle algavad ägedad nakkushaigused ja mürgitused toidumürkidega lastel sageli krambihoogudega. Lõpuks võivad krambid kaasneda närvisüsteemi orgaaniliste haigustega (meningoentsefaliidid, arahnoidiidid) ja mao-soole trakti intoksikatsioonidega (soolenugilised, kroonilised koliidid). Krambisündroomide kergesti tekkimine lapseeas on nähtavasti seoses mitte küllalt arenenud pidurdusprotsessiga ja, vastupidi, erutuse kiire irradieerumisega mööda ajukoort.

14. Ajuvapustus ja ajupõrutus *(commotio cerebri et contusio cerebri)*

Aju traumad ei ole harvaks nähtuseks ka rahuajal, eriti suure liiklusega tihedalt asustatud linnades, sõjategevuse perioodil esi-

neb neid aga massiliselt. Nende traumadega võivad kaasneda välispidised vigastused: pea nahahaavad, koljuluude lõhenemised ja murrud.

Koljupõhimiku murdude korral esinevad harilikult samaaegse limaskestade ja veresoonte vigastuse tõttu verejooks ninast ja kõrvadest, verevalumid silma sidekestas ja ulatuslikud verimuhud silmakoopa ümbruses.

Ajupõrutus (kontusioon) kulgeb teatavate koldeliste sümptoomidega, mis olenevad ajukoe lõmastumisest löögi kohal või isegi vastulöögist kaugemal asuvates piirkondades (kuhu aju paisatakse), tekivad verevalumid ajuolluses ja hematoomid ajupõhimikul või -võlvil. Ajuollust vigastavad kuulihaavad annavad umbes samasuguseid koldelisi sümptoome. Aju suurema kahjustuse korral vajab haige viivitamata neurokirurgilist abi.

Sõjaaegsete ajupõrutuste ja kolju-aju haavamiste korral seisab esmaabi järgnevas: verejooksu peatamine, haava esmane korrastamine, sideme pealeasetamine ja teetanusevastase seerumi süstimine. Meditsiinilis-sanitaarses roodus tehakse haigele aseptiline side (kusjuures võõrkehade osade eemaldamine, kolju haava sondeerimine ja tampoonimine on rangelt keelatud) ning saadetakse ta spetsialiseeritud hospidali. Niisuguseid haigeid on kõige parem transportida kanderaamidel, kaugete vahemaade taha aga lennukitel (kuni 2000 m kõrgusel), kusjuures liigne põrutamine on välditud; sobiv on ka veetransport. Haige peab transportimisel olema lamavas asendis. Talle pannakse pea alla padi või mitte pungil täidetud liivakott; arvestades, et haige võib hakata oksendama, pööratakse ta pea küljele.

Sõjaolukorras toimub haava esmane kirurgiline korrastamine meditsiinilis-sanitaarses pataljonis või spetsialiseeritud hospidalis, tsiviilelanikele aga haigla vastuvõturuumis või haavaosakonnas.

Ajuvapustuse üheks peamiseks tunnuseks on teadvuseta olek, mis tekib vigastamise momendil ja kestab mõni minut kuni mitu tundi ja isegi rohkem kui ööpäeva.

Korduv oksendamine, aeglustunud pulss (kuni 48 lööki minutis ja veel vähem), Kernigi sümptoom, kuklakangestus — kõik need sümptoomid esinevad ajuvapustuse korral ja on kirjeldatud juba meningiite käsitlevas peatükis. Nad kõik on tingitud üldisest ajutursest täppverevalumitega, ajukelmete tursest ja liikvori intensiivistunud produktsioonist.

Teadvusele tulles haige harilikult ei suuda meelde tuletada katastroofile eelnenud sündmusi, ei tea, kuidas ta sattus haiglasse, ei suuda öelda oma nime, ei mäleta oma elu- ega töökohta jne. See retrograadne amneesia kaob vähehaaval, päevpäevalt, haige hakkab kõike jälle mäletama, kuid sageli langevad mälust jäädavalt välja traumaga seoses olevad ja sellele vahetult eelnenud sündmused. Haige kaebab peavalu, kerge iivelduse, pea-

pöörituse üle. Vähehaaval vaibuvad kõik nähud ning aju vapustuse kergetel ja keskmise raskusega juhtudel lõpeb haigus peaaegu täieliku tervistumisega.

Kui koos ajuvapustusega toimus ka aju muljumine, võivad mitmed sümptoomid püsida kuude kaupa. Kõige kauemini kestab peapööritus. Nähtavasti on see tingitud sisekõrva poolringkanalite kui õrna aparaadi anatoomilisest kahjustusest. Kauaks ajaks kaob ka haistmine, kui see häire esines juba ägedal perioodil.

Mõnedel juhtudel võib trauma tagajärjel areneda äge psühhoos. Täieliku teadvusetuse periood kestab mõni tund kuni kaks-kolm päeva; seejärel kujuneb delirioosse seisundi pilt: tekib nägemis- ja kuulmishallutsinatsioonide tulv, ilmuvad fantastilised, seoseta, enamasti hirmutavad luuluelamused, millega kaasneb kõne- ja motoorne rahutus.

Seejärel võib areneda Korsakovi amnestiline sündroom (vt. «Psüühiliste haiguste sündroomid»).

Ajuvapustuse rasketel juhtudel haige sureb teadvusele tulemata. Sõjaaegsed kontusioonid, mis tekivad õhulaine löögist mürsu lõhkemisel, jätavad sageli kauemat aega püsivaid tagajärgi. Visa peavalu, peapööritus, müra mittetalumine, apaatsus, rõhutud meeleolu, kogelemine ja rida vegetatiivseid häireid, nagu akrotsüanoos, higistamine, tahhükardia, hingeldus, jäävad püsima paljudeks kuudeks. Orgaanilised sümptoomid põimuvad psühhogeenselt tingitud sümptoomidega. Veider kõnnak ja sundliigutused ületavad siin ajukoore ja koorealuste aparaatide kahjustuse korral tekkivate häirete piirid. Traumeerituil sageli esinevad epileptilised hood meenutavad sellistel juhtudel hüsteerilisi hooge. Mõnikord aga kaasnevad nendega tugevad vegetatiivsed nähud (näiteks higistamine), mis lubab kõnelda vaheaju funktsiooni häiretega seoses olevast epilepsiast.

Pärast ajuvapustust või -põrutust arenevad osal haigetel kergesti hüsteerilised reaktsioonid. Nende arenemise mehhanism on tingitud sellest, et trauma tagajärjel tekib peaajus laialdaselt irradieeruv pidurdus. Kolm üksteisele alluvat neurodünaamilist süsteemi (koorealune, esimene ja teine signaalisüsteem) ei vabane seejuures pidurdusseisundist üheaegselt. Kõigepealt vabaneb pidurdusseisundist koorealune, seejärel ajukoor, kusjuures viimasena vabaneb teine signaalisüsteem. Tähendab, subkortikaalne talitlus toimub ilma vajaliku kontrollita ajukoore poolt ja võib ajutiselt isegi prevaleerida veel mitte täielikult funktsioneeriva koore üle. Koorealuste ja esimese signaalisüsteemi funktsioonide ülekaal teise signaalisüsteemi funktsioonide suhtes on hüsteeriliste sündroomide kõige iseloomulikum joon. Kommotsioonijärgne kurttummus (surdomutism) on selle tagajärg, et pidurdus püsib kõige kauem teises signaalisüsteemis. See tingib kauakestvaid kõnehäireid.

Pärast traumat arenevad sageli ja säilivad kaua aega visad jääknähud asteenilise seisundina, mis võib kesta isegi aastaid ning

avaldub kõrgenenud psüühilises kurnatavuses (kurnatus tekib kergesti nii füüsilise kui ka vaimse pingutuse korral), väsimuses, üldises nõrkuses, üldises psüühilises labiilsuses, nutlikkuses, ärrituvuses, mis läheb äärmise raevukuseni. Seejuures täheldatakse ka vaskulaarset labiilsust, higistamist, kõikide kõõlusrefleksi de kõrgenemist. Niisugustel juhtudel on tegemist traumaatilise entsefalopaatiaga (ehk tserebropaatiaga).

Sageli püsivad need nähud eriti kaua, on raskekujulised ja kombineeruvad ilmselt hüsteerilist laadi avaldustega, s. o. kalduvusega nõuda enda suhtes kaastunnet, erilist tähelepanu, erilisi eesõigusi, demonstreerida oma haiguslikku seisundit, meenutada alatasa oma lahingulisi teeneid.

Haigetele töö organiseerimine, nende rakendamine jõukohasele tööle on kahtlemata üheks raviteguriks. Ravimitest kasutatakse glütserofosfaate, tserebriini, broomi kofeiiniga, aaloe süstimist.

Viimase 15—20 aasta kogemused, mida tähelepanekud Suures Isamaasõjas on täielikult kinnitanud, näitavad veenvalt, et kinnised ajutraumad, s. t. põrutused ja vapustused, põhjustavad ajus väga sageli vereringe häireid või teisi kahtlemata orgaanilisi kahjustusi (täppverevalumid, takistused liikvori äravooluks). Need esmased, isegi mitte väga sügavad aju kahjustused nõrgestavad siiski psüühilist talitlust, asteniseerivad inimest, mis avaldub entsefalopaatia eespool kirjeldatud sümptoomides.

Traumaatilise entsefalopaatia küsimuse ja traumajärgse asteenilise seisundi uurimises on viimastel aastatel tehtud suuri edusamme. Pärast Esimest maailmasõda valitses arvamus, et ajupõrutused ja -vapustused tekitavad nn. traumaatilise neuroosi. Selle nimetusega tähistati haiguslikku seisundit, mis oli tingitud peamiselt läbielatud hirmust ja soovist mitte enam rindele tagasi minna; haiged taotlesid, et nad tunnistataks raskesti haigeks ja et neile võimaldataks vastavaid materiaalseid hüvesid ja privileege — pensioni, kuurordiravi. Paljud arstid kaldusid pidama niisuguseid haigeid simulantideks ning agravantideks. Kõik see osutus tunduval määral ekslikuks.

Suure Isamaasõja kogemused näitasid selgesti «traumaatilise neuroosi» juhtude järsku vähenemist, kuna neid varemate sõdade ajal (näiteks aastail 1914—1918) esines hulgaliselt ja väga mitmekesistes vormides. Sotsialistlik ühiskonna struktuur, oma kohuse tunnetamine ja kodumaa-armastus etendasid selles suhtes juhtivat osa.

R a v i. Ägedal perioodil vajavad haiged täielikku rahu; pea peale pannakse külm kott, erutuse ja unetuse korral manustatakse broomipreparaate, luminaali, südame tegevuse nõrkuse korral kamprit, kofeiini, ägedate peavalude vastu tehakse lumbaalpunktsioon koljusisese rõhu alandamiseks; samal otstarbel süstitakse veeni 30 ml hüpertoonilist (10%-list) keedusoolalahust või 25 ml 40%-list glükoosilahust. Kasutatakse ka magneesiumsulfaati klistiirina (Magnesiae sulfurici 75 g 250 ml vee kohta).

Häid tulemusi annab uneravi (vt. «Vaimuhaigete põetamine»). Haige pikaajaline voodis viibimine ning järkjärguline üleminek tavalisele eluviisile on püsivate kommotsioonijärgsete nähtude ja visade peavalude profülaktikaks väga tähtis.

Peale medikamentoossete ja füüsikaliste ravimeetodite etendab selliste haigete ravis suurt osa nende järkjärguline rakendamine tööprotsessi, s. t. tööteraapia ja sättumus tööks, samuti ka psühhoteraapia, mis tugevdab haige veendumust selles, et ta tervis täielikult taastub ja ta elunõuetele jälle kohaneb.

15. Närvisüsteemi vegetatiivsete osade kahjustusega seotud haigused

Raamatu eelmistes osades mitmesuguseid närvisüsteemi orgaanilisi haigestumisi käsitledes puutusime sageli kokku ka nendega kaasuvate vegetatiivse närvisüsteemi kahjustustega, nagu sülje- ja rasunäärmete sekretsiooni häire parkinsonismi puhul, lamatised müeliitide puhul, kriisid, artropaatiad ja luude haprus spinaalse taabese puhul, labakäe paksenemine süringomüeelia puhul.



Joon. 69. Quincke ödeem. Paremal sama haige normaalsena.

Täiendavalt tuleb märkida veel rida angioneuroose, mis on tingitud vegetatiivse närvisüsteemi funktsionaalsetest nihetest. Nende hulka kuulub näiteks *nõgestõbi*, mis avaldub naha lokaalses turses ja talumatus kiheluses. Väliselt meenutab nõgestõbi pilti, mis tekib naha ärritamisel nõgesega. Nõgestõbi püsib mõni tund kuni mitu päeva. Ta võib tekkida toidumürgituse tagajärjel, samuti ka soolest või neerudest lähtuva või soole ussnugilistest tingitud autointoksikatsiooni tagajärjel.

Sellisteks vegetatiivseteks niheteks eelsoodustatud isikutel tekib nõgestõbi mõnikord lihtsalt erutusest.

Tunduvalt harvemini esineb lokaalne naha turse (2—10 cm^2 ulatuses), mida nimetatakse *Quincke ödeemiks* (joon. 69). Turse tekib ootamatult, on kahvatu, pingul ja sõrmega surumine ei jäta lohku. Turse ei püsi kaua, kuid tekib sageli uuesti. Ta võib ilmuda ka limaskestadel, huultel, suus, suulael, keelel, neelus, kõris, mao ja soole limaskestal; lokalisatsioonist olenevalt tekivad ka ühed või teised sümptoomid.

Ravi. Nõgestõve ja Quincke ödeemi ravi seisab esmajoones ärritava teguri kõrvaldamises, kui see on teada. Seejärel on soo-

vitatav manustada lahtisteid, atropiini, belladonnat või adrenaliini ja efedriini. Pärast ägedate nähtude möödumist viiakse läbi süstemaatiline ravikuur. See seisab järgmises: 10%-lise kaltsiumkloriidi (10 ml korraga) süstimine veeni, autohemoteraapia, üldtugevdav ravi, kehakultuur.

Bronhiaalastma avaldub nina, ülemiste hingamisteede limaskesta ja kopsualveoolide turses. Bronhiaalastma hood tekivad patoloogiliselt kõrgenenud tundlikkuse tõttu vahel isegi väga nõrgalt ärritavate ainete suhtes, näiteks õietolmu, hobuse higi lõhna, ravimite ja toiduainete, samuti ka atmosfääriliste mõjude suhtes.

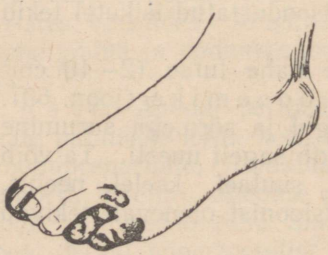
Kliiniliselt avaldub bronhiaalastma hoogudena, mille ajal väljahingamine on raskendatud. Turse tõttu hingamisteedes tekivad juba eemalt kuuldavad vilistavad räginad. Hingamise kergendamiseks toetab haige istudes käed vastu voodit või seisab, toetudes vastu seina; mõnikord veedab ta kogu öö püsti, ise pooleldi tukkudes. Tugevate hoogude ajal on haige näol hirmunud, vaevatud ilme.

Üksiku hoo suhtes on prognoos hea, kuid hood võivad korduda.

Ravi. Ühtset ravi bronhiaalastma vastu ei ole: ühel haigel mõjub hästi adrenaliin, teisel atropiin, kolmandal efedriin, neljandal värske õhk ja kaltsiumipreparaadid.

Angiospasmid, sealhulgas spastilised nähud perifeerses veresoonestikus, võivad olla tingitud vegetatiivse vaskulaarse innervatsiooni häiretest. Sellised häired avalduvad jäsemete perifeersete osade, kõrvade, ninaotsa (s. t. südamest kaugel asuvate ning halvema verevarustusega kehaosade) jahenemises ja kahvatumises. Jäsemetes võivad ilmneda paisunähud, kõrgenenud külmatundlikkus, valuhood ja lõpuks troofilised häired, mis võivad üle minna sõrmede või varvaste gangreeniks.

Seda gangreeni nimetatakse angiospastiliseks ehk spontaanseks; ta on tingitud labakätt ja labajalga toitvate veresoonte valendiku tugevast kitsenemisest; järgnevate muutuste tõttu veresoonte seinas võivad veresooned täiesti ummistuda. Neil kohtadel ei ole pulsatsiooni tunda. Hapniku puudumise tõttu tekivad kudedes muutused, koed kärbuvad, hakkavad lagunema. Varbad lähevad mustaks, neil tekivad verimädase sisaldisega villid, mille kohal moodustuvad haavandid. Gangreen haarab ka sügavamal asetsevad koed ja isegi luu. Seejuures kannatab haige talumatut valu. Edasiselt areneb kuiv kärbus ning lõpuks eraldub kahjustatud kehaosa iseeneslikult (joon. 70).



Joon. 70. Spontaanne gangreen.

Ravi. Gangreeni ravi seisab veresooni laiendavate vahendite tarvitamises. Antakse nitroglütseriini (3 korda päevas 0,0005 tablettidena), süstitakse angiotrofiini (üks ampullitäis — 1 ml — päe-

vas, kogu ravikuuri kohta 20—50 ml); tehakse füsioterapeutilisi soojendusprotseduure. Kirurgilise ravina viiakse läbi veresoone seina desümpatiseerimine (sümpaatiliste kiudude eemaldamine), sümpaatiliste ganglionide eemaldamine lumbaalpiirkonnas või isegi kahjustatud kehaosa amputatsioon.

Vegetatiivsete häirete hulka tuleb lugeda ka migrenoosset peavalu (migreen).

Migreenile on harilikult iseloomulik perekondlik eelsoodumus. Valud algavad lapseeas ja esinevad hooti, lokaliseerudes enamasti pea ühes pooles. Migrenoossete valudega kaasub iiveldus, mis läheb üle oksendamiseks; selle järel tunneb haige kergendust. Objektiivselt täheldatakse naha punetust või kahvatust üle kogu näo või näo ühel poolel, subjektiivselt — vahel vaatevälja tsentraalse osa või ühe poole väljalangemist, sädemete virvendamist ühes silmas, pisaravoolu. Haigushoog algab tihti ilma mingisuguste disponeerivate põhjusteta ja võib kesta mitu tundi, sageli terve ööpäeva.

Migrenoosse valu mehhanismi seletamiseks on esitatud mitu teooriat. Ühed autorid seostavad selle tekkimist liikvori ringluse ajutiste häiretega peaajus, kui liikvori äravool ajuvatsakestest on perioodiliselt takistatud. Selle teooria kinnitamiseks esitatakse fakt, et migreenihoo ajal võib mõnikord konstateerida silmapõhja veresoonte laienemist.

Teised autorid peavad migrenoossete valude olemuseks mitte ainult naha, vaid ka ajukelmete ja võib-olla isegi ajuolluse veresoonte spastilist või paralüütilist seisundit.

Migreenihoo ajal vajavad haiged rahu ja vaikust. Ühtedel juhtudel aitab mõnevõrra valu vaigistada pea peale pandud soojendaja, teistel aga külm kompress või tugevasti ümber pea seotud käterätik. Ravimitest aitab püramidoon, antipüriin fenatsetiini ja kofeiiniga, askofeen, novomigrofeen. Migreeni all kannatavad isikud peavad vältima liigväsimust, hoolitsema, et soole talitlus oleks korrapärane, magama 7—8 tundi, viibima rohkem värskes õhus.

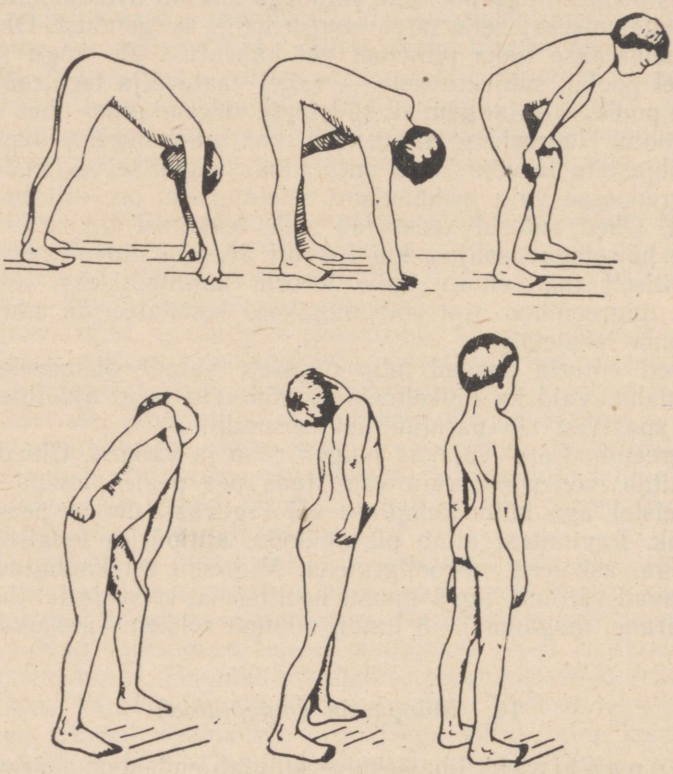
16. Müopaatia *(myopathia)*

Müopaatia ehk lihastekuive kujutab endast omapärast vegetatiivset-endokriinset haigust, mille puhul kahjustuvad lihased.

Muutused lihastes erinevad nendest atroofiatest, mis esinevad näiteks polüneuriitide või poliomüeliidi korral; nad kujutavad endast düstroofilisi rikkeid (troofika häired). Refleksid kustuvad lihaste kõhetumise tõttu. Peale kõhetumise esineb ka lihaste ülemäärast suurenemist, näiteks sääremarja- ja deltalihastel. Tugev mittevastavus lihase mahu ja tema jõudlusvõime vahel kõneleb aga pseudohüpertroofiast, s. t. sidekoe ja eriti rasvkoe liigsest vohamisest, kuna lihaskude samal ajal atrofeerub.

Iseloomulik ja omapärane on ka muutuste asukoht lihastes. Seljaaju ja perifeersete närvide haigestumise korral (polüneuriit,

külgmine amüotroofiline skleroos, süringomüeelia ja võib-olla ka poliomüeliit) esinevad muutused peamiselt jäsemete distaalsetes osades. Müopaatia põdemisel kahjustuvad eeskätt õla- ja puusavöötme ning jäsemete tsentraalsemate osade lihased. Alumiste jäsemete piirkonnas kahjustuvad tuharalihased, reie aduktorid, reie nelipealihas; ülemiste jäsemete piirkonnas — harjaülised ja romblihased, ülilaiad seljalihased, rinnalihased, deltalihased ja kakspealihased; keres — pikad seljalihased ja kõhulihased.



Joon. 71. Haige tõusmine käpuliasendist müopaatia puhul. Tuhara- ja seljalihaste nõrkuse tõttu ei ole kere sirutus võimalik ja haige ajab end püsti käte abil. Seismisel on näha selja ülemäärast painutust.

Müopaatia kliiniline pilt on väga iseloomulik. Et atroofia on eriti tugev vaagnavöötme lihastes, siis omandab haige taaruva, nn. p a r d i k õ n n a k u. Selle kõnnaku järgi võib haigust juba eemalt diagnoosida. Tüüpilised on ka need võtted, mida haiged kasutavad põrandalt tõusmiseks. Kui haige lamab selili, siis püstitõusmiseks pöörab ta end esmalt käte abil kõhuli, kätele toetudes

tõuseb neljakäpukile, ajab jalad põlveliigestes sirgu ja hakkab siis keret püsti ajama; seejuures toetub ta kätega jalgadele, alates põiast ja lõpetades reie ülemise osaga, minnes kätega nagu redelit mööda üles (joon. 71).

Pikkade seljalihaste nõrkuse tõttu seisab haige ettekummunud kõhuga ning painutatud lülisambaga (lordoos). Abaluu- ja deltalihaste, samuti ka seljalihaste atroofia tagajärjel on õlad alla vajunud, abaluud ei ole üldse fikseeritud (tiivataolised abaluud). Kui haigel kaenla alt kinni võtta ja ta üles tõsta, siis kujuneb õlgade iseloomulik isoleeritud tõus, kusjuures pea jääb sügavale õlgade vahele.

Haigus progresseerub pidurdamatult; alates lapse- või noorukieas, aheldab ta haige lõpuks voodi või tugitooli külge. Tavaliselt on surma põhjuseks kaasuvad haigused. Prognoos tervistumise suhtes on väga soodne.

R a v i. Müopaatia etioloogiast on seni teada ainult niipalju, et ta on päritav, esineb perekonniti ja on tingitud omapärasest ainevahetuse häirest, nimelt süsivesikute vaegusest lihastes. Seetõttu on täiesti õigustatud ravimine insuliini ja süsivesikutega. Määratakse ka adrenaliini süstimiseks (lahus 1:1000), 0,2—0,5 ml päevas ühe kuu vältel. Haige ei tohi teha füüsiliselt väsitavat tööd. Mõningat efekti saadakse vitamiinidega: poole aasta vältel antakse sisse E-vitamiini preparaati (2 teelusikatäit päevas), samaaegselt süstitakse (või antakse *per os*) B_1-vitamiini. Kuu aega pärast ravi algust tuleb 10 päeva jooksul või kauem hommikuti sisse võtta 8 tilka proseriini.

PSÜÜHILISTE HÄIRETE KLASSIFIKATSIOON

Erinevalt närvihaiguste klassifikatsioonist, mille aluseks võib olla etioloogiline ja lokalisatsiooniline printsiip, ei ole lokalisatsiooniline printsiip psüühiliste häirete puhul erilise tähtsusega, sest vaimuhaiguste kliiniline pilt oleneb põhiliselt mitte lokaalsetest anatoomilistest riketest peaajus, vaid kõrgema närvitalitluse funktsionaalsetest-dünaamilistest häiretest.

Psüühiliste häirete klassifikatsiooni aluseks tuleb võtta nosoloogiline printsiip (*nosos* — haigus), s. t. klassifikatsiooni aluseks on üksikud haiguslikud protsessid, millel on teatav etioloogia, sümptomatoloogia, kulg, patoloogilis-anatoomiline pilt ja lõpe.

Sellest seisukohast lähtudes on klassifikatsioon järgmine.

1. Infektsioonipsühhoosid, mille hulka kuuluvad:

1) psüühilised häired ägedate nakkushaiguste — tüüfuste, reumatismi, gripi, angiini jt. puhul;

2) psüühilised häired krooniliste nakkushaiguste puhul, nagu ajusüüfilis, progressiivne paralüüs, epideemiline entsefaliit.

2. Intoksikatsioonipsühhoosid: alkoholipsühhoosid, psühhoosid narkomaania (morfinism) alusel, mürgitused ravimitega (akrihhiin), keemiliste ainetega (elavhõbe, plii, arseen), toidumürkidega (seened).

(Käesolevas käsiraamatus on ägedate nakkushaiguste ja intoksikatsioonide puhul esinevad psüühilised häired esitatud ühes peatükis.)

3. Aju traumaatilise kahjustuse alusel tekkivad psüühilised häired:

1) ägedad traumaatilised psühhoosid;

2) aju traumaatiliste kahjustuste hilised tagajärjed. (See peatükk on esitatud neuropatoloogiat käsitlevas osas.)

4. Psüühilised häired vaskulaarsete haiguste (tserebraalne arterioskleroos, hüpertooniatõbi) ja siseelundite haiguste puhul.

5. Taandarengu- (involutsiooni-) ea psüühilised häired:

1) preseniilsed psühhoosid;

2) seniilsed psühhoosid.

6. Psüühilised häired jämedate orgaaniliste ajuhaiguste korral (ajukasvaja).

7. Epilepsia.

(Need kaks peatükki on esitatud närvihaiguste kliinilise osa kirjelduses.)

8. Skisofreenia.
9. Maniakaal-depressiivne psühhoos.
10. Psühhogeensed reaktsioonid.
11. Psühhopaatiad.
12. Neuroosid.
13. Oligofreenia.

PSÜHHOOSIDE KLIINILISED VORMID

1. Psühhoosid seoses intoksikatsioonidega ja ägedate nakkushaigustega

Iga somaatilise haigusega kaasnevad alati ühed või teised muutused neuropsüühilises sfääris: kord ainult enesetunde muutuste või meeleolu ja psüühilise aktiivsuse languse näol, kord psühhooside näol. Tavaliselt kaovad need muutused haige tervistumisel.

Infektsiooni- ja intoksikatsioonipsühhoosid arenevad seoses ägedate või pikaajaliste raskete infektsioossete protsessidega ja kesknärvisüsteemi mürgituse tagajärjel toksiinidega. Raske infektsiooni või intoksikatsiooni nähtude kadumisel kaovad valdaval enamikul juhtudest ka psühhoosi sümptoomid ja haige tervistub.

Ägedatest nakkushaigustest, mis sagedamini põhjustavad ägedaid psühhoose, tuleb märkida kõhu- ja tähnilist tüüfust, ägedaid streptokokkide tekitatud haigusi (äge reumatism, naha erüsiipel), krupoosset pneumooniat, malaariat, toksilist grippi.

Intoksikatsioonidest on kõige suurema tähtsusega mürgitused alkoholiga, tööstuslike, ravimi- ja toidumürkidega, samuti ka kurnavad kroonilised mittenakkuslikud siseelundite haigused — vähktõbi, pikaldased neeru-, südame-, maksa- ja mao-soole trakti haigused. Need haigused, mis põhjustavad kesknärvisüsteemi raske intoksikatsiooni, võivad sageli tekitada komplikatsioone psühhooside näol.

Seega esinevad psühhoosid ägedate nakkushaiguste ja intoksikatsioonide korral sageli somaatilistes haiglates; seda tuleb meeles pidada teenindaval personalil, kes peab hoolikalt jälgima mitte ainult selliste haigete siseelundite seisundit, vaid ka igasuguseid muutusi haigete meeleolus ja käitumises ning nendest viivitamata arstile teatama.

Nakkushaiguste ja intoksikatsioonide puhul tekkivate ägedate psühhooside kliiniliste nähtude tundmine on keskmeditsiinilisele personalile absoluutselt vajalik, sest niisuguseid haigeid viiakse harva üle nakkushaiglast vaimuhaiglasse. Esiteks oleks üleviimine ohtlik nakkuse levimise mõttes ja teiseks ei oleks otstarbekohane, sest need psühhoosid vältavad tavaliselt mõne päeva ning lõpevad

tervistumisega. Järelikult peab nende haigete põetamine, ravi ja jälgimine olema kindlustatud selle osakonna personali poolt, kus need haiged viibivad.

Psüühiliste häirete kõige sagedamaks vormiks paljude somaatiliste haiguste puhul on asteeniline seisund. See võib esineda nii pärast raskeid kroonilisi nakkushaigusi kui ka pärast lühemaajalisi ja väliselt ilma raskete sümptoomideta protsesse. Näiteks isegi ilma eriliselt väljendunud sümptoomideta ja ilma kõrge temperatuurita gripp annab pärast suhteliselt lühiajalist ülemiste hingamisteede katarraalset seisundit sageli asteenia sümptoome. Asteenia kliiniline pilt seisab üldises nõrkuses, suurenenud kurnatavuses ja tähelepanu häiretes. Arstiga kõneldes väsib niisugune haige kiiresti, palub öeldut korrata, jutustab vaevaliselt; tal on raskusi sobivate sõnade leidmisega. Haige meeleolu on langenud, selles võib märgata ärevuse varjundit.

Südamehaiguste puhul esinevad eriti sageli asteenia sümptoomid: ärevus, hirm, hüpokondriline seisund.

Ägeda infektsioonipsühhoosi peamiseks sümptoomiks on teadvuse muutumine; haige on nagu uimastuses, uneluses, ei anna vastusreaktsioone, ei reageeri tavalisele ärritajale, arsti hüüdele. Ainult tugeva ärritajaga (ärkvele raputades, valjult hüüdes) võib teda lühikeseks ajaks välja viia sellest seisundist, millest tal ei jää midagi meelde (amneesia).

Raske nakkushaiguse haripunktil, algul või lõpul areneb võrdlemisi sageli infektsioonideliiriumi pilt. Haige teadvus tuhmub, ta ei orienteeru ümbritsevas olukorras, teda valdavad massilised illusioonid, hirmutavad hallutsinatsioonid, kõige sagedamini nägemise ja kompimise, harvem kuulmise sfääris; hallutsinatsioonidega on seotud luuluelamused. Nii näeb haige terveid olematuid stseene, mingisuguste inimeste, vahel loomataoliste olendite liikumist. Talle tundub, et kõik ümberolijad on tema suhtes vaenulikult meelestatud, ta kuuleb ähvardavaid hääli, teda torgitakse, lõigatakse; teda lubatakse surmata, mürgitada, puruks kiskuda. Ta tunneb, et teda ähvardab midagi hirmsat. Sellega seoses püüab haige ära joosta, näiliku ohu eest põgeneda. Sellises muutunud teadvuse seisundis, hallutsinatsioonide kütkeis ja ümbrust luululiselt tõlgendades on haiged ohtlikud, nad võivad aknast välja hüpata, haiglast põgeneda, ümberolijaile kallale tungida.

Sellises muutunud teadvuse seisundis tekivad haigel sageli tema töö ja olustikuga seotud elamused (nn. professionaalsed deliiriumid). Näiteks aednik näeb, et ta on oma aias, nopib lilli, kavatseb neid kuhugi viia. Ühele näitlejale paistis, et ta esineb mingis saalis, kuhu on palju tuttavaid ja võõraid isikuid kogunenud teda kuulama; end ümbritsevat personali ja olukorda tõlgendas ta luululiselt. Infektsioonideliirium vältab tavaliselt mõne päeva; harilikult selgeneb haige teadvus samaaegselt temperatuuri langemisega ja ta käitumine muutub suhteliselt normaalseks. Ta hindab läbielatut täie kriitikaga.

Mõnedel juhtudel esineb jääk- ehk residuaalluul, mis püsib veel mõni aeg pärast temperatuuri langemist.

Amentsiat (äge segasus; ladina keelest: *amentia* — mõistusetus, *mens* — mõistus), erinevalt deliiriumist, iseloomustab teadvuse sügavam tuhmumine, nõutus, katkendlikud, kaootilised hallutsinatsioonid ja luuluelamused. Haiged teevad korrapäratuid liigutusi, kargavad üles, püüavad ära joosta, ei mõista neile esitatud küsimusi. Amentiivne seisund püsib keskmiselt üks kuni kaks kuud või kauem. Temperatuuri langemine ei paranda haige psüühilist seisundit. Teadvuse häire sügavusest amentsia puhul kõneleb psühhoosiperioodi täielik väljalangemine mälust (amneesia), mis ilmneb pärast tervistumist.

Sellised uimasus-, segasusseisundid (deliirium või amentsia) võivad esineda ka kurnatuse puhul vähktõve tagajärjel, vereringe puudulikkuse nähtudega kroonilise südamekahjustuse korral, pärast sünnitust.

Mõnevõrra üksikasjalisemalt on vaja kirjeldada psüühilisi muutusi naistel seoses rasedusega, sünnitusega ja sünnitusjärgse perioodiga, millega ämmaemandad oma praktilises tegevuses võivad kokku puutuda.

Rasedusperioodil võib täheldada sundhirmu, -tunge. Näiteks tekib vastupandamatu tarve võtta märkamatult võõraid asju (kleptomaania), kusjuures erinevalt tavalisest vargusest võetakse asju, millel pole mingisugust materiaalset väärtust ja mis harilikult mõne aja pärast vabandades või märkamatult tagasi antakse. Pärast rasedusperioodi kaob kleptomaania iseenesest. Neil juhtudel möödub haiguslik seisund tavaliselt ilma psühhiaatri abita.

Kõige suurema praktilise tähtsusega on sundmõte tappa kedagi ümberolijaist või iseennast. Näiteks tekkis viiendas raseduskuus oleval naisel sundsoov tappa oma kuueaastane tütar. Mõistes ise nende hirmsate mõtete absurdsust, palus haige oma meest kõik teravad esemed ära peita ja teda tütrega mitte üksinda jätta. Sundmõte vaevas haiget niivõrd, et ta tuli psühhiaatrilisse haiglasse paigutada.

Kõik sellised haiged naised peavad olema psühhiaatri järelevalve all. Kui psühhiaatrit läheduses ei ole, tuleb haigetega läbi viia psühhoterapeutilisi vestlusi, anda neile broomipreparaate kofeiiniga (2—3 korda päevas 0,5%-list broomilahust üks supilusikatäis koos 0,5%-lise kofeiinilahusega). Kui psüühilised häired progresseeruvad, tuleb tingimata taotleda konsultatsiooni psühhiaatriga või neuropatoloogiga.

Sünnituse ajal ja varsti pärast seda (6.—10. päeval) võivad esineda mitmesuguse sügavuse ja kestusega psüühilised häired. Peale amentsia tüüpi väljendunud psühhooside, mille puhul psüühiliste häirete raskuse tõttu ja kalduvuse tõttu pikaajaliseks kestuseks on alati vajalik haige üleviimine psühhiaatrilisse haiglasse, ei tohi unustada mitmesuguse vormiga psüühilisi reakt-

sioone, mis on seoses kartusega vastsündinu elu ja heaolu eest, eriti esmassünnitajatel.

Neil juhtudel, kus ema, kes on kirglikult soovinud saada kauaoodatud last, on läbi teinud raske rasedusperioodi ning pikaleveninud ja isegi komplikatsioonidega sünnituse, võib tal tekkida hirm ja mure selle üle, kas rasedus on lõppenud õnnelikult, kas laps sündis tervena, kas ta pole vääriti arenenud, kas laps tuuakse toitmiseks tema juurde õigel ajal, kas laps võtab rinda, kas tal tuleb piima, kas seda on küllaldaselt, ja hulga teiste selliste küsimuste üle, mis teda vaevavad ja häirivad tal und, meeleolu jne. Sellised reaktsioonid tekivad kõige sagedamini kergesti ärevusse sattuvatel, oma tervise pärast kartvatel isikutel päramisteperioodi asteenia näol. Siin peab õde-ämmaemand koos arstiga tõelise psühhoterapeudi osa etendama. Soe, lahke, rahustav kõne, julgustav toon, kannatlikkus — kõik see mõjub sünnitusega asteniseeritud noorele emale ravivalt. Igal ämmaemandal tuleb seda meeles pidada.

Kui mõni aeg pärast sünnitust peale temperatuuri tõusu, mastiidi ja rohkete eritiste tupest ilmuvad unetus, põhjuseta rahutus, keeldumine söömisest ja lapse imetamisest, pinguldatud meeleolu ning tigedus, tuleb sellest viivitamata arstile teatada ja psühhiaater välja kutsuda. Need sümptoomid kõnelevad sünnitusjärgse psühhoosi tekkimisest, mis on kõige sagedamini sünnitusjärgse sepsise, harvemini aga algava skisofreenia väljenduseks. Neile mõlemale psühhoosile on iseloomulik kuudepikkune kulg, järelikult on kõigil sellistel juhtudel vaja konsulteerida psühhiaatrit ning haige vaimuhaiglasse üle viia. Kuni üleviimiseni on vajalik spetsiaalne ööpäevane järelevalve ja naatriumhüposulfiti (10%-list lahust à 10 ml intravenoosselt) süstimine, tugeva erutuse korral aga klistiir kloraalhüdraadiga (arvestades 3,0 puhast preparaati ühe klistiiri kohta).

Mürgitused tööstuslike mürkidega (plii, arseen, elavhõbe) esinevad meie maal, sotsialistliku tootmise tingimustes harva, tänu laialdastele profülaktilistele sanitaar-hügieenilistele abinõudele, mida rakendatakse tööstuses arstide juhendite järgi. Mürgitused tööstuslike mürkidega väljenduvad kliiniliselt peavalude, ärrituvuse, üldise väsimuse ja unetuse pidevas suurenemises (neurasteeniline sündroom). Võivad esineda ka ägedad psühhootilised seisundid deliiriumi näol. Eriti rasket motoorset rahutust koos omapäraste vaevavate hallutsinatsioonidega (tunne, nagu oleks suus juuksekarv) põhjustab mürgitus tetraetüülpliiga; seejuures kaasneb südame tegevuse nõrkus ja vererõhu langus; tetraetüülpliimürgitus lõpeb sageli surmaga. Varajane diagnoos ning kiiresti tarvitusele võetud terapeutilised abinõud — rohkesti juua, toitelahuste ja südame tegevust toetavate vahendite (kofeiin, kamper) manustamine — päästavad haige elu.

Tetraetüülpliimürgituste profülaktikaks tuleb rakendada kõiki töökaitse ja ohutustehnika abinõusid (kohustuslik tööriietus, mis väldib kehapinna vahetut kokkupuutumist tetraetüülpliiga).

R a v i. Pärast ägedaid nakkushaigusi ja intoksikatsioone tekkinud psühhooside ravi seisab vahendite kasutamises, mis vähendavad intoksikatsiooni ja toetavad südame tegevust (glükoosi, magneesiumsulfaadi ja füsioloogilise lahuse süstimine). Rahutuse korral tuleb teha klistiir 3%-lise kloraalhüdraadilahusega (100 ml) või süstida 10%-list heksenaalilahust veenisse (5—8 ml) või lihasesse (10 ml).

Kõik, mis on öeldud ägedate psühhooside sümptomaatikast, rõhutab vajadust haigeid hoolikalt põetada ja valvata. Deliiriumiga ja amentsiaga haiged vajavad spetsiaalset alalist meditsiinilist valveposti.

Erilise rühma moodustavad psüühilised häired, mis tekivad mitmesuguste joovastavate jookide ja narkootiliste ainete liigtarvitamise tagajärjel. Patoloogilist, ületamatut tungi narkootiliste ainete tarvitamiseks nimetatakse narkomaaniaks.

A l k o h o l i s m on Nõukogude Liidus järsult vähenenud ja sellele vastavalt on vähenenud ka alkoholi liigtarvitamisest tingitud psühhooside arv. Sellegipärast tuleb ka praegusel ajal vahel kokku puutuda psüühika muutustega, mis on seoses alkoholi süstemaatilise liigtarvitamisega. Morfinismi ei ole meil praktiliselt olemas, kokainismi juhtumeid aga üldse mitte.

Eksperimentaalsed uurimised näitavad, et vaatamata liigutuste välisele elavnemisele, mõttekäigu kiirenemisele ja meeleolu tõusule põhjustab isegi ühekordne alkoholi tarvitamine tähelepanu langemise ja arvutusvigade rohkenemise. Joobnu muutub vahel kurjaks, kergesti ärrituvaks, tüli norivaks. Ilmneb mõtlematus ja pealiskaudsus otsustamisel, kriitikavõime nõrgenemine, liikumishäired staatika ja koordinatsiooni häirete ning ülearuste liigutuste näol. Joobega kaasneb somaatiliste ja vegetatiivsete häirete kompleks, näiteks pulsi sagenemine, intensiivsem higieritus, vere valgumine naha pindmistesse kihtidesse, mis eriti soodustab organismi kerget jahtumist alkohoolse intoksikatsiooni seisundis.

Sügav alkohoolne joove lõpeb sageli narkootilise unega, millest joobnut tavaliste võtetega (hüüdmine, ärkvele raputamine) äratada ei õnnestu. Seega põhjustab tugev joove raske psüühilise häire, kuid tuleb silmas pidada, et igasugune, isegi nõrk joove on äge, ehkki kiiresti mööduv psüühilise talitluse häireseisund.

Joobnud olekus toime pandud seaduserikkumiste eest tuleb aga karistust kanda. Joobe omapäraseks vormiks on nn. p a t o l o o g i l i n e j o o v e. Selle puhul inimene ei näi joobnuna, somaatilis-vegetatiivsed häired ei ole väljendunud, kuid teadvus on muutunud; sellises olekus inimene on sageli agressiivne, tungib ümberolijatele kallale. Teistel juhtudel esinevad kergelt muutunud teadvuse taustal hallutsinatsioonid ja luul. Patoloogilise joobe seisundid tekivad harva, tavaliselt lõpevad nad amneesiaga ja ei kordu; see seisund esineb sagedamini ja isegi äärmiselt väikese alkoholiannuse mõjul isikutel, kellel on olnud kolju trauma, peaaju orgaaniliste haigestumiste puhul ning langetõbistel ja psühhopaati-

del. Et kindlaks teha, kas seaduserikkumine on toime pandud patoloogilise joobe seisundis, selleks on vajalik kohtupsühhiaatriline ekspertiis.

Isikuid, kes on seaduserikkumise toime pannud patoloogilise joobe seisundis, ei loeta süüdivaiks nende poolt sooritatud seaduserikkumise suhtes.

Süstemaatiline alkoholitarvitamine võib viia kroonilise alkoholismini. Kroonilistel alkohoolikutel esineb rida somaatilisi ja psüühilisi muutusi. Somaatilistest võib nimetada kroonilisi põletikuprotsesse maos ja maksas ning üldist enneaegset organismi vananemist. Kroonilise alkohooliku psüühikat iseloomustab rida häireid, mis väljenduvad kriitikavõime languses, lodevuses, tasakaalutuses, jämedas, sageli küünilises huumoris. Sugugi häbenemata võib alkohoolik isegi mõninga hooplemisega jutustada, kui suurel hulgal alkoholi ta on ära joonud. Isiksuse moraalsed omadused jämestuvad, kriitiline suhtumine oma toiminguisse nõrgeneb, kaob püüe loobuda viina tarvitamisest. Alkohoolikud on võimelised naise ja laste tagant asju varastama, et alkohoolseid jooke osta. Krooniliste alkohoolikute töövõime langeb kiiresti; nad ei suuda töötada, kui nad ei joo mõned pitsid viina hommikul, enne tööd või isegi tööpäeva keskel. Neil tekivad konfliktid perekonnas, kaaskodanikega, töökohas. Kroonilise alkoholismi lõpe oleneb tarvitatava alkoholi hulgast ja kaasnevate kahjulike tegurite (kolju trauma, infektsioon) mõjust. Kroonilised alkohoolikud surevad sageli somaatiliste haiguste (kopsupõletik, gripp jne.) tagajärjel, millele nende nõrgestatud organism ei suuda vastu panna.

Kroonilise alkoholismi peamiseks tunnuseks on alaline ja raskesti allasurutav vajadus alkoholi järele. Kroonilise alkoholismi kliiniliseks tunnuseks on pohmeluse (kassiahastuse) sündroom (S. G. Žislin), mis pole midagi muud kui abstinentsisei-sund, s. o. seisund, kus esineb rida raskeid sümptoome, mis tekivad vaheaja tagajärjel alkoholi tarvitamises (*abstinentia* tähendab ladina keeles millestki hoidumist, loobumist). Selles seisundis, enamasti hommikuti, esineb alkohoolikul rõhutud meeleolu, vastupandamatu tung viina juua, üldine nõrkus, suu limaskesta kuivus, üldine treemor (värisemine). Niipea kui ta on joonud mõne pitsi viina, kaovad ajutiselt kõik abstinentsi nähud.

Kõrgema närvitalitluse uurimine (I. V. Streltšuk) on näidanud, et kroonilise alkoholismi puhul on abstinentsiperioodil tegemist ajukoore selgelt väljendunud difuusse pidurdusega, väljaspool abstinentsiperioodi aga konstateeritakse sisemise pidurduse nõrkust.

Kroonilise alkoholismi eriliseks vormiks on perioodiline purjutamine, nn. dipsomaania; selle puhul eelneb joomisperioodile ahastus, rõhutud meeleolu. Joomahoogude vaheaegadel haige ei tarvita alkoholi. Niisugune joomine esineb kõige sagedamini psühhopaatidel.

Ravi. Kroonilist alkoholismi tuleb ravida. Suure tähtsusega on haige aktiivne soov joomisest loobuda. Aga ka niisugusel kor-

ral etendab olulist osa kollektiivi ja ühiskondlike organisatsioonide kaasabi, tungi viina järele soodustava olukorra vältimine. Ravi suhtes on väga tähtis paigutada haige kinnisesse psühhiaatrilisse asutusse. On näidustatud strühniini ja väikeste insuliini annuste (4—10 ühikut) süstimine. Mõnikord annab häid tulemusi hüpnoos. Viimastel aastatel töötas nõukogude psühhiaater I. V. Streltšuk välja uued meetodid kroonilise alkoholismi ravimiseks. Nende aluseks on tingitud reflekside kujundamise meetod — ravimine apomorfiiniga. Ravi põhimõte seisab võimaluses esile kutsuda tingitud-reflektoorset oksendamist, kombineerides tingimatut ärritajat — apomorfiini — tingitud ärritajaga — viinaga.

Apomorfiiniravi toimub järgmiselt. Haigele süstitakse naha alla 0,5 ml 0,5%-list Sol. Apomorphini hydrochlorici, seejärel lastakse tal viina nuusutada ja sisendatakse talle, et alkohol tekitab tal iivelduse ja oksendamise ning et ta ei saa enam alkohoolseid jooke juua. 5—10 minuti pärast, kui peab tekkima oksendamine apomorfiini toimel, lastakse haigel pits viina ära juua ja sisendatakse talle uuesti, et ta hakkab oksendama. Iiveldus ja oksendamine tekivadki. Niisugust ravi korratakse iga päev või üle päeva 10 kuni 30 päeva jooksul, olenevalt sellest, kui kiiresti saadakse tulemusi seoses viinavõtmisele püsiva okserefleksi tekkimisega.

Ravi lõpetamise ajaks tekib iiveldus ja oksendamine juba üksnes viina nägemisel või viina lõhna tundmisel ja haiged lakkavad alkoholi tarvitamast. Paljudel juhtudel annab see ravi häid tulemusi.

Väljakujunenud alkohoolse abstinentsi (pohmeluse) seisundis on näidustatud haige isoleerimine psühhiaatrilisse haiglasse ning uinutite, südamevahendite ja vitamiinide tarvitamine. Pikalevenenud abstinentsisündroomi korral on soovitatavad väikesed insuliini annused (kuni 4 ühikut päevas 20—30 päeva jooksul).

Kroonilise alkoholismiga seoses olevate väljakujunenud psühhooside hulka kuuluvad joomahullus ja alkohoolne hallutsinoos.

J o o m a h u l l u s (*delirium tremens* — värideliirium) on äge psühhoos, mis areneb pärast pikaajalist alkoholi liigtarvitamist. Joomahulluse pilt võib alkohoolikul kujuneda pärast mingit ägedat somaatilist haigust, näiteks pärast kopsupõletikku, grippi jne.; isegi väike kirurgiline operatsioon kohaliku tuimastusega või üldnarkoosiga võib soodustada ägeda joomahulluspsühhoosi tekkimist. Seetõttu esineb joomahullushaigeid sagedamini somaatilistes haiglates; personal peab neid eriti hoolikalt jälgima, sest joomahullusseisundis on nad ohtlikud endale ja ümberolijaile.

Esimesteks joomahullusele eelnevateks tunnusteks on enesetunde halvenemine, suurenenud higistamine, unetus, hirmutavad, painajalikud unenäod, mingi rahutuse ja hirmu tekkimine öö lähenemisel. Juba nende tunnuste ilmnemine nõuab psühhiaatri väljakutsumist ja tugevdatud järelevalvet haige üle. Väljakujunenud joomahullust iseloomustab teadvuse tuhmumine, desorientatsioon ajas, ruumis ja ümbritsevas olukorras. Haigel ilmnevad massilised

nägemis-, harvemini kuulmishallutsinatsioonid, mis on peamiselt hirmutavat laadi. Haige näeb rotte, hiiri, mingisuguseid koletisi, kes ta kallale kipuvad. Vahel kuuleb ta ähvardusi või käske enda aadressil, tunneb hirmu, avaldab jälitus- ja mõjutusluulumõtteid. Hirmsate nägemuste eest põgenedes võivad haiged ümberolijaile kallale tungida, püüda aknast välja hüpata ja isegi end surmata. Hirm ja rahutus suurenevad öö lähenemisel seoses illusioonide ja hallutsinatsioonide intensiivistumisega. Joomahulluses haigele on väga kerge hallutsinatsioone sisendada. Kui talle anda näiteks valge paberileht ja sisendada, et ta sellel midagi näeb, siis hakkab haige jutustama hallutsinatoorsetest kujudest.

Joomahullusega kaasneb rida teisi häireid, kõigepealt tugev sõrmede, keele, laugude ja kogu keha värisemine (*tremor*), mistõttu psühhoosi nimetataksegi *delirium tremens*, s. t. väärideliirium. Haige nägu on hüpereemiline, huuled tsüanootilised; pulss sage ja nõrk, südame toonid tumedad; esineb tugev higistamine, kõõlusrefleksid on kõrgenenud, pupillide reaktsioon valgusele on nõrgenenud. Sageli on temperatuur tõusnud. Haige tervistub enamikul juhtudel 3—7 päeva järel, pärast sügava une perioodi. Kui ei jälgita südame seisundit, siis võib lakkamatu rahutus mõnedel juhtudel lõppeda surmaga südame nõrkuse tõttu. Joomahulluse arenemises etendab juhtivat osa maksa talitluse häire, sest alkoholi pideva liigtarvitamise tagajärjel ei tule maks enam toime ainevahetuse mürgiste produktide kahjutukstegemisega.

R a v i. Tuleb meeles pidada, et unetuse ja rahutuse tekkimine haigel, kellel anamneesis on krooniline alkoholi liigtarvitamine, nõuab personalilt suuremat tähelepanu. Väljakujunenud joomahulluspsühhoosi korral on vajalik spetsiaalne meditsiiniline valvepost haige individuaalseks põetamiseks ja valvamiseks. Deliirium lõpeb unega, mis on algavat paranemist näitavaks soodsaks tunnuseks. Hästi mõjuvad kõik vahendid, mis soodustavad und. Deliiriumi lõpetamiseks kasutatakse J. A. Popovi segu:

Rp. Luminali 0,4
Spiritus Vini rect. 70% (või 95%) — 10,0
Aq. destillatae 100,0
MDS. Üheks korraks. Segu valmistada vahetult enne tarvitamist

On soovitatav teha klistiir kloraalhüdraadi 6%-lise lahusega (50 ml) või anda seda lahust sisse, kui haige on võimeline seda neelama. Tingimata tuleb anda südamevahendeid nõrgestatud südame toetamiseks (adonileeni 3 korda päevas 15—20 tilka). Südame tegevuse tugeva languse korral on vaja süstida kamprit, kofeiini jt. kiiresti toimivaid vahendeid.

A l k o h o o l s e t h a l l u t s i n o o s i iseloomustab, erinevalt joomahullusest, rohkete kuulmishallutsinatsioonide esinemine. Suhteliselt selge teadvuse juures kuuleb haige üht või sagedamini üheaegselt mitut häält. Üked hääled on «heasoovlikud», kaitsevad haiget, teised on «pahatahtlikud», sõimavad teda, sageli annavad

talle ühtesid või teisi «kahjulikke» käske. Näiteks üht haiget «käskisid» hääled viivitamata nende järel teise linna otsa sõita. Kui haige oma keeldumist õigustades ütles, et naine võttis talt riided ära ja lukustas ukse, siis sundisid hääled teda kategooriliselt aknast välja hüppama. Ravi toimel muutuvad kuulmishallutsinatsioonid vähem intensiivseks, vähem vaevavaks. Haiged hakkavad oma olukorda kriitiliselt hindama. Haigete käitumine muutub niivõrd korrapäraseks, et nad sageli jäävad isegi töövõimelisteks. Alkohoolse hallutsinoosi kulg on krooniline. Kui haige jälle rohkem alkoholi tarvitab, hakkavad hääled teda uuesti vaevama. Ta tervistub ainult siis, kui ta alkoholist täiesti loobub.

Peale kirjeldatud muutuste nõrgeneb kroonilistel alkohoolikutel sageli sugufunktsioon (väheneb potents) ning areneb lõpuks püsiv suguvõimetus (impotents). Tugev kalduvus kahtlustamiseks, sagedad perekondlikud kokkupõrked ja lisanduv impotents kroonilise alkohoolse intoksikatsiooni juures loovad tingimused, mis soodustavad püsiva kiivusluulu arenemist. Niisugused haiged valvavad visalt oma naist või tema arvatavat armukest ning võivad luulu mõjul toime panna agressiivseid akte ja isegi mõrvu.

Lõpuks, viina kroonilise liigtarvitamise tagajärjel areneb sageli alkohoolne epilepsia. Et krambihood koos teadvuse kadumisega ei korduks, tuleb alkoholi tarvitamisest loobuda.

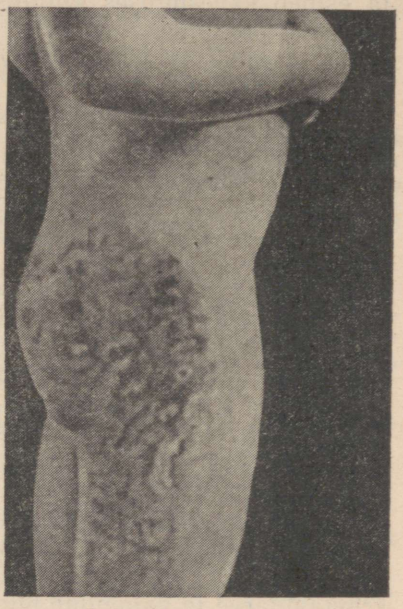
Ravi. Kroonilist alkoholismi ravitakse ambulatoorselt. Kui haige ei ole võimeline perioodilist purjutamist katkestama, siis on näidustatud tema hospitaliseerimine. Haiglas viiakse läbi järgmine ravikuur. 15 päeva vältel süstitakse naha alla 1‰-list strühniinilahust (1 ml) ja 200—400 cm^3 hapnikku. Mõnedel juhtudel annab häid tulemusi hüpnoosiga ravimine. Kuulmishallutsinatsioonid kroonilise alkoholismi puhul nõrgenevad ja ajutiselt isegi kaovad, kui manustada tavalistes terapeutilistes annustes adrenaliini või atropiini või läbi viia ravi pikaajalise unega. Samu ravimeetodeid kasutatakse ka kiivusluulu ja alkohoolse epilepsia raviks. Viimase puhul on näidustatud ka krampidevastane teraapia (vt. ptk. «Langetõbi»).

Morfinism on oopiumi alkaloidi morfiini krooniline tarvitamine. Suuremal osal juhtudest areneb morfinism isikutel, kes korduvalt kasutavad morfiini valuvaigistava vahendina somaatiliste haiguste puhul. Seetõttu peabki morfiini määramisel pikemaks ajaks olema väga ettevaatlik, eriti labiilse psüühikaga isikute (psühhopaatide) juures. Morfiin tõstab meeleolu, tekitab eufooriat ja ajutist reipust, mille tagajärjel haigetel võib kujuneda tungiv vajadus selle ravimi korduvaks tarvitamiseks.

Varakult arenev harjumine morfiiniga tekitab vajaduse annust tõsta ja rasketel juhtudel manustavad morfinistid iseendale väga suuri morfiini koguseid — isegi mitu grammi ööpäevas. Morfiini alaliselt tarvitama harjunud isikud ei saa selleta läbi. Morfiini tarvitamise katkestamisel arenevad neil rasked nähud: üldine nõrkus, peavalu, oksendamine, kõhulahtisus, kuiv köha, pulsi ja hingamise sagenemine, hingeldus, vererõhu langus, rõhutud meeleolu ärevuse,

hirmu ja unetusega, samuti nagu alkoholismi puhul. Seda sümptoomide kompleksi nimetatakse *abstinentsiks*. Sellises olukorras nõuavad morfinistid narkootiliste ainete süstimist, kasutades nende saamiseks ähvardusi ja muid võtteid, kaasa arvatud morfiini varastamine apteegikapist.

Kroonilise morfiinimürgituse korral esineb rida püsivaid somaatilisi ja psüühilisi häireid. Haige kehakaal langeb, isu väheneb, nahk ja limaskestad muutuvad kuivaks, pulss sageneb, tekivad tursed, vererõhk ja kõõlusrefleksid kõrgenevad, sõrmed värisevad. Haige psüühika muutub tugevasti. Morfinist kaotab tahtevõime, hakkab valetama, ähvardama, tema töövõime langeb. Morfiinita ei saa haige üldse töötada. Tähelepanu ja mälu nõrgenevad. Et morfinistid tavaliselt ise endale morfiini süstivad ja seejuures aseptika nõudeid ei täida, siis jäävad neil süstimise kohtadele abstsesside jäljed (joon. 72).



Joon. 72. Mitteaseptilisest morfiini naha alla süstimisest tekkinud mädanikkude armid.

Morfinismi diagnoosimine ei ole raske, eriti kui haige kehal leidub rohkesti arme ja mädanikke.

Ravi. Morfiniste tuleb ravida psühhiaatrilises haiglas, s. t. range isolatsiooni tingimustes, kus võimalus mistahes annuses narkootikumi saada oleks täielikult välja suletud. Kõrgema närvitalitluse uurimisel ilmneb faasiline pidurdus (võrdsustav, paradoksaalne faas). Sellise häire korral kõrgemas närvitalitluses on näidustatud ravi pikaajalise unega, sest see süvendab kaitsepidurdust. Uneravi 5—10 päeva vältel kõrvaldab vaevavad abstinentsi nähud ja hõlbustab haigel morfiini tarvitamisest loobuda. Eriti häid tulemusi annab uneravi kombineerimine järgneva psühhoteraapia või hüpnoosiga ja üldtugevdavate vahendite kasutamisega.

Kui ravimine pikaajalise unega on vastunäidustatud (rasked südame- või neeruhaigused) või kui haige on piinavas abstinentsi seisundis, antakse 3 korda päevas üks supilusikatäis 6%-list broomilahust ja uinuteid (barbamüüli ehk amütaalnaatriumi 2 korda päevas 0,15) ja süstitakse veenisse 40%-list glükoosilahust.

2. Psühhoosid seoses süfiliitilise nakkusega

Süüfilis on krooniline nakkuslik protsess, mis kahjustab mitte ainult siseelundeid, vaid ka närvisüsteemi. Närvisüsteemi kahjustus (neurosüüfilis) on kõige sagedamini süüfilise hiliseks avalduseks ja esineb kahesuguses kliinilises vormis — ajusüüfilis ja progressiivne paralüüs.

a) **Ajusüüfilis** *(lues cerebri)*. Ajusüüfilise kliiniline pilt on üsna mitmekesine ja oleneb anatoomiliste muutuste laadist ja lokalisatsioonist. Anatoomilised muutused piirduvad tavaliselt ajukelmete ja veresoonte kahjustusega ning annavad kolm põhilist haigusvormi: 1) gummade moodustumine ajukelmetes; 2) lümfoidsete rakkude krooniline hüperplaasia (vohamine) ajukelmetes (süfiliitiline tserebraalne meningiit) ja 3) aju veresoonte endarteriit.

Süfiliitiline neurasteenia. Neurosüüfilise varajased avaldused varsti pärast nakatumist (süüfilise teisene staadium) väljenduvad une häiretes, kiires väsimises, tähelepanu ja mälu nõrgenemises, töövõime vähenemises, peavaludes, ärrituvuses. Seda ajusüüfilise vormi nimetatakse süfiliitiliseks neurasteeniaks ja selle kutsub esile närvisüsteemi, eeskätt ajukelmete infektsioonilis-toksiline kahjustus; seda kinnitavad kerged orgaanilised sümptoomid pupillide ebaühtluse, kõõlusreflekside kõrgenemise, meningeaalsete sümptoomide (sageli kuklalihaste kangestus, Kernigi sümptoom) näol. Spetsiifilise ravi korral kaovad kõik nähud kiiresti.

Süfiliitiline basaalne meningiit kahjustab kraniaalnärve ja väljendub pupillide ebaühtluses, nende loius reaktsioonis valgusele, laugude vajes (ptoos), jäsemete halvatuses, kukla kangestuses. Psüühikas kaasnevad meningiitidega ägedatel juhtudel uimasus või teadvuse tuhmumine ja epileptiformsed (krambi-) hood. Alaägedatel ja pikale veninud juhtudel esineb rõhutud meeleolu, nutlikkus, mälu ja töövõime tugev nõrgenemine.

3—5 aastat pärast nakatumist arenev ajusüüfilis väljendub kõige sagedamini suurte ja väikeste aju veresoonte kahjustumises. Kliinilises pildis on esiplaanil koldelised (lokaalsed) sümptoomid, olenevalt aju veresoonte kahjustuse kohast, nimelt:

a) insulditaoline ajusüüfilise vorm avaldub insultides, millele järgnevad hemipleegiad, pareesid, mälu nõrgenemine, töövõime langus ja üldine psüühiline labiilsus;

b) epileptiformne ajusüüfilis, mida iseloomustavad krambihood või hämarolek, põhjustab samuti intellekti (mälu, tähelepanu) ja töövõime languse; temaga kaasnevad koldelised orgaanilised sümptoomid pupillide suuruse ja kõõlusreflekside muutumise näol;

c) väikeste veresoonte süüfilis avaldub aju peenikeste veresoonte laialdases kahjustuses; kliiniliselt iseloomustab seda suurte koldeliste muutuste puudumine; vastandina kahele eespool kirjeldatud vormile on esiplaanil psüühilise seisundi languse

sümptoomid: mälu, arusaamise ja mõtestamisvõime nõrgenemine, meeleolu langus; sageli esinevad kuulmis- ja nägemishallutsinatsioonid, katkendlikud jälitusluulumõtted, samuti ka katatoonsed sümptoomid (negativism, mutism).

Mõnevõrra üksikasjalisemalt peatume suhteliselt sageli esineval ajusüüfilise paranoilisel vormil, sest selle avaldused sarnanevad tunduvalt skisofreenia kliinilise pildiga. Haigus areneb enamasti vähehaaval. Kliinilises pildis on ülekaalus jälitus- ja mõjutusluul, harvemini suurusluul. Hallutsinatsioonide, eriti kuulmishallutsinatsioonide esinemine annab alust seda ajusüüfilise skisofreeniataolist pilti ära vahetada skisofreeniaga, eriti kui paranoilis-hallutsinatoorsed sümptoomid kombineeruvad katatoonsete nähtudega. Kulg on enamasti pikaldane, sellega kaasnevad episoodilised teadvuse tuhmumised. Kestvad remissioonid ei ole haruldased. Nõdrameelsus ei ulatu tunduva astmeni ja areneb pikkamööda. Haiged hindavad oma seisundit kriitiliselt, mõistavad, et nad on haiged, ja püüavad end ravida. Neuroloogilised sümptoomid (pupillide ebaühtlus, näolihaste asümmeetria, pupillide nõrgenenud reaktsioon valgusele) ning eriti vere ja ajuvedeliku positiivne reaktsioon süüfilise suhtes aitavad ajusüüfilise seda vormi eristada skisofreenia paranoilis-hallutsinatoorsest vormist.

Ajusüüfilise pilt lastel ei erine millegagi selle pildist täiskasvanutel. Olgu ainult mainitud, et äge süfiliitiline meningiit ja meningoentsefaliit tekitavad tunduvaid raskusi eristamisel seroossest meningiidist ja epideemilisest entsefaliidist. Süfiliitilise haigestumise õige diagnoosi aluseks on neil juhtudel vähem tormiline kliiniline pilt, kalduvus pikaajalisemaks kestuseks, vere positiivne Wassermanni reaktsioon, liikvori uurimise andmed ja spetsiifilisele ravile järgnev efekt. Tuleb silmas pidada, et vastava ravi puudumisel rasked orgaanilised muutused lapse ajus armide, verevalumite ja pehmumiste näol pidurdavad tema vaimset arenemist või panevad selle hoopis seisma, mille tagajärjeks on oligofreenia (nõrgamõistuslikkus) mitmesuguses astmes.

R a v i. Häid tulemusi annab bijohinooli süstimine (2 ml üle päeva, nr. 15), novarsenooli süstimine veenisse (esialgne annus 0,15, seejärel 0,3—0,45—0,6), halli elavhõbedasalvi (Ung. Hydrargyri cinerei — 4,0) sissehõõrumine. Ravikuuri tuleb korrata, juhindudes arsti eeskirjadest. Viimasel ajal rakendatakse penitsilliini süstimist lihasesse (kuni 6 miljonit ühikut ravikuuri kohta) ja seejärel spetsiifilist teraapiat. Häid tulemusi annavad joodipreparaadid: 4—8 tilka Lugoli lahust pärast söömist või veenisse 10 ml 10%-list naatriumjodiidilahust, ravikuuri kohta 10—15 süstimist. Spetsiifilist ravi tuleb kombineerida üldtugevdava raviga (vitamiinid, vesiravi). Ajusüüfilise raviks lastel kasutatakse samu spetsiifilisi vahendeid, kõige sagedamini bijohinooli, mida süstitakse 1—2 ml 2 päeva tagant. Ravikuuriks on vaja 8—10 ml bijohinooli.

b) **Progressiivne paralüüs** (*paralysis progressiva*) on neurosüüfilise erivorm. Erinevalt ajusüüfilisest kujutab ta endast difuus-

set süfiliitilist meningoentsefaliiti, mis kahjustab nii ajukelmeid, aju veresooni kui ka ajuollust (parenhüümi).

Progressiivset paralüüsi iseloomustab kliiniliselt psüühika üha süvenev laostumine (nõdrameelsus) ja haige äärmine somaatiline kurtumus (marasm). Järelikult on progressiivse paralüüsi peamiseks kliiniliseks sümptoomiks nõdrameelsus. Haiguse esimesed tunnused võivad aga avalduda üsna märkamatult, esimesel pilgul tavaliste närvisüsteemi kurnatuse sümptoomidena. Süüfilisse nakatumisest kuni progressiivse paralüüsi ilmnemiseni möödub keskmiselt 8—15 aastat. Progressiivsesse paralüüsi ei haigestu kõik süüfilisse haigestunud, vaid ainult 3—5%, seejuures sagedamini mehed 35—50 aasta vanuses. Neurosüüfilise arenemist soodustavad närvisüsteemi nõrkus ja lisategurid, mis seda nõrkust esile kutsuvad (trauma, alkoholism). Progressiivsesse paralüüsi haigestunute arv on meie maal järsult langenud seoses süüfilisse haigestumise tunduva vähenemisega ja haigestunute dispanseerimisega.

Progressiivse paralüüsi kulg jaotatakse kolmeks perioodiks.

E s i m e n e p e r i o o d — haiguse esialgsed sümptoomid — väljendub üldistes neurasteenilistes nähtudes (preparalüütilise neurasteenia periood). Ilmneb kõrgenenud ärrituvus, hajameelsus, unustlikkus, unetus, töövõime langus, nutlikkus. Erinevalt tavalisest neurasteeniast (kui neuroosi vormist), mille sümptoomid pärast mõningat puhkust ja vastavat ravi jäljetult kaovad, süvenevad preparalüütilise neurasteenia sümptoomid üha.

Juba algusest peale täheldatakse sümptoome, mis kõnelevad peaaju orgaanilisest kahjustusest, mida tavalise neurasteenia korral ei esine (vt. ptk. «Neuroosid»). Närvisüsteemi uurimisel ilmneb anisokooria, Argyll-Robertsoni sümptoom, nina-huule kurru tasandumine, kõõlusrefleksiide kõrgenemine, alanemine või ebaühtlus. Progressiivse paralüüsi tähtsaks ning varajaseks neuroloogiliseks sümptoomiks on düsartria, komistamine mõningate raskesti häälduvate sõnade kasutamisel. Haige ei saa näiteks selgelt ja artikuleeritult välja öelda sõnu «elektritsiteet», «Rakvere ratsarügement», «armee reorganisatsioon», «elektritriikraud». Samasugusteks varajasteks tunnusteks on kirjutamise häired; käekiri muutub ebaühtlaseks, haige jätab tähti või silpe vahele või kirjutab neid kahekordselt; näiteks sõna «raudteerong» asemel kirjutab ta «rauraudteerrong» või «radterong».

Kirjeldatud neuroloogilised sümptoomid on peamiseks diferentsiaaldiagnostiliseks tunnuseks ja hõlbustavad progressiivse paralüüsi varajaste vormide avastamist. Neurasteeniliste kaebuste esinemine üheaegselt nende sümptoomidega närvisüsteemi poolt annab täieliku aluse progressiivse paralüüsi kliiniliseks diagnoosiks ja haige viivitamatuks ravile saatmiseks vaimuhaiglasse. Esimese perioodi kestus ei ole pikk — mõni nädal kuni kaks-kolm kuud.

Haigus läheb varsti üle t e i s e p e r i o o d i, sümptoomide täieliku väljakujunemise ja nõdrameelsuse arenemise perioodi. Sellel

perioodil tulevad esiplaanile kõik nõdrameelsuse sümptoomid; haige kaotab võime oma olukorda kriitiliselt hinnata, peab end terveks. Meeleolu on tal ülekaalus hea. Haige on eufooriline, elevil, sooritab tegusid, mis oma mõttetusega äratavad sageli ümberolijate tähelepanu. Haiged muutuvad erootiliseks, sõlmivad kergemeelseid sidemeid, hakkavad pillama, kulutavad suuri summasid tarbetute esemete ostmiseks; nii ostis üks haigetest maikuus kogu poole kuu palga — 700 rubla — eest värsket liha ja omaste imestuseks tõi selle kärul koju. Sellel perioodil süvenevad järk-järgult füüsilise kurtumuse tunnused.

Kolmas, laostumisperiood (marasm). Nõdrameelsus jõuab äärmise astmeni, haige teeb mingisuguseid ebamääraseid häälitsusi ja lamab jäsemete täieliku halvatuse tõttu liikumatult voodis. Sulgurlihaste halvatuse tagajärjel esineb spontaanne rooja ja kuse eritumine. Füüsiline kurtumus on väga tugev. Seoses trofiliste häiretega nahas võivad halva hooldamise puhul areneda rohked lamatised. Nahaalune rasvkude kaob peaaegu täielikult. Nahk katab vahetult luid, mis muutuvad väga hapraks ning võivad kergesti murduda.

Kirjeldatud üldise marasmi seisund nõuab personalilt kannatlikku, väga tähelepanelikku suhtumist haigesse ja eriti hoolikat põetamist.

Kolmandas, lõpp-perioodis surevad haiged kõige sagedamini sepsise, hüpostaatilise pneumoonia või marasmi tagajärjel. Sugugi mitte harva esinevad haiguse sellel perioodil epileptiformsed krambihood, mis võivad samuti olla surma põhjuseks. Mõnikord arenevad epileptiformsed krambid kohe progressiivse paralüüsi alguses, kui teised tunnused veel selgesti ei avaldu, ja hõlbustavad diagnoosimist. Progressiivse paralüüsi käigus võivad esineda aju insuldid ning neile järgnevad hemipleegiad ja pareesid; erinevalt arterioskleroosi alusel kujunevatest halvatustest on neile iseloomulik lühiajalisus, sest kahjustuskolded on siin väikesed. Halvatud jäsemetes võivad liigutused taastuda üsna varsti (mõne päeva, nädala pärast).

Progressiivse paralüüsi kliiniline pilt kujuneb välja tavaliselt haiguse teisel perioodil (haiguse täieliku väljaarenemise periood).

Eristatakse progressiivse paralüüsi järgmisi põhilisi kliinilisi vorme:

1. Maniakaalne ehk ekspansiivne vorm. Seda iseloomustab kõrgenenud, hea meeleolu (eufooria), mille taustal haige kõneleb suurusluulule omaseid mõttetuid jutte (ta olevat miljardär, kõik maailma kullavarud kuuluvat temale, ta ise olevat üleni kullast jne.). Ta käitumine on samuti mõttetu — ta «jaotab» kõigile olematuid rikkusi, on sageli küüniline, erootiline. Ta peab end terveks ja on vaimuhaiglas viibimisega rahul (joon. 33).

2. Depressiivse vormi puhul on haige rõhutud meeleolus, mille taustal avaldub mõttetu hüpokondriline luul (tal ei olevat magu, toit valguvat otse kusepõide jne.).

3. Dementset vormi iseloomustab üha süvenev nõdrameelsus, kusjuures langeb võime kõike ümbritsevat kriitiliselt hinnata, õigeid järeldusi teha, oma haiguslikku seisundit mõista. Hoolimata seisundi raskusest püsib haige meeleolu eufoorilisena.

4. Tabeetilise vormi *(taboparalysis)* puhul kombineeruvad progressiivse paralüüsi ja seljaajukuive sümptoomid (vt. vastav ptk.). Sellele vormile on omane pikaldane, aeglane kulg.

5. Agiteeritud vormi iseloomustab kiire, galopeeriv pahaloomuline kulg tugeva motoorse rahutusega, segasusseisund ja psüühika kiire laostumine. See progressiivse paralüüsi võrdlemisi harva esinev vorm lõpeb harilikult surmaga.

Patoloogilis-anatoomilised muutused ajus progressiivse paralüüsi puhul avalduvad ajukelmete hägustumises ja paksenemises, ajukäärude atroofias, kusjuures hävivad närvirakud (peamiselt otsmikusagarates), vesipea tekkimises ja ajukelmete veresoonte põletikulistes muutustes.

Progressiivse paralüüsi kirjeldatud vormidest, mis kujunevad omandatud süüfilise tagajärjel, erineb võrdlemisi harva esinev juveniilne progressiivne paralüüs, mis areneb noorukieas kaasasündinud süüfilise alusel. Juveniilne progressiivne paralüüs areneb kõige sagedamini 10.—15. eluaastal. See haigus areneb lastel, kellel on ilmsed kaasasündinud süüfilise sümptoomid (sadulnina, Hutchinsoni hambad, mahajäämus füüsilises arenemises), aga ka lastel, kes varem olid nii psüühiliselt kui ka füüsiliselt praktiliselt terved.

Lastel seisab progressiivse paralüüsi kliiniline pilt haiguse sümptoomide järkjärgulises süvenemises. Algul esinevad peavalud, ärrituvus, nutlikkus, meeleolu labiilsus. Varsti lisanduvad intellektuaalse sfääri languse tunnused: lapsel läheb õppimine raskeks, ta ei suuda õpitut meeles pidada, ei saa aru lihtsamatestki käskudest. Käitumises on ta tasakaalutu, lohakas, loid, algatusvõimetu. Vahel esineb kõrgenenud meeleolu, motoorne rahutus, mõttetu, agressiivne käitumine. Üsna varsti asendub aga erutusseisund üha süveneva loidusega. Sageli moodustavad kliinilises pildis tunduva osa epileptiformsed krambihood, milles haigus võibki avalduda. Neuroloogilistest sümptoomidest tuleb märkida ebakindlat kõnnakut, sõrmede ja keele värisemist, ebamäärast kõnelemist, Argyll-Robertsoni sümptoomi, sageli nägemisnärvide atroofiat, kõõlusrefleksi de kõrgenemist. Kui haiget ei ravita, areneb vähehaaval, 5—7 aasta jooksul, raskekujuline nõdrameelsus.

Erinevalt täiskasvanute progressiivse paralüüsi kliinilisest pildist ei esine juveniilse vormi korral sellist lopsakat suurusluulu, haiged avaldavad ainult üksikuid katkendlikke mõtteid oma liialdatud võimetest. Diagnoosimiseks on väga tähtis tunda anamneesi, hoolikalt uurida somaatilist staatust, arvestada vere ja liikvori analüüsi andmeid, füüsilise ja vaimse arenemise mahajäämist ning süvenevat nõdrameelsust.

Ravi. Möödunud sajandi 70. aastateni peeti progressiivset paralüüsi ravimatuks haiguseks. Meie kodumaine psühhiaater Rosenblum esitas aastal 1875 esimesena meetodi progressiivse paralüüsi ravimiseks taastuva tüüfuse külgepookimise teel, mis andis häid tulemusi. Tuginedes Rosenblumi ideele, hakati hiljem niisugustele haigetele malaariat külge pookima. Seega kuulub idee ravida progressiivset paralüüsi püroteraapiaga (kõrgenenud temperatuuriga) vene autorile. Käesoleval ajal kasutatakse progressiivse paralüüsi raviks püroteraapiat koos spetsiifiliste vahenditega (vismuti- ja novarsenoolipreparaadid). Tulemus on seda parem, mida varem on ravi alustatud. Haiguse esimesel perioodil saavutatakse peaaegu kõikidel juhtudel tervistumine.

Malaariaga ravimine toimub järgmiselt. Haigele süstitakse naha alla või veeni 4—5 ml malaariaplasmoodiumiga (tingimata kolmandapäevitise malaaria plasmoodiumiga) nakatatud verd. Malaariahood algavad 10—12 päeva pärast. Kui haige somaatiline seisund lubab, lastakse tal läbi teha 10 hoogu. Kui aga ilmnevad südame tegevuse nõrgenemise tunnused, siis tuleb malaariahood hiniini või novarsenooli abil kupeerida enne 10. hoo arenemist. Nii malaariaravi ajal kui ka kohe pärast hoogude lakkamist, alates bijohinooli ja novarsenooli manustamise momendist, peab kesk- ja noorem meditsiiniline personal haiget hoolikalt põetama ning jälgima, sest on võimalik südame tegevuse nõrgenemine. Temperatuuri kõrgpunkti ajal ja eriti selle kiirel langemisel pärast malaariahoo lõppemist tuleb jälgida südame tegevust. Alati peab käepärast olema steriliseeritud süstel ja nõel ning kofeiini või kampri ampullid, sest nende kiiresti süstimine võib osutuda tarvilikuks. Haige raske somaatiline seisund nõuab, et personal tähelepanelikult jälgiks, kas mao-soole trakti talitlus on regulaarne. Samuti on vaja haigel suu limaskesta pühkida ja loputada. Tähtis on korduvalt temperatuuri mõõta ning andmed täpselt temperatuurilehele märkida.

Progressiivset paralüüsi põdevat haiget tuleb jälgida kui vaimuhaiget ja ka kui somaatilist haiget. Rahutuse korral on näidustatud vannid ja uinutid.

Kui malaariaravi on vastunäidustatud (vanem eluiga, nõrk süda), siis süstitakse naha alla 1%-list puhastatud väävli lahust — sulfasiini, mis tõstab temperatuuri 39—40°-ni. Viimastel aastatel tarvitatakse progressiivse paralüüsi raviks penitsilliini kombinatsioonis malaariaraviga. Õigeaegselt alustatud malaariaravi annab enamikul haigetel tervistumise või remissiooniseisundi.

3. Psüühilised häired vaskulaarsete haiguste puhul

Vaskulaarsetest haigustest, mis kõige sagedamini põhjustavad enam või vähem selgesti avalduvaid psüühika muutusi, tuleb käsitleda arterioskleroosi ja hüpertooniatõbe. Arterioskleroosiga kaasub

sageli hüpertoonia, hüpertooniatõve väljakujunenud vorm põhjustab aga arterioskleroosi ulatusliku arenemise. Need kaks haigust ei esine aga kaugeltki mitte alati samaaegselt. Kliiniline pilt ja kulg on kummalgi erinevad.

a) **Aju arterioskleroos** *(arteriosclerosis cerebri)*. Ajuarterite skleroos areneb harilikult 50.—60. eluaasta paiku, meestel sagedamini kui naistel. Haiguse tekkimist soodustavad kolju traumad, alkoholism, nakkushaigused, suitsetamine (nikotiinimürgitus).

Haigus areneb enamasti pikkamööda, järk-järgult. Aju arterioskleroosi varajasteks tunnusteks on kõrgenenud väsivus, unetus, suurenenud ärrituvus, raskustunne peas, kohin kõrvades. Kujuneva ajuarterite skleroosi üheks alatiseks ning varajaseks sümptoomiks on emotsionaalne labiilsus, tundelisus, mis avaldub selles, et haiged iga tühja asja pärast nutavad ja pisaratelt kiiresti heasse tujju siirduvad. Võrdlemisi varsti lisandub nendele algsümptoomidele unustlikkus: haige unustab tuttavate nimed ja esemete nimetused, samuti ka sündmused, eriti käesolevad või hiljuti toimunud sündmused. Kasvav mälunõrkus põhjustab töövõime langemise. Peavalu tugevneb, tekib peapööritus. Haiged tavaliselt tunnetavad ise oma haiguslikku seisundit ja töövõime langus on neile sageli raskeks elamuseks. Areneb depressiivne seisund, tihti tekivad sünged enesetapmismõtted. Igasugune meeleolu langus arterioskleroosihaigel peab personali valvsust tõstma, sundima niisugust haiget hoolikalt jälgima. Haiguse algstaadiumides profülaktilise režiimi järgimine ja puhkus ning joodipreparaatide kasutamine kergendab haige seisundit tunduvalt ja hulgaks ajaks.

Arterioskleroosi kerged juhud kestavad palju aastaid. Haige tervislik seisund kõigub teatavates piirides — alates endise töövõime täielikust taastumisest kuni korduva statsionaarse ravi vajaduseni. Vaskulaarsetele haigustele üldse ja arterioskleroosile eriti on tüüpiline sümptoomide «virvendamine», mis avaldub haige seisundi muutumises isegi mõnede tundide, minutite, ööpäeva jooksul. Raske arterioskleroosi puhul võivad tekkida aju insuldid, millele järgnevad püsivad hemipleegiad, pareesid, intellekti (mälu, arusaamise, kriitikavõime) tunduv langus ja jäädava nõdrameelsuse arenemine. Arterioskleroosi puhul esinevad sageli epileptiformsed hood. Arterioskleroosi rasketel juhtudel esinevad mitmed somaatilised häired: üldine kurtumus, lamatised, südame tegevuse nõrgenemine.

Arterioskleroosi raskete, pahaloomuliste vormide puhul ei piirdu patoloogilis-anatoomilised muutused ainult ajuveresoontega, vaid levivad ka aordile, pärgarteritele ja neeruarteritele. Veresoonte kahjustused avalduvad kõigepealt nende seina sisekihi *(intima)* muutustes; *intima*'sse ladestuvad lipoidid, seejärel ta pakseneb ja pehmeneb, mille tõttu tekivad verevalumid ja tromboosid.

R a v i. Haiguse algstaadiumides on näidustatud puhkus, piimataimetoidu dieet, loobumine alkoholist ja suitsetamisest. Tingimata tuleb kasutada joodipreparaate (T-rae Jodi) — 2 korda päe-

vas pärast söömist 6—8 tilka piimaga. Pead ioniseeritakse joodiga, süstitakse glükoosi, tehakse süsihappevanne. Kõrge vererõhu ja insuldi ohu korral tuleb välja lasta kuni 400 ml verd või panna kaanid. Insuldi puhul on vajalik absoluutne voodirežiim, kaanide panek, jääkott pea peale, klistiirid soolalahusega. Edaspidi antakse joodipreparaate, rakendatakse kahjustatud jäsemete suhtes ravikehakultuuri, viiakse läbi füsioteraapiat.

b) **Hüpertooniatõbi.** Erinevalt arterioskleroosist areneb hüpertooniatõbi sagedamini nooremas eas (35.—40. eluaastal). Kõige enam väljakujunenud psüühilised muutused esinevad nendel hüpertooniatõve juhtudel, kus ülekaalus on ajuveresoonte kahjustus. Psüühika muutusi esineb haiguse kõikides staadiumides; algstaadiumis on nendeks peavalu, peapööritus, sõrmede ja varvaste tuimaks muutumine, väsivuse suurenemine. Teises staadiumis on esiplaanil äärmine ärrituvus, hallutsinatsioonid, ärevus, hirm, depressioon. Ajuvereringe järsu, äkilise häire (ajuarterite spasm) korral võivad esineda ägedad psühhootilised seisundid — hämaroleku tüüpi, koos mõnikord väga tugeva motoorse rahutusega, tugeva hirmuga. Selliste seisundite võimalust tuleb arvestada seda enam, et hüpertooniahaiged viibivad sagedamini mitte vaimu-, vaid sisehaiguste haiglas. Need ägedad psühhootilised seisundid on harilikult lühiajalised, kuid korduvad sageli. Niisugustel haigetel tuleb kiiresti rakendada abinõusid (verelaskmine, kaanid) ja tugevdada valvet nende üle, vahel aga paigutada nad psühhiaatrilisse asutusse, kui neil esinevad kõne- ja motoorne rahutus, pikaleveniv hämarolek, epileptiformsed hood.

Korduvate insultide tagajärjel võib kujuneda nõdrameelsuse pilt, mis on iseloomulik hüpertooniatõve kolmandale staadiumile. Hüpertooniliste psühhooside kulgu iseloomustab haige seisundi kõikumine kord halvenemise, kord paranemise suunas. See oleneb tunduval määral vererõhu kõikumisest ja veresoonte spasmidest, mida hüpertooniahaigetel esineb sageli. Kaugelearenenud hüpertooniatõve juhtudega kaasub arterioskleroos.

Hüpertooniatõve puhul ilmnevad patoloogilis-anatoomilised muutused peamiselt aju valgeolluse ja koorealuste tuumade väikestes veresoontes (arterioloskleroos); neis aju piirkondades esinevad verevalumid ja varasemate verevalumite tagajärjel väikesed tsüstid.

Raviks määratakse vererõhku alandavaid vahendeid. Eriti näidustatud on diuretiini, papaveriini ja salsoliini segu järgmise retsepti järgi:

Rp. Papaverini hydrochlorici 0.02
Salsolini hydrochlorici 0,03
Diuretini 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. 3 korda päevas 1 pulber

Veeni süstitakse 40%-list glükoosilahust, mis samuti alandab vererõhku.

Nõukogude teadlased (Lang, Bõkov, Mjasnikov jt.) on viimastel aastatel palju töötanud hüpertooniatõve arenemise põhjuste selgitamiseks ja jõudnud järeldusele, et hüpertooniatõve patogeneesis on üheks tähtsamaks momendiks kõrgema närvitalitluse, eriti veresoonte toonuse tsentraalse regulatsiooni häire. Need nihked tekivad närvisüsteemis kõige sagedamini pikaajalise psüühilise ülepingutuse tagajärjel. Edasiste uurimistega tehti kindlaks, et hüpertooniatõve algstaadiumis on kõrgema närvitalitluse häire aluseks erutusprotsessi nõrkus ajukoores ja inertse erutuskolde esinemine koorealustes piirkondades. Neil juhtudel soovitatav ravimine pikaajalise katkestatud unega kaitseb kesknärvisüsteemi edasise kurnatuse ja üleerutuse eest, taastab töövõimet, soodustab vererõhu alanemist.

Uneravi ajal vajavad haiged erilist hoolitsust ja järelevalvet teenindava personali poolt (üksikasjalisemalt vt. «Vaimuhaigete ravimise üldised põhimõtted ja peamised meetodid»).

Vererõhu äkilisel kõrgenemisel ja rahutuse tugevnemisel tuleb panna kaane, lasta välja 200 ml verd; ööseks tehakse klistiir 0,3—0,4 barbamüüliga 50 ml-s füsioloogilises lahuses.

4. Taandarenguea psühhoosid (involutsioonipsühhoosid)

Involutsioonipsühhooside hulka kuuluvad need psüühika muutused, mis on seotud organismi taandarenguga, närbumisega. Involutsiooniperioodi psühhoosid tekivad kahe põhivormina: raukuseelsed ehk preseniilsed ja raukus- ehk seniilsed psühhoosid.

a) **Preseniilsed psühhoosid.** Nagu nimetus näitab, langeb preseniilsete (ladina keeles *senium* — vanadus, raugaiga, *praesenium* — raukuseelne iga) psühhooside arenemine ühte organismi taandarengu algusega, klimakteeriumiga (kliimaksiga); seepärast nimetatakse neid ka klimakteerilisteks psühhoosideks. Seoses sugunäärmete närbumisega, nende funktsiooni nõrgenemisega, muutub 40.—50. eluaastal naistel ja mõnevõrra hiljem meestel kogu organismi tegevus, see aga avaldab mõju ka vegetatiivse ja kesknärvisüsteemi tegevusele.

Klimakteeriumiperioodiga (sugunäärmete tegevuse lakkamine) kaasub alati psüühika ja somaatilise sfääri muutus, mis avaldub veretulvas pähe ja näkku, kõrgenenud ärrituvuses, meeleolu kõikumistes (sagedamini languse suunas). Enamasti piirdub kõik ainult nende sümptoomidega, haiguslikud nähud kaovad vähehaaval ja psühhoosi ei arene.

Peale klimakteeriumi on tõelise psühhoosi arenemiseks vajalikud veel teised täiendavad tegurid: psüühika labiilsus varematel aegadel (psühhopaatiline isiksus), kalduvus närvisüsteemi katkestusteks, neurootilisteks reaktsioonideks. Teiste sõnadega, närvisüsteemi nõrga tüübi puhul kogu endokriinses süsteemis klimakteeriumi mõjul toimuvad nihked soodustavad kesknärvisüsteemi kõr-

gemate osade talitluse häirumist. Suure tähtsusega on ka psüühilised traumad, kui nad toimuvad algava involutsiooni momendil.

Preseniilse psühhoosi peamised kliinilised vormid on preseniilne depressioon ja preseniilne paranoid (paranoiline vorm). Preseniilne psühhoos kulgeb enamasti depressiooni kujul, mille peamiseks kliiniliseks sümptoomiks on rõhutud, pärsitud meeleolu ning tunduv ärevus. Haigel kaob uni, ta muutub ärevaks, kartlikuks, mõtleb kogu aeg, et teda ähvardab mingi häda, katastroof, ta on mingisuguste ebameeldivuste ootel, mis puutuvad tema sugulastesse, omastesse. Ilma igasuguse aluseta arvab ta, et tema omaksed peavad hukkuma, kusjuures ta eelseisva katastroofi süüdlaseks peab iseennast. Ta hakkab mõtisklema oma endisest elust, arvab, et ta on kõiges süüdi, et ta pole õigesti elanud. Väljaarenenud haigusvormi puhul esineb enesesüüdistusluul. Haige arvab, et ta ei vääri tähelepanu ega hoolitsust, ning keeldub seetõttu personali teenetest, ravimitest ja isegi toidust.

Haige kogu käitumise määravad tema ärev, rõhutud meeleolu ja enesesüüdistusmõtted. Erinevalt tsirkulaarset depressiooni põdevaist haigeist jookseb niisugune haige mööda osakonda siiasinna, haarab endal peast kinni, ohkab sügavalt ja murelikult. Ta nägu väljendab ärevust, õudu mingisuguste hirmsate vältimatute piinade pärast, mis teda ootavad toimepandud «süütegude» eest. Preseniilse depressiooniga haige on vallatud visadest enesetapmismõtetest, püüab endale korduvalt otsa teha; seetõttu peab teda pidevalt, alaliselt valvama. Ei tohi unustada, et niisugune haige võib oma surmamõtteid varjata ja teha enesetapmiskatse niipea, kui järelevalve tema üle juhtub nõrgenema.

Kui haige keeldub söömast, peab meditsiiniline personal visalt ja kannatlikult püüdma teda toita. Kui toitmine tavalisel viisil ei õnnestu, tuleb haigele toitu sisse viia sondi abil (vt. «Vaimuhaigete põetamine»).

Preseniilne paranoid. Rõhutud meeleoluga ja ärevatel haigetel esineb kiivus- ja jälitusluul.

Kirjeldatud psühhoosid kestavad mõni kuu kuni kolm-neli aastat ja lõpevad sageli tervistumisega. Kui preseniilne psühhoos komplitseerub tserebraalse arterioskleroosiga, jääb psüühika defekt püsima.

Ravi. Preseniilse depressiooniga ja luuluga haiged tuleb paigutada vaimuhaiglasse, kus nad saavad ravi ja viibivad tugevdatud valve all. Eriti hoolikalt tuleb jälgida nende somaatilist seisundit, taotleda, et nad süstemaatiliselt ja küllaldaselt tarbiksid, et nende soolestiku talitlus oleks regulaarne. On näidustatud endokriinsed preparaadid: follikuliin, sünestrool. Rahutuse, tugeva ärevuse korral on soovitatav teha sooja vanni, ööseks anda uinuteid.

b) **Raukus- ehk seniilsed psühhoosid** arenevad 60.—70. eluaasta paiku seoses aju närvirakkude atroofiaga. Närvirakkude atroofiat ei saa aga seletada ainult raugaea algamisega. Raukuspsühhoosi

puhul on tegemist kiiresti süveneva difuusse atroofilise protsessiga aju parenhüümis, mis põhjustab nõdrameelsuse. On kindlaks tehtud, et väga kõrges vanaduses raukadel esineb seniilset psühhoosi võrdlemisi harva (0,2—0,3%-l). Inimestel vanusega üle 100 aasta ei esine seniilset psühhoosi koos sellele iseloomuliku nõdrameelsusega üldse mitte. On kindlaks tehtud, et vanaduses väheneb pidurdusprotsesside liikuvus, erutusprotsesside jõud aga säilib suhteliselt endisena; see muidugi muudab kõrgema närvitalitluse laadi, kuid ei tarvitse sugugi häirida isegi kõrget intellektuaalset tegevust.

Raukusnõdrameelsuse kliiniline pilt ja isiksuse tunduv muutumine arenevad pikkamööda. Kõige varem ja esmajoones tekib mäluhäire; haiged muutuvad hajameelseks, unustlikuks, ei suuda äsja saadud teateid meeles pidada, unustavad kuupäevad, isikute, kohtade jne. nimed. Mälu nõrgenemine laieneb järk-järgult üha kaugematele sündmustele: haiged ei tunne enam ära tuttavaid ega isegi omakseid. Tekib desorientatsioon ajas ja ruumis. Mälu lünki täidavad väljamõeldised, fantaasiad (konfabulatsioonid). Aju kaotab võime uute seoste kujundamiseks, mistõttu inimene ei ole suuteline ümbritseva keskkonnaga kohanema. Kriitiline suhtumine oma seisundisse puudub, areneb raskekujuline nõdrameelsus. Haigete käitumine muutub mõttetuks, nad askeldavad, koguvad söögijäänuseid, risu, prahti. Muutub ka tundeelu. Kõrgemad, kortikaalse talitlusega seoses olevad emotsioonid kaovad. Haiged muutuvad taktituks, lodevaks, sõlmivad kergemeelseid tutvusi, on egotsentrilised, ükskõiksed, tuimad. Luulumõtete mõjul väidavad nad, et neid on paljaks röövitud (neile näib, et kõik nende tagant varastavad), või neil tekib hüpokondriline luul («sisikond on ära mädanenud», «ei ole magu ega soolt»).

Haigetel muutub sageli teadvus segaseks, ilmuvad hallutsinatsioonid, kärsitus ja rahutus, mis süvenevad eriti öösel. Need seisundid hallutsinatsioonide ja rahutusega on enamasti tingitud kaasnevatest somaatilistest haigustest ja infektsioonidest.

Paralleelselt nõdrameelsuse süvenemisega süveneb ka füüsiline närbumine: nahk muutub kuivaks, luud hapraks, tekib üldine kõhnumine. Tavaliselt surevad haiged lisanduva nakkuse, enamasti bronhopneumoonia tagajärjel. Raviabinõud on suunatud peamiselt somaatilise seisundi parandamisele. Tugeva kurtumuse ning kuseja roojapidamatuse puhul vajavad haiged eriti hoolikat põetamist. Rahutuse korral on näidustatud broomipreparaadid ja uinutid.

5. Skisofreenia

Skisofreenia on üks kõige sagedamini esinevaid vaimuhaigusi; tavaliselt areneb ta 17.—35. eluaasta vahel.

Eristatakse skisofreenia nelja kliinilist vormi: katatoonset, hebefreenilist, lihtsat ja paranoilis-hallutsinatoorset vormi.

a) **Katatoonne vorm** avaldub kahe peamise sündroomina — katatoonse stuupori ja katatoonse rahutusena.

Katatoonset stuuporit on üksikasjaliselt kirjeldatud peatükis sündroomidest. Tuletame meelde, et selline haige püsib liikumatuna, tardub vahel väga veidrates, ebamugavates poosides, näiteks painutatud käte ja jalgadega, rinnale surutud lõuaga, padja kohal ülestõstetud peaga (katalepsia) (joon. 73 ja 74). Seejuures mõistavad haiged hästi, mida neile räägitakse, mäletavad kõike, on teadlikud oma seisundist, mõnikord hindavad ümbritsevat olukorda väga õigesti ja peenelt, nagu selgub pärast stuupori möödumist nendega vesteldes.



Joon. 73. Katatooniahaige eriline poos ja koonutaoline huulte asend.

Katalepsia patofüsioloogiliseks aluseks on isoleeritud pidurdusprotsess peaaju suurte poolkerade koore motoorses piirkonnas; see pidurdus ei levi poolkerade teistele osadele ega koort mööda sügavamale. Niisugune suurte poolkerade motoorse piirkonna isoleeritud pidurdus võimaldab motoorse aparaadi madalamate piirkondade talitlusel avalduda. Seda tuleb mõista nii, et peaaju kõrgemate motoorsete osade pidurduse korral kaob ajukoore reguleeriv mõju madalamate motoorsete piirkondade keerulistele tingimatutele refleksidele, mis tasakaalustavad meie keha asendit ruumis. Pidurdatud ajukoore reguleeriva mõju puudumise tõttu ilmnevad ning säilivad kaua aega kummalised ja ebamugavad poosid. Samasugune seisund, nagu eespool on kirjeldatud, esineb teatavas hüpnoosi staadiumis viibival inimesel, sest hüpnoos kujutab endast samuti ajukoore pidurdust — osalist und. Selle sarnasuse alusel näitas I. P. Pavlov veenvalt, et skisofreenia pilt kujutab endast ajukoore hüpnootilist seisundit.

Skisofreenia puhul esineva katatoonse pidurduse ja teatavas hüpnoosi staadiumis viibiva inimese seisundi ühesugune olemus on väga tähtis, et lõplikult järeldada, mida kujutab endast skisofreenia füsioloogilisest seisukohast.

On näiteks teada, et katatoonses stuuporis viibivad haiged, kes ei reageeri neile esitatud küsimustele, jäävad nende suhtes nagu

täiesti ükskõikseks, hakkavad aga küsimustele õigesti vastama, kui need esitatakse vaikses, rahulikus olukorras tasase häälega, sosinal. Patofüsioloogilisest seisukohast on see sümptoom ajukoore osalise pidurduse (paradoksaalse faasi) väljendus, kus tugev ärritaja (antud juhul vali kõne) ei kutsu esile vastusreaktsiooni, nõrk ärritaja (sosinkõne) aga annab positiivse reaktsiooni (vastus sosistatud küsimusele).



Joon. 74. Kataleptoidne seisund skisofreenia katatoonse vormi puhul.

Ajukoore pidurduse sama paradoksaalse faasiga on seletatav ka teine skisofreenia puhul esinev kliiniline iseärasus: päeva jooksul katatoonses stuuporis viibivad haiged vabanevad pidurdusest, kui algab õine vaikus, kui pääsevad mõjule nõrgad ärritajad: neil kaob veider poos, liigutuste jäikus, nad tõusevad voodist, hakkavad liikuma, kõnelema.

Selliseid muutusi tuleb mõista nii, et skisofreeniahaigetel on pidurdusseisundis viibivad nõrgestatud ajukoorerakud ümbritseva keskkonna ärritajate suhtes üleliia tundlikud ja isegi tavalise tugevusega ärritajad (kõnelused, haige poole pöördumine, küsimused, naaberhaigete liigutuste müra) osutuvad liiga tugevaiks, süvendavad veelgi pidurdust. Kui algab öö, mil välised ärritajad on minimaalsed, vabanevad ajukoore motoorne ja kõnepiirkond pidurdusest.

Järgmiseks skisofreenia puhul sageli esinevaks sümptoomiks on negativism, mis avaldub selles, et haige teeb kõike vastupidiselt. Kui teda palutakse keelt näidata, pigistab ta hambad krampliikult kokku; selle asemel et kätt anda, tõmbab ta selle ära; kabinetti kutsumisel punnib ta vastu, kui ta aga on vägivaldselt sisse toodud, keeldub ta välja minemast, kui talt seda palutakse. Haige pöördub toidust kõrvale, kui aga talle püütakse toitu suhu panna, siis surub ta lõualuud nii tugevasti kokku, et on võimatu lusikat suhu viia. Kui aga jätta toit haige juurde ja ära minna, siis sööb ta selle enamasti iseseisvalt ära. Juhtub ka nii, et kui haige poole pöördutakse vastupidise ettepanekuga (mitte süüa, mitte kätt anda, mitte tõusta, mitte keelt näidata), siis sirutab ta käe äraviidava toidu järele, püüab kätt anda, tõusta, keelt näidata. Sellist negativismi õnnestus eksperimentaalselt esile kutsuda hüpnootilises seisundis viibivatel koertel. Need koerad pöördusid pakutavast toi-

dust kõrvale, kuid tarvitses vaid toidunõu ära viia, kui koer hakkas eemaldatud toidu poole kippuma. Niipea kui hüpnootiline seisund hajus, sõi koer ahnelt toitu, mida ta varem hülgas.

Patofüsioloogilisest seisukohast on negativismisümptoom samuti ajukoore osalise pidurduse tagajärg, nimelt hüpnootilise seisundi ultraparadoksaalne faas.

Skisofreenia katatoonse vormi kliinilises pildis tekivad veel ehholaaliaks ja ehhokineesiaks (ehhopraksiaks) nimetatavad sümptoomid. Esimese puhul kordab haige sõna-sõnalt temale esitatud küsimust, näiteks küsimusele: «Kuidas end tunnete?» vastab ta: «Kuidas end tunnete?» Ehhokineesia seisab selles, et haige teeb täpselt järele ümberolijate liigutusi: tõstate käe üles, tema samuti, plaksutate käsi, tema samuti.



Joon. 75. Stereotüüpne poos skisofreenia katatoonse vormi puhul.

Teiseks sageli esinevaks skisofreenia sümptoomiks on stereotüüpia — ühtede ning samade liigutuste pidev kordamine pikema aja jooksul.

Skisofreenia kirjeldatud tunnused — stuupor katalepsiaga ja kogu keha lihaste tardumisega, mutism, negativism, ehholaalia, ehhokineesia, stereotüüpia — esinevad mitmesuguste skisofreenia vormide puhul. Haigusvormi, mille puhul need tunnused on kliinilises pildis juhtivad, nimetatakse katatoonseks vormiks (joon. 75).

Skisofreenia katatoonse vormi mitmesuguseid kliinilisi sümptoome vaadeldakse käesoleval ajal kui mitmesuguseid pikaajalisi vahepealseid seisundeid ärkveloleku ja une vahel (hüpnootilised faasid), kui kaitsepidurduse arenemise staadiume.

Psühhootilise seisundi raskus oleneb ajukoore rakkude kaitsepidurduse astmest; see pidurdus kaitseb neid ähvardava hävimise eest intoksikatsiooni tagajärjel. Seni kui toimivad pidurduse kaitsemehhanismid, on rakk elus ja destruktsiooni temas ei ole.

Skisofreeniahaigetega viimastel aastakümnetel läbi viidud eksperimentaalsed ja kliinilised uurimised on I. P. Pavlovi poolt saadud andmeid tunduvalt täiendanud.

J. A. Popov võttis tarvitusele farmakoloogilised vahendid, mis tugevdavad erutusprotsessi ajukoores ning järelikult nõrgendavad katatoonse vormiga skisofreeniahaigetel pidurdust. Selgus, et kui haigetele, kes viibivad stuuporis, veidras poosis, kellel esineb negativism ja mutism, süstida kofeiini, siis kofeiini toime kestuse ajal katatoonne pidurdus nõrgeneb, veider poos kaob, haige vas-

tab küsimustele ja täidab nõudmisi (annab kätt, näitab keelt). Vastavalt kofeiini toime kadumisele, kui ajukoores hakkab jälle pidurdusprotsess erutusprotsessi üle prevaleerima, võtab haige uuesti üsasisese asendi ja muutub endiselt liikumatuks.

Need kliinilis-eksperimentaalsed vaatlused tõestavad, et katatoonse stuupori aluseks on mitmesuguse intensiivsusega pidurdus, mis levib mööda ajukoort ebaühtlaselt.

K a t a t o o n n e r a h u t u s. Tuleb meeles pidada, et katatoonne stuupor võib asenduda katatoonse rahutusega, tavaliselt personalile ootamatult. Haige hüppab püsti, püüab kuhugi joosta, teeb ühetaolisi veidraid, tarbetuid liigutusi, näiteks kord istub, kord heidab voodisse, pöördub kummuli, seejuures sõnagi rääkimata, või teeb pikema aja vältel vahetpidamatult korrapäratuid liigutusi kätega või pöörleb ühel ning samal kohal oma telje ümber. Kõne on seejuures katkendlik, koosneb seoseta lausetest või üksikutest sõnadest. Üks kliinikus olev haige pöörles nädalate ja isegi kuude kaupa kindla tempoga oma telje ümber ja tegi seda alati palatis ühel ning samal kohal. Väga oluline on haigete impulsiivsus, mis esineb mitte ainult katatoonse rahutuse korral, vaid ka stuporoossetel haigetel: vaikides lamav haige kargab äkki püsti, viskub naaberhaige või personali kallale, lööb neid ja heidab uuesti voodisse, jäädes liikumatusse asendisse.

Skisofreenia katatoonse vormi puhul ilmnevad eriti tugevasti ka vegetatiivsed sümptoomid: nägu on rasune, peopesad ja jalatallad higised, pulss aeglane, vererõhk alanenud.

b) **Hebefreeniline vorm.** Skisofreenia kliiniline pilt võib koosneda ka niisugustest sümptoomidest nagu ülemeelikus, vigurdamine, kõne katkendlikkus, nii et kõne muutub isegi täielikuks «sõnapudruks». Haiguslik seisund ilmneb mõnikord täiesti ootamatult, äkitselt, seoses mingi mõttetu teoga, mis äratab ümberolijate tähelepanu. Näiteks sattus üks korduvalt haiglas viibinud haige enne seda harilikult miilitsajaoskonda: kord sellepärast, et ta avalikus kohas suures rahvahulgas karjus «appi!», teine kord sellepärast, et sülitas tundmatule naisele näkku. Üht naishaiget paluti jutuajamiseks arsti kabinetti. Uks avanes ja ilmus mingi liikuv kuju, mis tegi veduri müra ja vilet meenutavaid hääli. Osutus, et haige oli neljakäpukile laskunud, oma pea kitliga katnud ning jäljendas sõitvat vedurit. Niisuguste haigete miimika on maneerlik, nad grimassitavad, vigurdavad (joon. 76), hakkavad ootamatult naerma, näitavad keelt. Mõtlemise häire skisofreenia selle vormi puhul pakub lõhestatuse, seostamatuse pilti. Näiteks küsimusele, kuidas haige end tunneb, vastab ta: «Mul valutavad hambad, bülletään on klaveri peal, punkt.» Haige võib ka hakata rääkima näiteks järgmiselt: «Suur atmosfäär, toime seadus, kanapoeg, taevassinine tuulutus» («sõnapuder»). Mõnedel juhtudel avaldavad haiged katkendlikke luulumõtteid või hallutsineerivad. Alalise rahutuse ja vigurdamise tõttu tuleb neid haigeid pidada tugeva järelevalve all. Et haiguse esimesed sümptoomid arenevad enamasti noo-

ruses, siis nimetatakse seda skisofreenia vormi hebefreeniliseks ehk juveniilseks (nooruslikuks). Kõik selle vormi puhul esinevad sümptoomid on seletatavad erilaadilise kortikaalse pidurdusega. Ajukoores areneva pidurduse tagajärjel «... lähim koorealune mitte ainult vabaneb alalisest kontrollist, alalisest pidurdusest poolkerade poolt ärkvelolekus, vaid positiivse induktsiooni mehhanismi alusel satub koos kõigi oma keskustega isegi kaootilisse erutusseisundisse»[1].

c) **Lihtne vorm.** Kui kliinilises pildis on ülekaalus loidus, apaatia, ükskõiksus ümbruse vastu, mis üha süvenevad, mõtlemise muutumine targutlevaks ja järk-järgult suurenev mõtlemise katkendlikkus ning kui seejuures puuduvad katatoonsed, hebefreenilised ja hallutsinatoorsed-luululised nähud, siis niisugust skisofreenia vormi nimetatakse lihtsaks skisofreeniaks. See vorm areneb enamasti pikkamööda, peaaegu märkamatult, sest haigete käitumine jääb väliselt kauaks ajaks muutumata. Kõige olulisem on see, et varem elurõõmus, aktiivne, seltsiv noormees või neiu hakkab kaaslastest eemale hoiduma ning veedab suurema osa ajast voodis; tal on raske tähelepanu koondada, ta hakkab halvemini õppima, muutub ajuti jämedaks, egoistlikuks, ükskõikseks oma tegevusetuse suhtes, omaste elamuste suhtes, kõneleb, et ta vihkab oma vanemaid, et kavatseb neid tappa. Haiguse algul eelneb aga tundevaesusele sageli periood, kus haigete emotsionaalsed reaktsioonid ei ole olukorrale adekvaatsed (vastavad). Nii võib haige kurbade sündmuste puhul naerda, otsekui rõõmu avaldades; kõneluse puhul halvast enesetundest, kavatsusest surra, naerab ta samuti. Üks noormees, ainuke poeg perekonnas, oli haigestunud skisofreeniasse; kui ema talt küsis, mis temaga on, miks ta on ükskõikne, hajameelne, millest ta mõtleb, vastas ta: «Ma mõtlen, kuidas lõpetada elu enesetapmise teel, sest ma olen muutunud apaatseks ja külmaks kõige ümbritseva vastu.»



Joon. 76. Skisofreeniahaige grimassid (hebefreeniline vorm).

Kaugelearenenud juhtudel seisab haigete kogu tegevus ainult söömises, magamises ja oma loomulike vajaduste õiendamises. Ümbritseva elu sündmuste vastu jäävad nad ükskõikseks.

Skisofreenia lihtsa vormi patofüsioloogiliseks aluseks on jämedam destruktiivne protsess ajus. Kaitsepidurduse protsessi ajukoores kas pole üldse olemas või see on väga nõrk. Destruktiivne protsess põhjustab kolme peamise instantsi — tingi-

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, изд. 7-е, 1951, стр. 327.

matute reflekside süsteemi ja kahe kortikaalse signaalisüsteemi — vastastikuste vahekordade rikke, mis tingib isiku kogu psüühika ja käitumise sügava ning püsiva häire.

Esitame lühidalt ühe niisuguse tähelepaneku.

Haige L., 26 aastat vana, jäeti pärast kõrgema kooli lõpetamist aspirantuuri. Puhkuselt lõunast tuli ta tagasi kuidagi muutununa, oli vanematega kohtumisel ebaharilikult külm, tundis vastumeelsust õpingute suhtes, oli kogu päeva loid, algatusvõimetu, keeldus varem armastatud kohtumistest seltsimeestega. Imestunud vanemad arvasid, et pojal on mingisugused isiklikud elamused, püüdsid talt mitte midagi pärida, asjale mitte tähelepanu pöörata. Nii möödus mitu kuud. Selle aja jooksul noormehe loidus süvenes; vahel ta naeratas ebasobival ajal või oli isaga ebasõbralik, tige. Alles pärast noormehe kategoorilist keeldumist instituuti minna ja sellele järgnenud mõttetut tegu otsustasid vanemad arsti poole pöörduda. Kahjuks oli haigestumise momendist möödunud juba umbes aasta. Ravi oli hilinenud ja ei andnud paranemist. Haige olukord halvenes. Mitu aastat viibis ta haiglas, veetes kogu aja voodis, jäädes osavõtmatuks kõige suhtes, mis tema ümber toimus; ta suhtus ükskõikselt oma viibimisse vaimuhaiglas, juba lesestunud, üksijäänud vanaldase ema külastustesse. Ta elavnes pisut ainult söömise ajal. Füüsiline kurtumus süvenes järk-järgult ja lõpuks suri haige tuberkuloosi.

Lihtsa skisofreenia puhul paraneb mõnikord haige seisund, eriti pärast ravi; paranenud jäävad küll loiuks, algatusvõimetuks, kuid võivad soodsatel tingimustel eluga kohaneda ja töötada.

Aktiivse ravi meetodite kõrval omab suurt tähtsust süstemaatiline tööteraapia; see taastab signaalisüsteemide ja koorealuse piirkonna õiged vahekorrad, mis tagab võimaluse õigemaks käitumiseks ja isegi osaliselt töösse rakendumiseks.

d) **Paranoilis-hallutsinatoorne vorm.** Seda skisofreenia vormi iseloomustab hallutsinatsioonide ja luulu esinemine. Haigus areneb enamasti 30. eluaasta paiku. Haige kuuleb hääli, mis tavaliselt on ähvardavad või käskivad. Hallutsinatsioonide sisust oleneb haige käitumine. Imperatiivsete kuulmishallutsinatsioonide mõjul võib haige söömast keelduda, aknast välja hüpata, iseendale ja ümberolijaile vigastusi tekitada. Sagedad on hallutsinatoorsed hüüded nimepidi. Tihti kuuleb haige seda, mida ta mõtleb (mõtete kõlamine). Veel sagedamini kuuleb haige hääli mitte väljastpoolt, vaid nagu enda sees, näiteks peas, keeles, kõhus (Kandinski pseudohallutsinatsioonid).

Haiged tunnevad mitmesugustes kehaosades omapäraseid aistinguid: külmenemist, tursumist, voolu läbiminekut, põletust jne. (taktiilsed hallutsinatsioonid); nad tunnevad ebameeldivat laiba-, mäda- või kõrbemislõhna, mis näib tulevat toidust, vahel aga haigest enesest (haistmishallutsinatsioonid). Nägemishallutsinatsioonid esinevad skisofreenia puhul väga harva. Luul on mitmekesise sisuga ja väga tihti seoses hallutsinatsioonidega, kuid võib olla ka ilma nendeta. Enamasti räägivad haiged, et kogu ümbruskond on nende suhtes eriti pahatahtlik (suhtumisluul). Haige on veendunud, et teda jälgitakse, tahetakse mürgitada, mõjutada eriliste kiirtega, vooluga. Need on kõik jälitusluulu eriliigid. Teine haige on

veendunud, et tema siseelundid mädanevad, kleepuvad kokku, et ta põeb parandamatut sisehaigust (hüpokondriline luul).

50-aastasel naishaigel P. oli esimene haiguspuhang olnud 18 aastat tagasi; selle lõppemise järel oli ta kogu aeg töövõimeline. Teistkordne halvenemine langes ühte menstruatsioonide lakkamise perioodiga. Haigel kadus uni, tekkisid ebameeldivad aistingud algul lõualuus (haige arvates oli hambanärv veresoonega «kokku keerdunud»). Ta käis stomatoloogide juures, nõudis operatsiooni. Varsti tekkisid kõige mitmekesisemad aistingud ka teistes kehaosades: «söögitoru on rebenenud, toit ümbritseb otse kopsusid, sooled on veeldunud, pärasool on kokku kleepunud». Seisundi halvenemise tõttu paigutati ta haiglasse. Mõne aja pärast hakkas ta kuulma hääli, mis süüdistasid teda väga raskes kuriteos — oma õpilaste nakatamises süüfilisse; haige oli veendunud, et tal tuleb kohtusse minna. Kujutletava kohtuprotsessi ajal seisis ta päevade kaupa tardunud poosis oma voodi juures, ei lasknud end voodisse panna ning kuulas tähelepanelikult süüdistavaid hääli. Kohus langetas otsuse: «Ta ei sure kunagi, elab igavesti ja kannatab piinu.» Nüüd on haige alaliselt «oma vaenlase piinata», kes mõjutab teda elektrilaengutega ja mürgiste segudega, tekitades vaevavaid aistinguid nahas ja kõikides siseelundites. Haige käitumine osakonnas oleneb neist aistingutest, häältest, mis öösel veelgi tugevnevad. Siis muutub haige erutatuks, karjub, nõuab väljakirjutamist.

Suurusluul ja enesesüüdistusluul esinevad skisofreenia puhul märksa harvemini. Luulumõtted võivad olla katkendlikud ja haige võib neid visalt varjata, kuid nad võivad moodustada ka tervikliku süsteemi. Viimasel juhul esitavad haiged oma süsteemi sellise tõepärasusega, et neil õnnestub oma mõtete õigsuses veenda mitte ainult omakseid, vaid ka meditsiinilist personali.

Skisofreenia diagnoosimine võib tekitada suuri raskusi. See kehtib eriti nende haigusvormide kohta, mis algavad üldist laadi kaebustega, nagu peavalu, nõrkus, loidus, ebameeldivad aistingud mitmesugustes elundites: südames, maos, soolestikus. Niisugused haiged ravivad end kaua aega tulemusteta teiste erialade arstide juures. Korduvalt on skisofreeniahaigeid hospitaliseeritud somaatilise haigla mitmesugustesse osakondadesse diagnoosidega: gastriit, koliit, südame neuroos, soole ussnugiliste invasioon, neurasteenia jne. Kõikidel pikaldase algusega skisofreeniajuhtudel on diagnoosimisel otsustava tähtsusega haiguse dünaamika: üha süvenev endassesulgumine, võõrdumine ümbritseva maailma huvidest, sukeldumine omaenese elamuste maailma (autism), kaebuste püsimine ilma vastavate objektiivsete muutusteta somaatilises sfääris, nihked emotsionaalses sfääris, nimelt apaatia tekkimine, initsiatiivi kadumine.

Teistel juhtudel algab haigus ägedalt ja tormiliselt. Täheldatakse nõutust, põhjendamatut, mitte millegagi motiveeritud kartust, hirmu; haige rabeleb, sageli hindab ise oma seisundit sõnadega: «Ma lähen hulluks.» Süveneva motoorse rahutusega kaasnevad segasus ja raske intoksikatsiooni nähud: temperatuuri kõrgenemine, suu limaskesta kuivus, ööpäevase uriinihulga vähenemine, sagenenud, ebaühtlane pulss.

Samuti nagu selle haiguse teiste vormide puhul, tuleb haige niisugustel juhtudel viivitamata vaimuhaiglasse paigutada.

Somaatilisi häireid esineb väga sageli kõikide skisofreenia vormide, eriti katatoonse vormi korral. Üheks varajaseks skisofreenia sümptoomiks on visa, pakitsev peavalu, mis ei ole mõjutatav tavaliste medikamentoossete vahenditega; väga sagedad on seedehäired (kõhukinnisus või -lahtisus); sageli esineb kopsutuberkuloos. Skisofreenia puhul konstateeritakse alati endokriinseid ja vegetatiivseid häireid — korratusi menstruaaltsüklis (amenorröa), tugevnenud süljevoolust, higistamist, akrotsüanoosi, pastoossust, turseid, subfebriilset temperatuuri, kehakaalu langust (harvemini tõusu). Need vasomotoorsed vegetatiivsed häired, samuti nagu ainevahetuse rikked (veresuhkru vähenemine, uriini lämmastikusisalduse tõus haiguse ägedal perioodil) on seletatavad ainevahetuse tsentraalse regulatsiooni kahjustusega seoses dientsefaalse piirkonna funktsiooni häiretega. Vegetatiivse närvisüsteemi uurimine skisofreenia katatoonse vormi korral on näidanud tema sümpaatilise osa toonuse langust ja parasümpaatilise osa toonuse samaaegset tõusu.

Neuroloogilise staatuse uurimisel ilmnevad sageli patoloogilised refleksid: Oppenheimi refleks, Rossolimo refleks, imemisrefleks. Kuid kõik need neuroloogilised sümptoomid ei ole püsivad.

Skisofreenia võib esineda ka lapseeas ja sugulise valmimise (puberteedi-) perioodil. Laste skisofreenia kliinilist pilti on uurinud ja kirjeldanud nõukogude autorid. Lapseeas esinevad eriti tihti katatoonne vorm ja lihtne vorm hebefreenilise käitumisega, tunduvalt harvemini aga paranoiline vorm.

Nende lapseea skisofreenia vormide hulgast pöörab T. P. Simson tähelepanu sundhirmude ja sundtoimingute sümptoomide kompleksi suhtelisele sagedusele. Eelkooliealisel lapsel areneb rõhutud meeleolu taustal sageli hirm tavalise mänguasja ees; laps kardab näiteks paaniliselt nukku, kukke, jänest, lindu, kardab iseenda või teiste surma, avaldab põhjendamatut kartust mingi katastroofi (tulekahju, kokkuvarisemise) pärast. Mõtlemises ilmneb kalduvus luulutaolisteks fantaasiateks, mis on kaugel last ümbritseva maailma sündmustest. Laps võõrdub oma eakaaslaste kollektiivist, muutub egotsentriliseks, kalgiks.

Varases lapseeas arenevale skisofreeniale on omane pikaldane kulg. Puberteedieas täheldatakse sageli ägedalt kulgevaid protsesse tendentsiga hootiseks, remiteeruvaks esinemiseks. Puberteediea skisofreenia vormide kliiniline pilt on väga mitmekesine ja sarnaneb sellega, mis esineb täiskasvanutel: valdava osa haiguse kliinilisest pildist moodustavad hallutsinatoorsed, paranoilised, hebefreenilised ja hüpokondrilised sündroomid. Rõhutades puberteediea ägedalt algavate skisofreenia vormide omapärasust, omistab G. J. Suhhareva suurt tähtsust neuro-endokriinsetele nihetele, mis selles eas esinevad väga sageli. Puberteediea skisofreenia vormi lõpe on soodsam kui lapseea skisofreenia lõpe. Ägedalt kulgevate puberteediea skisofreenia vormide puhul on näidustatud rohke vedeliku tarvitamine, füsioloogilise lahuse süstimine naha alla,

penitsilliin. Alati, kui võib oletada skisofreeniat, peab velsker viivitamata pöörduma konsultatsiooniks psühhiaatri-neuropatoloogi poole ja haige kiiresti vaimuhaigla lasteosakonda hospitaliseerima.

Kulg ja prognoos. Skisofreenia kulg võib olla mitmesugune. Ühtedel juhtudel on haigusele omane progredientne (süvenev) kulg, mille puhul isiksus üha enam muutub ja protsess lõpeb skisofreenilise nõdrameelsusega. Sellele nõdrameelsusele on kõige iseloomulikum isiksuse üldine vaesumine, igasuguste huvide kadumine, emotsionaalne nüristumine. Oma algatusvõimetuse ja abituse tõttu on need haiged sunnitud viibima sageli üsna kaua psühhiaatrilises statsionaaris, kus nende elu piirdub elementaarsete bioloogiliste vajaduste rahuldamisega. Korratus, aplus, ükskõiksus iseenda ja omaste vastu, vahel katkendlikud luululised väljendused on skisofreenia lõppseisundile tüüpilised. Pahaloomulistel juhtudel lõpeb progresseeruva kuluga äge periood otsekohe isiksuse degradatsiooniga (defektiga). Haigetel täheldatakse emotsionaalset nüri-sust, aktiivsuse, huvide kadumist, nad sooritavad mõttetuid tegusid.

Teist tüüpi on hootist laadi (remiteeruv) skisofreenia. Ägedalt alanud skisofreeniahoog lõpeb haiguse kõikide sümptoomide järkjärgulise kadumisega. Algab remissiooniseisund, mille vältel mõnikord hoolikalgi uurimisel ei õnnestu mingisuguseid jämedamaid haiguse sümptoome avastada. Sagedamini võib aga juba pärast ühekordset skisofreeniahoogu märgata muutusi haige emotsionaalses sfääris. Nii haiged ise kui ka nende omaksed märkavad, et nad on muutunud kuidagi egoistlikeks, «vähem tundlikeks» kui enne haigust; seejuures astuvad haiged raviasutusest lahkudes ellu praktiliselt tervetena ning täidavad oma ühiskondlikke ja kutsealaseid kohustusi. Selline remiteeruv skisofreenia tüüp on ainult suhteliselt soodsa kuluga, sest korduvad skisofreenia hood kalduvad üha pikenema ja ei parane täielikult; süveneb emotsionaalne nüristumine, huvide vaesumine, eraldumine ümbritsevast maailmast.

Esineb ka aeglase, suhteliselt soodsa kuluga skisofreenia juhtumeid, kus haiguse avaldused ei saavuta ägeda psühhoosi astet; õigeaegse ravi korral suudavad haiged pikemat aega tööl püsida, isiksuse muutused ja destruktsiooni sümptoomid ilmnevad aga alles 10—15 aastat pärast haiguse algust.

Skisofreenia lõpeb harva surmaga; surma võib põhjustada äge skisofreenia, mis kulgeb raskete intoksikatsiooni nähtudega, ainevahetuse kõikide liikide sügava häirega, vaskulaarsete riketega ajus, akuutse ajutursega. Enamasti surevad skisofreeniahaiged lisanduvate somaatiliste haiguste — tuberkuloosi, mao-soole trakti häirete jne. tagajärjel, kurtumusest seoses sageda toidust keeldumisega, liikumatusega. Seepärast vajavad skisofreeniahaiged hoolikat põetamist ja järelevalvet.

Patoloogilis-anatoomilised muutused esinevad kaugelearenenud skisofreenia juhtudel. Tähelepanu äratavad südame väikesed

mõõtmed, atroofilised muutused kilpnäärmes, neerupealistes, munasarjades, maksas, neerudes. Aju makroskoopilisel uurimisel konstateeritakse selle mahu, vahel ka kaalu suurenemist kroonilise turse tagajärjel. Kroonilistel juhtudel esineb ajukelmete hägustumine, vatsakeste ja vagude laienemine, ajukäärude õhenemine. Mikroskoopiliselt on ajurakkudes näha degeneratiivseid muutusi — rasvväärastust, skleroosi, rakusisese turse nähte koos närvirakkude lagunemisega ja ärajäämanähte põhjustavate kollete moodustumisega ajukoores. Glia (aju sidekude) on nõrgalt arenenud. Ajukoore rakkude hävimine ei ole tingitud vaskulaarsetest häiretest; hävivad peamiselt need rakud, mis on aju arenemise protsessis tekkinud hiljem.

Etioloogia ja patogenees. Skisofreenia etioloogia ei ole praeguseni veel teada. Arvatakse, et skisofreenia on toksiline protsess ja areneb pärast mitmesuguseid infektsioone ja intoksikatsioone, sealjuures peamiselt nendel isikutel, kellel esineb ajukoore rakkude loomupärane või omandatud nõrkus. Paljud välismaised psühhiaatrid omistavad skisofreenia tekkimises otsustavat tähtsust pärilikkusele. Nõukogude psühhiaatria ei eita pärilikkuse osatähtsust, kuid arvab, et skisofreenia tekib lõppkokkuvõttes mitmete kahjulike etioloogiliste eksogeensete tegurite toimel organismisse; niisugusteks teguriteks on nakkushaigused, intoksikatsioonid, psüühilised traumad, sisenõristusnäärmete düsfunktsioon (sugulise valmimise periood, klimakteeriline iga).

Loetletud tegurid võivad soodustada skisofreenia arenemist, sagedamini isikutel, kelle sugulased on seda haigust põdenud. On teada, et lapsed, kes on sündinud pärast vanemate haigestumist skisofreeniasse, haigestuvad sagedamini. Siin tuleb rõhutada, et isegi niisugustel juhtudel tekkinud skisofreenia ei ole selle haiguse päriliku edasiandmise tõestuseks. Enamasti areneb skisofreenia ilma igasuguse päriliku eelduseta. Pärilikku skisofreeniat ei ole olemas. Edasi antakse mitte haigus ise, vaid eelsoodumus selleks. Viimase all tuleb mõista ajukoore rakkude nõrkust, nende suuremat kahjustuvust väliskeskkonna tegurite mõjul, nende kiiret kurnatavust ja vähenenud funktsionaalset vastupidavust.

Eespool esitatust järeldub, et skisofreenia patofüsioloogiliseks aluseks on krooniline pidurdus, mis levib ajukoorele ja madalamal asuvatele osadele (koorealune) ja et pidurduse erisugune aste, laad ja sügavus tingivad haiguse kliinilise käigu mitmekesisuse. Faasiline pidurdus ajukoores on kõige tugevamini väljendunud skisofreenia katatoonse vormi puhul. Väga oluline on see, et konstateerides kortikaalsete häirete neurodünaamilist laadi skisofreenia algstaadiumides, ei saa eitada, et kaugelearenenud juhtudel tingib skisofreenia orgaanilisi (destruktiivseid) muutusi ajus, eriti sel korral, kui puudulikult arenenud pidurdus ei kaitse ajurakke kurnatuse ja hävimise eest (näiteks lihtsa vormi puhul).

Kui nõrgestatud ajurakule mõjuvad ärritajad, mis tervele inimesele on tavalised, haigele aga liiga tugevad, või kui ärritajad on

tavalise jõuga, kuid toimivad pikemat aega, siis niisugune ajurakk ületab kiiremini oma vastupidavuse (töövõime) piiri ja läheb kiiremini üle kaitsepidurduse seisundisse. Seepärast tekib skisofreenia ainult mõnikord pärast sageli esinevate nakkushaiguste — gripi, angiini — põdemist. Niisuguste füsioloogiliste nihete perioodid, nagu suguline valmimine või närbumine (kliimaks), sünnitus, imetamisaeg, soodustavad vahel skisofreenia arenemist nõrgestatud närvisüsteemiga isikutel. Skisofreenia esinemine pärilikult mitteeelsoodustatud isikutel, mida konstateeritakse sageli, annab tunnistust sellest, et ülepiirilisse pidurdusse võivad langeda ka mittenõrgestatud, funktsionaalselt vastupidavad rakud. Kui teaksime ajurakkude funktsiooni languse ja sellele järgneva degeneratsiooni vahetuid põhjusi, siis lahendaksime skisofreenia etioloogia keeruka probleemi, mis on tänapäevani selgitamata.

R a v i. Lähtudes pidurduse kaitsvast toimest, kasutatakse uneravi neil skisofreeniasse haigestumise juhtudel, kus kaitsepidurduse nähud on hästi väljendunud, et seda kaitsemehhanismi tugevdada, süvendada. Niisuguste juhtude hulka kuuluvad kõigepealt katatoonsed depressiivsed-stuporoossed seisundid skisofreenia puhul. Seetõttu on üheks efektiivsemaks ravimeetodiks skisofreenia puhul ravimine pikaajalise unega.

Vastavalt vajadusele võimaldada skisofreeniahaigetele peale füsioloogilise rahu ka väline rahu toimub uneravi erilistes, mürast isoleeritud palatites. Pärast barbamüüli (amütaalnaatriumi) sissevõtmist (annus 0,1—0,3 korraga) uinuvad haiged ½—1 tunni pärast. Uneseisundi säilitamiseks keskmiselt 10—12 päeva jooksul manustatakse barbamüüli korduvalt. Haiged ärkavad söömiseks ja loomulike vajaduste rahuldamiseks (see on katkestatud pikaajaline uni) või neid toidetakse une ajal toitesegudega, süstitakse neile glükoosi, füsioloogilist lahust, manustatakse vitamiine (see on katkestamata uni). Viimastel aastatel rakendatakse peamiselt katkestatud pikaajalist und, sest see on vähem ohtlik ja annab head terapeutilist efekti. Nii üks kui teine pikaajalise unega ravimise viis nõuab hoolikalt ettevalmistatud kesk- ja nooremat meditsiinilist personali, et oleks tagatud rangelt nõuetekohane hoolitsus niisuguste haigete eest. Unega ravimisel võivad komplikatsioonideks olla kollaps, hingamise ja südametegevuse nõrgenemine ja pneumoonia (üksikasju vt. «Vaimuhaigete põetamine»). Suurel arvul juhtudest annab uneravi püsivaid remissioone. Pärast ravi lõpetamist lastakse haige koju.

Niisama laialdaselt kasutatakse skisofreenia raviks i n s u l i i n i š o k k i. Terapeutilise toime mehhanism insuliinišokiga ravimisel ei ole veel lõplikult selgitatud. On oluline, et kõhunäärme hormoon (inkreet) insuliin vastavas koguses organismi viiduna kutsub kiiresti esile vere suhkrusisalduse languse väga madalate arvudeni. Kui vere normaalne suhkrusisaldus on 100—120 mg% piirides, siis langeb see insuliini toimel 2—3 tunni vältel 12—8 mg%-ni. Nii tugev suhkrusisalduse langus veres kutsub organis-

mis esile vegetatiivseid, endokriinseid ja ainevahetuse nihkeid, mis kajastub skisofreenilise protsessi käigus.

Insuliini süstitakse tühja kõhuga lihasesse või naha alla, alates 5 ühikust, ja tõstetakse annust iga päev 5 ühiku võrra, kuni tekib insuliinišokk. Šoki saamiseks kulub keskmiselt 60—70 ühikut. Insuliini süstimine põhjustab 1—2 tunni pärast hüpoglükeemilise seisundi, mille puhul esineb tugev higistamine, kahvatus, unisus, mis šokiannuse manustamisel üle läheb sügavaks uneks, siis uimasuseks ja komatoosseks (šoki-) seisundiks. Mõnikord võib šokieelsel perioodil, kui haige on juba uimasusseisundis, tekkida tugev psühhomotoorne rahutus. Haige hakkab kõvasti karjuma, püüab kuhugi joosta. See šokieelne periood, samuti ka kogu insuliiniravi periood nõuab kesk- ja nooremalt meditsiiniliselt personalilt haigete eriti pidevat jälgimist. Šokk algab 3—4 tundi pärast insuliini manustamist. Šokk on niisugune olukord, milles haige ei vasta küsimustele, ei reageeri puudutustele ega nõelapistetele. Ta nägu on seejuures kahvatu, pupillid on laienenud, ei reageeri valgusele, lihased on lõtvunud. Šokiseisundi lõpetamiseks süstitakse haigele veeni 40%-list glükoosilahust (25—30 ml), seejärel antakse juua suhkruga tublisti magustatud teed. Komatoossest seisundist väljumise protsessis võib haigel tekkida tugev motoorne rahutus, nii et teda tuleb kinni hoida. Kui haige on komatoossest seisundist täielikult üle saanud, antakse talle otsekohe süsivesikuterikas eine ning jälgitakse, et ta selle täielikult ära sööks. See on äärmiselt tähtis, sest kui haigele ei anta einet või kui ta seda ära ei söö, siis võib mitu tundi pärast insuliini manustamist (hilja õhtul, öösel) areneda hiline šokk, s. t. teadvusetus vererõhu ja pulsi langusega. Sellise seisundi ootamatus ja vastavate kiireloomuliste abinõude rakendamise (suhkru sisseandmine, glükoosi süstimine) hilinemine võib haige elule ohtlikuks saada. Liiga kauane viibimine insuliinišokis ja hiline glükoosi manustamine võivad põhjustada haige surma. Insuliiniravi meetod, mis iseenesest väga harva tekitab mingisuguseid komplikatsioone, võib põhjustada haige surma, kui personal ei vii insuliiniravi kogu protseduuri läbi tähelepanelikult ja täpselt. Palatis, kus insuliiniravi läbi viiakse, peab ravivahendite hulgas peale glükoosi ja steriliseeritud süstla (20-grammise) ning nõela olema tingimata käepärast kofeiin, kamper, lobeliin, adrenaliin, korasool, samuti ka suuavaja ja keelehoidja. Sellist insuliiniravi võib rakendada ainult haigla tingimustes arsti juhatuse all, kui on olemas spetsiaalselt ettevalmistatud ja kvalifitseeritud meditsiiniline personal. Eriti häid tulemusi annab insuliinišokk skisofreenia katatoonse, tsirkulaarse ja paranoilise vormi ravimisel.

Kroonilise skisofreeniaga haigetele on näidustatud tööteraapia kui meetod, mis aitab kompenseerida pärast haigust püsima jäänud defekti psüühikas ja suunata haiget vähehaaval tagasi tema kutsetöö juurde. Sügava defektiga ja nõdrameelsetele haigetele tuleb aga määrata eestkoste ja organiseerida patronaaž (vt. «Vaimuhaigete põetamine»).

6. Maniakaal-depressiivne ehk tsirkulaarne psühhoos

Nagu näitab juba nimetus, iseloomustab tsirkulaarset psühhoosi kord maniakaalse, kord depressiivse seisundina esinevate haigushoogude (faaside) vaheldumine. Mõnikord asendab üks seisund teist otsekui tsükliliselt (sellest ka nimetus tsirkulaarne psühhoos), mõnikord aga esinevad haigel kogu haigusperioodi vältel kas ainult depressiivsed või ainult maniakaalsed seisundid. Haiguse perioodiliste faaside vahel esinevad selged vaheajad; haigetel taastub töövõime täielikult ja nad pöörduvad jälle oma endise tegevuse juurde, sest mingisuguseid destruktiivseid muutusi peaajus selle haiguse puhul ei ole, erinevalt skisofreeniast, mille puhul esinevad rasked orgaanilised protsessid. Psühhoos algab kõige sagedamini noorukieas.



Joon. 77. Tsirkulaarse psühhoosi maniakaalses faasis haige.

Maniakaal-depressiivse psühhoosi kliiniline pilt. Maniakaalses faasis on haigel kõrgenenud meeleolu, eufooria, mõtete kiirenenud liikumine. Vastavalt mõttekäigu kiirusele haige kõneleb valjusti, vahetpidamata, laulab, luuletab värsse. Ta on väga liikuv, ei püsi minutitki paigal (joon. 77), püüab kogu aeg millegagi tegelda, segab vahele igasse asjasse, on tähelepanelik ja märkab kõiki korratusi oma ümbruses. Niisugune erutusseisund püsib nii päeval kui öösel. Haiged magavad ööpäeva vältel ainult 2—4 tundi, vahel aga ei maga üldse. Ehkki nad kogu aeg liiguvad, langeb nende kehakaal vähe. Sageli ei hinda haiged oma seisundit küllalt kriitiliselt ja räägivad oma suurtest võimalustest, võimetest (suurusluul), erakordsest ilust jne.

Depressiivses faasis on haige seisund maniakaalsele vastandlik: meeleolu on rõhutud, haiget vaevab ahastus, ta ei näe milleski väljapääsu, püüab visalt lõpetada oma elu (suitsiidsed mõtted); ta

ei rahune ka ööseks, ei uinu magama; vastavalt aeglasele mõtlemisele vastab haige küsimustele hilinemisega, ühesilbiliselt. Haige kas istub kogu aeg kannataja poosis (joon. 78), masendatud näoilmega ja langetatud peaga, või lamab kogu aeg. Liigutused on äärmiselt pidurdatud: haige ei suuda tõusta, rõivastuda, end pesta ega iseseisvalt süüa. Rõhutud meeleolu vastab haige mõtetele, nagu oleks ta milleski süüdi (enesesüüdistus): haiged arvavad, et nad ei vääri tähelepanu, kalduvad toidust keelduma. Somaatilises sfääris esinevad selle faasi ajal tunduvad nihked: naha kuivus, kõrgenenud vererõhk, isu vähenemine, soole talitluse nõrgenemine ja sellega seoses visa kõhukinnisus, kehakaalu langus. Samad muutused esinevad ka maniakaalses faasis, kuid nõrgemal määral. Somaatilisi häireid on kirjeldanud nõukogude teadlane V. P. Protopopov, seepärast nimetatakse neid Protopopovi triaadiks. Sellesse triaadi kuuluvad: pulsi sagenemine, pupillide laienemine, kalduvus kõhukinnisuseks. Ainevahetuse uurimisel on kindlaks tehtud, et kõige suuremad muutused esinevad süsivesikute ainevahetuses. Nii maniakaalne kui ka depressiivne faas võib kesta mitu kuud, vahel isegi aasta ja kauem. Unetuse vähenemine ja kehakaalu tõus on tihti algava paranemise varajasteks tunnusteks. Tavaliselt esineb depressiivne seisund sagedamini vanemaealistel, maniakaalne seisund aga noortel inimestel.



Joon. 78. Depressiooniseisundis haige.

Hoogude arv võib haigetel olla väga mitmesugune; vaheajad faaside vahel, mille vältel haiged on psüühiliselt päris terved, on samuti mitmesuguse kestusega.

Maniakaal-depressiivse psühhoosi niisugust vormi, mille puhul haigusseisund, nii maniakaalne kui ka depressiivne, ei avaldu tugevates sümptoomides ja haigeid isegi ei paigutata iga kord haiglasse, nimetatakse tsüklotüümiaks.

Maniakaal-depressiivne psühhoos võib esineda ka lastel. Nooremas eas ei ole haigusele omased nii sügavad elamused kui hiljem: maniakaalses seisundis on haige hea enesetundega, väga jutukas ja väga liikuv; niisugused lapsed on püsimatud, räägivad alalõpmata, käratsevad, püüavad midagi teha, kuid ei vii ühtki asja lõpule,

nende tähelepanu kaldub kergesti kõrvale ja nad hüppavad ühe tegevuse juurest teise juurde. Oma nõudmistes on nad ülemäära pealekäivad, kapriissed, püsimatud.

Depressiivses seisundis ei ole lastel ülekaalus mitte niivõrd ahastus kui motiveerimata hirm mingi õnnetuse ees. Konstateeritakse ka motoorset pidurdatust, murelikku näoilmet.

Tunduvamal määral võib depressiivne seisund avalduda sugulise valmimise perioodil tugeva motoorse pidurdatusena, mis on lähedane stuuporile; sellega kaasnevad üksikud enesesüüdistusluulu laadi luulumõtete avaldused. Lapsed väldivad suhtlemist oma eakaaslastega, poevad nurka, mõnikord nutavad kibedasti, kaebavad vaevava ahastuse üle. On teada enesetapmiskatseid depressiivses perioodis.

Erinevalt tsirkulaarsetest hoogudest täiskasvanuil vältavad maniakaalsed ja depressiivsed hood lastel lühemat aega — mõni päev kuni mõni nädal, võivad aga kesta ka mitu kuud.

Nõukogude autorid on tsirkulaarse psühhoosi etioloogia ja patogeneesi selgitamiseks väga palju teinud. Maniakaalse ja depressiivse hoo põhjuseks on ainevahetuse, kõigepealt süsivesikute ja rasvade ainevahetuse perioodilised häired. Üha suurenevad nihked ainevahetuses jõuavad lõpuks sellise astmeni, mille ületamisel kõrgem närvitalitlus häirub. On alust oletada, et lõpuni oksüdeerumata ainevahetusproduktide väikesed kogused kutsuvad esile ajukoore erutuse, mis kliiniliselt avaldub maniakaalses seisundis. Suure hulga mürgiste ainete kogunemine kutsub esile kortikaalse pidurduse tugevnemise, mis kliiniliselt avaldub depressiivses faasis. Mispärast tekivad ainevahetuse perioodilised häired, see on seni teadmata.

K õ r g e m a n ä r v i t a l i t l u s e u u r i m i n e maniakaalse ja depressiivse seisundi korral on näidanud, et esimese puhul prevaleerib erutusprotsess pidurdusprotsessi üle, teise puhul aga pidurdusprotsess erutusprotsessi üle.

R a v i. Tsirkulaarse psühhoosi ravi on haige seisundist olenevalt erisugune. Depressiooni puhul tuleb haiged paigutada haiglasse, kus neile määratakse tugevdatud järelevalve.

Kui mõnes kaugemas velskrijaoskonnas ei ole psühhiaatrilist raviasutust, siis tuleb maniakaal-depressiivse psühhoosiga haige, ükskõik kas ta on depressiivses või maniakaalses seisundis, suunata psühhiaatri spetsiaalse järelevalve alla.

Depressiooni algjärgus viibivate haigete juures tuleb meditsiinilisel personalil sageli ületada tõsist vastuseisu hospitaliseerimise küsimuses nii haige lähemate sugulaste kui ka tema enese poolt. Mitte mingisugused sugulaste poolt esitatavad motiivid haige hospitaliseerimise vastu ei tohi arsti või velskrit vastuvõetud otsuse täitmisel peatada. Igasugune järeleandmine selles suhtes võib haigele saatuslikuks saada. Selle tõestuseks esitame lühidalt ühe tähelepaneku.

Naishaigel R. tekkisid rõhutud meeleolu, üldine pidurdatus, sünged mõtted. Väljakutsutud psühhiaater määras õige diagnoosi ja nõudis, et haige viivitamata vaimuhaiglasse saadetaks. Kõik töökaaslased hakkasid aga konsultanti-psühhiaatrit paluma, et ta «halastaks oma kolleegi peale», lubades haige paigutada oma haiglasse ning organiseerida vajalik teenindamine ja põetamine. Psühhiaater andis järele ja lubas haige jätta erilise valve all somaatilisse haiglasse. Mõne päeva pärast tegi aga eraldi palatis viibiv haige enesetapmiskatse ja suri selle tagajärjel.

Esitatud näitest tuleb järeldada, et depressioonifaasis haige viivitamatu hospitaliseerimine on hädavajalik esimene abiandmisvõte enne igasuguse muu ravi alustamist.

Depressiooniseisundi lõpul, kui motoorne pidurdatus nõrgeneb, kuid ahastus on veel väga suur, võivad haiged sageli teha enesetapmiskatset. Seepärast vajavad haiged depressiooniseisundi lõppemisel samasugust ja võib-olla veel tugevamat järelevalvet kesk- ja noorema meditsiinilise personali poolt. Depressiivse psühhoosiga haiged vajavad eriti sooja, õrna ning kannatlikku suhtumist.

Ravi ja põetamine. Ahastuse vähendamiseks depressiivses seisundis on näidustatud 15-minutilise kestusega soojad (30°) vannid ja oopiumipreparaadid väikeste annustena.

Rp. Extr. Opii aquosi 0,6
Extr. et pulv. rad. Rhei q. s.
ut f. pil. N. 30
DS. Esimesel päeval 3 pilli päevas, lisada iga päev 1 pill kuni 15 pillini päevas

Mõnikord vähendab depressiooni 200—300 cm^3 hapniku süstimine naha alla ülepäeviti 2—4 nädala vältel.

Kui depressiivse seisundiga kaasneb toitumuse langus ja visa kõhukinnisus, siis avaldab head toimet arseeni ja hiniini kombinatsioon järgmises koostises:

Rp. Acidi Arsenicosi 0,05
Extr. Chinae aquosae
Ferri lactici aa 4,0
Extr. Gentianae q. s. ut f. pil. N. 100
DS. 3 korda päevas 1—2 pilli

Sügavas depressiooniseisundis viibivad haiged on oma pidurdatuse tõttu abitud ning nende põetamine tekitab teatavaid raskusi. Personal peab hoolitsema haigete füüsilise seisundi, igapäevase tualeti (pesemise, hammaste puhastamise, suu loputamise), toitmise ja soole korrapärase tühjendamise eest. Sageli tuleb haigeid kannatlikult lusikaga sööta ja teha neile iga päev puhastusklistiiri.

Depressiivse faasi vältus lüheneb pikaajalise unega ravimisel.

Maniakaalses seisundis on näidustatud mitmetunnilise kestusega (2—4 tundi ja kauem) vannid. Seejuures tuleb haigel hoolikalt kontrollida südame tegevust ning anda südamevahendeid ja broomipreparaate, näiteks:

Rp. Sol. Natrii bromati 10% 50,0
DS. 3 korda päevas 1 supilusikatäis

Uinutitest kasutatakse medinaali, andes seda 3 korda päevas 0,3. Motoorset rahutust saab tunduvalt vähendada, kui süstida liha-

sesse magneesiumsulfaadi 25%-list lahust (5 ml korraga). Väga tugeva rahutuse korral tuleb erandina üheks korraks määrata narkootikume (naha alla 1 ml skopolamiini morfiiniga).

Rp. Scopolamini hydrobromici 0,01
Morphini hydrochlorici 0,1
Aq. destillatae 10,0
Sterilisetur (süstimiseks)
DS. 1 ml naha alla

7. Reaktiivsed seisundid

Reaktiivseteks seisunditeks nimetatakse ajutisi haiguslikke seisundeid, mis tekivad pärast psüühilist traumat; seepärast nimetatakse neid harilikult psühhogeenseteks seisunditeks. Haiguslike reaktiivsete seisundite arenemiseks (reaktsioonina mingile elamusele) on peale trauma ootamatuse, kestuse ja raskuse vajalikud ka teised tegurid. Näiteks on olulised psüühilise trauma läbielanud haige individuaalsed iseärasused. Teiste sõnadega, tähtis on närvisüsteemi tüüp: nõrgal, ebapüsival, tasakaalutul tüübil tekivad psüühilise talitluse katkestused kergemini. Kahtlemata on tähtis ka haige tervislik seisund elamuse momendil: involutsiooni- (kliimaksi-) perioodil, pärast rasket somaatilist haigust ja närvisüsteemi kurnatuse korral tekivad reaktiivsed seisundid sagedamini.

Reaktiivsete seisundite kliinilised vormid on järgmised:

a) **Reaktiivne depressioon.** See vorm esineb eriti tihti. Reaktiivse depressiooni iseärasuseks on see, et haige on rõhutud, ahastuses, masendatud nende asjaolude tõttu, mis põhjustasid tal selle seisundi. Kui ema on kaotanud lapse, siis ta kõneleb ainult sellest, ahastab, nutab, ei maga öösel, mõtleb alati lapsest.

Erinevalt tsirkulaarsest depressioonist, mille puhul motoorne pidurdatus on seda tugevam, mida raskem on seisund, ei esine reaktiivse depressiooni korral väljendunud pidurdatust. Haiged on enamasti üleliia liikuvad, askeldavad, püüavad alalõpmata arstiga oma elamustest rääkida, otsivad kaastunnet. Rasketel juhtudel esinevad mõtted enesetapmisest ja katsed selle teostamiseks.

Pärast psüühilist traumat tekkinud depressiivse seisundi kestus oleneb tunduval määral selle trauma laadist. Tavaliselt on nii, et mida rohkem aega on traumast möödunud, seda nõrgem on depressioon.

b) **Reaktiivne paranoid.** Seda seisundit iseloomustab jälitusluulu arenemine; haiged on veendunud, et neid jälitatakse, neile näib, et neid tahetakse mõrvata, et ümbritsevas olukorras on kõik ette valmistatud nende mõrvamiseks. Erinevalt skisofreenia puhul esinevast luulust on reaktiivse luulu iseärasuseks see, et reaktiivse haige luululiste elamuste sisu vastab sellele psüühilisele traumale, mis oli antud seisundi põhjuseks. Kui haiguslik seisund arenes näiteks pärast konflikti tööl, siis haige arvates jälitavad teda ja taha-

vad talle ebameeldivusi valmistada ainult isikud, kes olid osalised selles konfliktis.

Vahel lisanduvad luululistele mõtteavaldustele ka hallutsinatsioonid, mille sisu kajastab samuti haiget traumeerinud elamust. Näiteks üks noor neiu, kellel oli püsimatu iseloom, kalduvus sagedateks meeleolu muutusteks, läks tõsiselt tülli noormehega, kes oli talle meeldinud. Sattunud reaktiivse paranoidi seisundisse, kuulis ta ainult selle noormehe häält, mis temaga tõreles. Ta oli veendunud, et nimelt see noormees jälitab teda.

Reaktiivsed paranoidid võivad kulgeda ägedalt ja lõppeda mõne päeva pärast, kuid ka krooniliselt, kestes mitu nädalat ja isegi mitu kuud.

c) **Reaktiivne stuupor.** Reaktiivseks stuuporiks nimetatakse tardumusseisundit, mille puhul haige on täielikult liikumatu ja vaikib. Niisugune seisund tekib kõige sagedamini pärast äkilisi katastroofe, näiteks pärast maavärinaid, tulekahju.

d) **Primitiivsed reaktsioonid.** See reaktsiooni vorm esineb pseudodementsuse ehk puerilismi kujul. Pseudodementsuse (näiliku nõdrameelsuse) korral annab haige lihtsatele küsimustele mõttetuid vastuseid. Näiteks küsimusele, mitu sõrme on käel, vastab ta — kolm; küsimusele, kui palju on kaks pluss kaks, vastab ta — viis jne. Puerilismi (ladina keeles *puerilis* — lapsik) puhul käituvad täiskasvanud nagu lapsed: lalisevad, naeravad laste moodi; näiteks küsimusele, kuidas on ta nimi ja kui vana ta on, vastas 40-aastane naine: «Malikene, kolmeaastane.»

30-aastasel naishaigel P. tekkis primitiivne reaktsioon iga kord pärast tülitsemist naabrinaisega. Haiglasse paigutatuna lonkis see naine abitult, hämmeldunud näoga mööda osakonna ruume, arstiga rääkides ajas silmad pärani, nagu näeks teda esmakordselt, ja pistis seejuures sõrme suhu nagu väike laps. Kui küsiti, mitu kõrva tal on, siis enne vastamist katsus ta hoolikalt enne üht, siis teist kõrva ja nagu end mitte usaldades püüdis loetelu tulemust arstil kontrollida, vaadates tal enne üht, siis teist kõrva. Et täpselt ja kiiresti vastata küsimusele, mitu varvast tal on mõlemal jalal kokku, võttis haige tuhvlid ja sukad jalast ning hakkas varbaid ükshaaval üle lugema.

Mõttetud vastused kõige lihtsamate ülesannete lahendamisel ja totrad toimingud ning arvutused on tüüpilised näilikule dementsusele. See erineb tõelisest nõdrameelsusest, mille puhul just elementaarsed võimed, nagu võime lihtsaks arvutamiseks, on säilinud, keerukamad aga häiritud.

e) **Iatrogeenia.** Reaktiivsete seisundite hulka kuuluvad ka nn. iatrogeeniad (kreeka keeles *iatros* — arst). Iatrogeeniateks nimetatakse mitmesuguseid haigusseisundeid, mis on tingitud sellest, et arst kohtleb haiget mitteküllaldase tähelepanelikkusega, vahel isegi ettevaatamatult, et ta ei säästa haige psüühikat.

Tuleb alati meeles pidada, et siseelundite igasuguse haigestumise korral, eriti kui haigus kulgeb pikaldaselt, võib haigel tähelda ühel või teisel määral ärevust, kartust soodsa tervistumise

pärast; haige on hõlpsasti mõjutatav. Niisugused haiged kuulavad ahnelt arsti või velskri iga sõna ja jälgivad nende iga liigutust. Iga ebakohane, haigele arusaamatu või tema haiguse raskusest kõnelev väljendus hirmutab teda, jätab tema teadvusse sügava jälje, kutsub esile masenduse ja veendumuse, et tema saatus on otsustatud.

Näiteks üks naine, kelle mees oli surnud nina sarkoomi tagajärjel, hakkas muret tundma oma tervise pärast. Juhuslik gripp nõrgestas tema üldseisundit, tal tekkis unetus. Haige otsustas pöörduda arsti poole, lootes saada selgust teda vaevava kahtluse suhtes: võib-olla ei ole temal tekkinud nõrkus hoopiski mitte gripi tagajärg ja nohu ei ole gripoosse päritoluga? Võib-olla kasvab temal ninas samuti sarkoom? Olles haige läbi vaadanud, ütles arst: «Praegu ei ole teil midagi, kuid teadke, et iga kümnes inimene sureb pahaloomulise kasvaja tagajärjel.» Sellest jätkus, et seni praktiliselt terve naine sattus sügavasse ahastusse ja oli kindlalt veendunud, et teda ootab samuti surm ninakasvaja tagajärjel. Nüüd tuli ta paigutada juba vaimuhaiglasse.

Teisel juhtumil oli noor meditsiiniõde haigelt jutuajamisel küsinud, kas tal ei ole südamevoolmeid (*angina pectoris*). Haige käis mitme kuu vältel paljudes raviasutustes ja palus, et teda ravitaks «voolmetest».

Vaimuhaigete ravimise üldisi printsiipe käsitlevas osas jutustatakse üksikasjalisemalt meditsiinilise personali käitumisest haigete teenindamisel.

Mis puutub reaktiivsete seisundite patofüsioloogilisse mehhanismisse, siis on uurimistega kindlaks tehtud, et reaktiivse depressiooni puhul tulevad kaitsepidurduse nähtused selgelt esiplaanile.

Ravi peab kõikide kirjeldatud reaktiivsete seisundite puhul algama haiguse põhjuse kõrvaldamisest (kus see on võimalik); järgnevalt ravitakse haiget üldtugevdavate vahenditega — süstitakse talle arseeni, strühniini, niristatakse glükoosi, rakendatakse füsioteraapiat. Väga häid tulemusi annab psühhoteraapia sisenduse või hüpnoosi näol ja ravimine pikaajalise unega, eriti reaktiivse depressiooni korral. Ajukoore funktsionaalse toonuse tõstmiseks on näidustatud tööteraapia.

8. Psühhopaatiad

Psühhopaatia ei ole vaimuhaigus. See on patoloogiline iseloom, isiku vaimsete omaduste disharmoonia. Psühhopaatilist isiksust iseloomustab see, et tema emotsionaalne-tahteline sfäär on ebapüsiv, kergesti muutuv; sageli määravad nimelt emotsioonid ja kihud psühhopaatide käitumise.

Psühhopaatilistele isikutele on omased mitteadekvaatsed (ärritajale mittevastavad) reaktsioonid, mis on sageli väga tormilised; see mõjutab tunduvalt nende käitumist ja raskendab kohanemist ümbritseva keskkonnaga. Neil on näiteks kalduvus vihapurseteks ilma küllaldase põhjuseta.

Rööbiti patoloogiliste kõrvalekaldumistega tundesfääris ja käitumises on psühhopaatia puhul formaalsed intellektuaalsed võimed (mälu, tähelepanu, assotsiatsioonid) säilinud.

Õpetuse psühhopaatiast rajasid möödunud sajandi teisel poolel kodumaise psühhiaatria esindajad — I. M. Balinski, I. P. Meržejevski ja V. H. Kandinski. Balinski andis juba aastal 1884 psühhopaatiate määratluse ning nende tekkimisest kõneldes rõhutas loote algme kahjustuse kõrval ka väliste kahjulike tegurite tähtsust. Erilist tähelepanu psühhopaatiate probleemi läbitöötamisele pühendas V. H. Kandinski. Ta määratles psühhopaatiat kui seisundit, mis tekib esimestel eluaastatel kõikide psüühiliste funktsioonide moonutatud ja disharmoonilise arenemise tagajärjel; sellise arenemise põhjuseks pidas ta peamiselt väliseid kahjulikke tegureid, aga ka kesknärvisüsteemi ebaõiget organisatsiooni.

See oma olemuselt materialistlik määratlus ei ole oma väärtust kaotanud ka meie päevil.

Erinevalt välismaistest teadlastest, kes pidasid psühhopaatiat pärilikult edasiantavaks, käsitasid I. M. Balinski ja V. H. Kandinski, kelledele õigusega kuulub psühhopaatiaõpetuse arendamise prioriteet, psühhopaatiaid peamiselt väliste kahjulike tegurite toime tagajärjena ja ei omistanud pärilikkusele kunagi määravat tähtsust.

Psühhopaatiate probleemi arenemise teiseks etapiks tuleb pidada S. S. Korsakovi ja P. B. Gannuškini õpetust.

S. S. Korsakov täiendas Balinski määratlust psühhopaatia kohta. Ta arvas, et psühhopaatiad on tingitud mitte ainult kaasasündinud iseärasustest, vaid ka põetud psüühilistest ja somaatilistest haigustest, psüühilistest vapustustest ja ealistest nihetest. Need tegurid muudavad haige kogu organismi, tema püüdlusi, tingivad tema tasakaalutuse, mitteküllaldase kohanemise väliskeskkonna tingimustega.

Kliiniliselt on psühhopaatiad väga mitmesugused. Psühhopaatiate klassifikatsiooni püüdis anda üks väljapaistvamaid kodumaisi psühhiaatreid — P. B. Gannuškin. Ta eristas psühhopaatiate järgmisi peamisi tüüpe:

1) depressiivsed vormid, mille puhul inimesed on pidevalt alanenud meeleolus, sõnakehvad, näevad kõike tumedates värvides, peavad end hädavaresteks, liialdavad oma puudusi, on tundlikud ebameeldivuste suhtes;

2) hüpertüümsed vormid, mille puhul inimesed on alaliselt kõrgenenud meeleolus, näevad kõike roosilistes värvides, on kõigest kaasakistud, oma tegevuses pealiskaudsed, lähevad kiiresti ühe asja juurest teise juurde, ega vii midagi lõpule; oma töös on nad püsimatud, ei kannata mingisugust vasturääkimist; nad satuvad kollektiiviga konflikti ega suuda selles koduneda, leida oma kutsumust;

3) afektiivsed-plahvatuslikud vormid, mille puhul inimesed on ülemäära erutuvad, kalduvad tormilisteks viha-

purseteks ilma küllaldase aluseta; seetõttu ei ole nad kollektiivis hästi talutavad;

4) asteenilised vormid, mille puhul inimesed on tundlikud, liialt häbelikud, kergesti solvuvad, rõhutatud alaväärsustundega. Nad peavad end mittetäisväärtuslikeks, naeruväärseiks, inetuiks ja nende liigutused on tõepoolest nurgelised, kohmakad; neid vaevab mõte, et kaaslased põlgavad neid, naeravad nende üle. Oma puudulikkuse tunne sunnib neid ümbritsevast elust ja inimestest eralduma, unistuste maailma sukelduma. Seltskonda tulles punastavad niisugused isikud kergesti, hämmelduvad seetõttu veel enam ja tunnevad piinlikkust.

Kihude osas, peamiselt seksuaalsfääris, esineb psühhopaatiate puhul sageli mitmesuguseid kõrvalekaldumisi, nagu homoseksualism — kiindumus samast soost isikusse, sadism — tung teha seksuaalpartnerile füüsilist valu, et saada sugulist rahuldust, masohhism — püüe samal eesmärgil teha endale seksuaalakti perioodil valu.

Lähtudes kõrgema närvitalitluse tüüpe ning peamiste erutus- ja pidurdusprotsesside vahekorda käsitlevast õpetusest, võib oletada, et isikud psühhopaatia depressiivsete vormidega on pidurduse ülekaaluga tüübid, asteenilised vormid esinevad nõrkadel tüüpidel, kellel nii erutus- kui ka pidurdusprotsessid on nõrgad, hüpertüümsed ja afektiivsed-plahvatuslikud vormid aga tüüpidel, kellel pidurdusprotsessid on nõrgad ja ülekaalus on erutusprotsessid.

Psühhopaatiaid käsitlevas õpetuses oli varem mõnevõrra levinud saksa psühhiaatri Kretschmeri teooria. Kretschmer pidas psühhopaatiaid pärilikeks ja väliskeskkonna tingimustest, sotsiaalsetest teguritest sõltumatuiks. Püüdes luua psühhopaatiate klassifikatsiooni, lähtus Kretschmer praktiliselt tervete inimeste füüsilise konstitutsiooni tüüpidest; ta väitis, et teatavad konstitutsionaalsed tüübid võivad haigestuda ainult teatavasse psühhoosi, s. t. et normaalne psüühika võib üle minna psühhopaatiaks, psühhopaatia aga psühhoosiks. Näiteks kehaehituse asteenilisele tüübile vastavat skisoidset tüüpi iseloom või skisoidne psühhopaatia, mis teatavatel tingimustel võib areneda skisofreeniaks. Nähes kehaehituse, iseloomu ja psühhopaatia vormi vahel otsest olenevust, ei arvestanud Kretschmer sotsiaalsete tegurite tähtsust ja asus seega seisukohal, et iseloomu patoloogiliste variantide arenemine on saatuse poolt ette määratud.

I. P. Pavlov suhtus Kretschmerisse ja tema õpetusse eitavalt. Ta kirjutas: «... Kretschmeri närvitüüpide klassifikatsiooni... tuleb pidada ekslikuks... Kretschmeri tüübid on võetud kliiniliste haigete hulgast. Aga kas siis ei ole täiesti terveid inimesi, kas kõik inimesed peavad endas tingimata kandma närvi- ja vaimuhaiguste algmeid?»[1]

---

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, изд. 7-е, 1951, стр. 430.

Nõukogude psühhiaatrid on Kretschmeri teooria kõrvale heitnud.

Psühhopaatiate tekkimises omavad tähtsust looteidu kahjustused, üsasisesed traumad, nakkushaigused (loote süüfilis), rasked, pikaleveninud sünnitused, varajases lapseeas põetud meningoentsefaliidid ja kolju traumad. Psühhopaatiate kujunemises avaldavad mõju ka sotsiaalse keskkonna tingimused, kasvatuse defektid. Nõukogude sotsialistlikus riigis on loodud soodsad tingimused lapse õigesti kasvatamiseks kollektiivis (sõimes, lasteaias, nõukogude koolis), kus toetatakse laste isiklikku initsiatiivi, luuakse kõik vajalik iga lapse individuaalsete võimete arenemiseks, kollektiivsustunde, seltsimehelikkuse, nõukogude humanismi, kohusetunde ja moraali arenemiseks. Need tingimused takistavad egoismi, egotsentrismi, laiskuse, distsiplineerimatuse ja teiste ebatervete iseloomujoonte arenemist.

Psühhopaatiliste isikute arv väheneb meie maal pidevalt, seda ei saa aga ütelda kapitalistlike maade kohta.

Õeldust järeldub, et psühhopaatiate arenemine on seotud peamiselt sotsiaalse keskkonna iseärasustega ning et selle keskkonna soodsate tingimuste juures kompenseeruvad iseloomu iseärasused täielikult, inimene jääb kollektiivi liikmeks ja säilitab töövõime. Ebasoodsatel tingimustel tekivad aga psühhopaatilistel isikutel kergesti psühhogeensed reaktsioonid.

Psühhopaatiate arenemise vältimiseks on profülaktilised abinõud väga suure tähtsusega. Niipea kui lapsel hakkavad ilmnema psühhopaatilised iseloomujooned (erutuvus, valelikkus, meeleolu labiilsus ja püsimatus tegevuses), tuleb ta paigutada kollektiivse kasvatuse tingimustesse harilikus koolis, kus talle juurutatakse sotsiaalseid harjumusi, distsipliini, kohusetunnet. Mõnikord, raskematel juhtudel, kui ilmneb kalduvus asotsiaalseks käitumiseks, seksuaalseteks perverssusteks, tuleb psühhopaate paigutada linnavälistesse vaimuhaigla tüüpi asutustesse, kus kehtib range töörežiim. Seal saavad nad vastavat ravi; kalduvuse puhul seksuaalseteks perverssusteks rakendatakse hüpnoosi, tööteraapiat, hüdroteraapiat, kehakultuuri. Et psühhopaadid ei ole vaimuhaiged, siis peetakse neid nende poolt toime pandud seaduserikkumistes peaaegu alati süüdivaiks ja vastutavaiks. Üksikutel juhtudel otsustavad kohtuliku vastutuse küsimuse spetsialistid-psühhiaatrid.

Ühed või teised reaktsioonid või püsühika katkestused, mis esinevad psühhopaatiliste iseloomujoontega isikutel ja arenevad mingisuguste elamuste mõjul (nendel tekivad psüühilise seisundi muutused eriti kergesti), taandarenevad soodsatel keskkonna tingimustel ja õige töökorralduse juures kiiresti.

9. Neuroosid

Neuroos on parandatav funktsionaalne haigus, mille aluseks on kõrgema närvitalitluse häire, katkestus; selle kutsub esile kas pea-

miste kortikaalsete protsesside (erutuse või pidurduse) või nende liikuvuse ülepingutus psüühilise trauma või kestva liigväsimuse tagajärjel. Psüühilise talitluse häire, mis on tekkinud sel viisil, võib olla mitmesuguse vältusega — mõni nädal kuni mitu kuud ja isegi mitu aastat — ning kliiniliselt avalduda ühes või teises vormis.

Et neuroosi aluseks on kõrgema närvitalitluse katkestus, kõrvalekaldumine normaalsest käigust, siis põhjustab see paratamatult funktsionaalse vahekorra häire ajukoore ja madalamal asuvate osade — koorealuse vahel; sageli viib see ka siseelundite talitluse regulatsiooni rikkeni.

Neurooside hulka kuuluvad neurasteenia, hüsteeria, psühhasteenia ja sundseisundid.

a) **Neurasteenia.** Neurasteeniaks nimetatakse haigestumist, mis tekib närvisüsteemi ülepingutuse tagajärjel. Neurasteeniate kliinilisse pilti kuuluvad ühelt poolt närvisüsteemi kõrgenenud erutuvuse ja teiselt poolt tema kurnatavuse sümptoomid, kusjuures ühel haigel on ülekaalus kõrgenenud erutuvuse, teisel aga kurnatavuse sümptoomid. Nende kaht liiki sümptoomide kombinatsioonid moodustavad haiguse kliinilise olemuse. Närvisüsteemi kõrgenenud erutuvuse sümptoomideks on kõrgenenud ärrituvus, mis avaldub teravas kõnetoonis, vihareaktsioonides, nutlikkuses. Neurasteenikutel on väga raske, vahel isegi võimatu emotsionaalseid reaktsioone tagasi hoida, maha suruda. Nad on kannatamatud, ei talu ootamist. Niisugused haiged on ülemäära tundlikud tavalise tugevusega ärritajate suhtes, millega terve inimene on harjunud; nad ei talu näiteks uste paukumist, sammude kõla, tänavaliikluse müra, naaberhaigete jutuajamist, heledat valgust, valju muusikat, külma ega kuuma eseme puudutust, isegi nõrku valuärritusi (süstimisi, niristusi).

Üks kõige sagedamaid neurasteenia sümptoome on une häire. Öö saabudes valdavad haigeid kujutlused möödunud päeva sündmustest, nad ei suuda kaua uinuda, nende mõtted pöörduvad ikka ja jälle tagasi eelmise päeva ebaoluliste pisiasjade juurde. Mõnikord ei ole neil mingisuguseid ärevaid mõtteid, nad tahavad magada, kuid ei uinu mitme tunni jooksul. Olles uinunud, ärkavad nad vähimagi müra või kahina puhul ja ei jää enam magama. Uni on mittesügav, rahutu, rohkete, enamasti ebameeldivate unenägudega; uni ei ole neile puhkuseks, ei värskenda neid. Päeva jooksul on nad loiud ja unised.

Neuroloogilise staatuse uurimisel torkab silma kõõlusreflekside ja limaskestadelt lähtuvate reflekside elavnemine (kõrgenenud neelurefleks), silmalaugude, sõrmede värisemine, tugevasti väljendunud vegetatiivne-vaskulaarne labiilsus: kael ja nägu kattuvad punaste laikudega, peopesad, jalatallad ja teised kehaosad hakkavad kergesti higistama, pulss on sage; haiged kaebavad kõige mitmekesisemate ebameeldivate aistingute üle, mis lähtuvad mit-

mesugustest kehaosadest, nad tunnevad pitsitust südames, valu maos ja sooltes, neil esineb peavalu, peapööritus.

Kõrgenenud erutuvuse loetletud sümptoomid põimuvad ühel ja samal haigel närvisüsteemi ülemäärase kurnatavuse sümptoomidega, mis avalduvad kiires väsimises töötamisel, tähelepanu ebapüsivuses ja kiires nõrgenemises, intellektuaalse produktiivsuse vähenemises. Haigetel on raske end oma tavalises tegevuses koondada, mõtted valguvad laiali, kalduvad kõrvale, loetava sisu ei jää meelde. See viib haige veendumusele, et ta on «kaotanud mälu», et ta ei suuda enam töötada; ärevus ja võimetus end pikemaks ajaks kontsentreerida süvenevad selle tõttu veel enam. Haigega vestlemisel ilmneb, et tal on raske isikliku ja ühiskondliku elu kirjeldamisel kronoloogilisest järjekorrast kinni pidada: ta unustab oluliste sündmuste daatumid, tuttavate isikute nimed. Töövõime langusega, une häiretega, ebameeldivate, haiguslike aistingutega mitmesugustes kehaosades, sugufunktsiooni nõrgenemisega (impotents) kaasneb rõhutud meeleolu ärevuse ja murega niisuguse seisundi lõppe suhtes.

Kirjeldatud haiguslike sümptoomide patofüsioloogiliseks aluseks on sisemise pidurduse puudulikkus. Nimelt viimase nõrkusega on seletatav ka närvisüsteemi kõrgenenud erutuvus ja kurnatavus.

Neurasteenia äsja kirjeldatud klassikalisest vormist kui iseseisvast haigestumisest neuroosi kujul tuleb osata eristada neurasteenilist sündroomi. Viimane esineb väga tihti mitmesuguse etioloogiaga somaatiliste haiguste kliinilises pildis, näiteks hüpertooniatõve, haavandtõve, infektsioosse hepatiidi, reumatismi jne. korral.

Neil juhtudel seisab ravi põhihaiguse ravimises.

Prognoos ja ravi. Neurasteenia prognoos on alati hea. Närvisüsteemi ülepingutust põhjustanud tegurite väljalülitamise kõrval on näidustatud puhkus, mõõdukad jalutuskäigud ja sport, ravi-kehakultuur ja mitmesugused veeprotseduurid, kohalikult (pea, südame, lülisamba piirkonna) darsonvalisatsioon, kaltsiumkloriidiga galvaaniline krae, staatiline dušš. Need on kõik läbiproovitud meetodid neurasteenia ravimiseks.

Ravimitest annavad häid tulemusi broomisoolad, palderjanitinktuur, kodeiin, kofeiin, üldtugevdavad vahendid. Head efekti saadakse toniseerivate preparaatidega — spermokriini, spermiini, pantokriini süstimisega. Seksuaalse jõuetuse (impotentsi) sümptoomide, sugukihu nõrgenemise puhul on näidustatud autoriteetne selgitustöö, rahustamine, mõnedel juhtudel ka sisendus (hüpnoos).

Uneravi rakendatakse füsioloogilise une pikendamise näol, peamiselt visa unepuuduse korral (uneravi rakendamise viisist vt. lk. 232—236).

Naha kiheluse, nõgestõve, akroparesteesiate puhul kasutatakse vegetatiivset närvisüsteemi mõjutavaid vahendeid: ülepäeviti süstitakse veeni 5 ml 10%-list kaltsiumkloriidilahust, ravikuuriks 12—

15 korda. Süstida tuleb väga ettevaatlikult, sest kaltsiumkloriidi sattumine naha alla tekitab valulist nekroosi.

Esitame kõige enam kasutatavad ravimite kombinatsioonid.

Rp. Sol. Natrii bromati ex 4,0:200,0
Coffeini natrio-salicylici 2,0
MDS. 3 korda päevas 1 supilusikatäis

Rp. Sol. Natrii bromati ex 1,0:100,0
Coffeini natrio-salicylici 1,0
MDS. 2 korda päevas 1 teelusikatäis (Pavlovi järgi — alanenud toonuse korral)[1]

Rp. Strychnini nitrici
Acidi arsenicosi āā 0,03
Camphorae monobromatae 3,0
Calcii glycero-phosphorici 9,0
Extr. et pulv. Valerianae q. s. ut f. pil. N. 60
DS. 3 korda päevas 1—2 pilli pärast söömist (depressiooni ja nõrgenenud toitumuse puhul)

Rp. Luminali 0,1
Bromurali 0,5
M. f. pulv. D. t. d. N. 10
S. Üks pulber ööseks (visa unetuse korral)

Rp. T-rae Strychni 5,0
Extr. Condurango fluidi
Extr. Cascarae sagradae aa 15,0
MDS. 2 korda päevas 25 tilka enne söömist (neurasteeniaga kaasneva kõhukinnisuse puhul)

Rp. Codeini phosphorici 0,45
Camphorae monobromatae 6,0
Extr. Valerianae q. s. ut f. pil. N. 30
MDS. 2 korda päevas 1 pill

b) **Psühhasteenia.** Psühhasteenia põhiliseks kliiniliseks avalduseks on isiksuse omapärase meelelaadi kombineerumine sundseisunditega. Psühhasteeniku kõige olulisemaks iseloomujooneks on ärevus, kartlikkus enda pärast, alaline kindlusetuse tunne, mis tugevneb vajaduse korral üht või teist otsust teha. Kindlusetus, otsustamisvõimetus ja kahtlus tekivad igapäevases töös vähimalgi määral vastutusrikka ülesande täitmisel, samuti ka isiklikus elus, eriti aga otsustavatel, pöördelistel momentidel (kas abielluda või mitte, kas hakata õppima või mitte jne.). Psühhasteeniat põdev inimene on alati vallatud ärevast kartusest tundmatu tuleviku ees. Enne kui üht või teist otsust teha, võib psühhasteenik kahtlustest vaevatuna veeta tunde ja päevi kaalutlustes ega võta midagi ette. Tõepoolest elab psühhasteenik rohkem oma kaalutlustes kui oma kavatsuste realiseerimises. Need psühhasteenikule omased iseloomu iseärasused kombineeruvad kogu tema elu vältel sageli esinevate

[1] I. P. Pavlovi uurimiste kohaselt ei pea broomisoolasid andma mingis täpselt fikseeritud doseeringus. Broomi annus peab vastama närvisüsteemi tüübile. I. P. Pavlov arvas, et mida nõrgem on närvisüsteemi tüüp, seda väiksem peab olema annus, et mitte esile kutsuda pidurdusprotsesside ülepingutust.

viljatute sundtargutlustega. Haige targutab oma kavatsuste suhtes «kas teha või mitte», oma tegude suhtes «kas tegin hästi või halvasti», «kas lukustasin ukse või mitte». Samuti on tal kahtlused oma tervisliku seisundi suhtes, kartus tõsiselt haigestuda, mõtted oma alaväärsusest jne.

Psühhasteenilistel iseloomujoontel on kalduvus süveneda kõige tühisemategi psühhogeensete ajendite, somaatilise astenisatsiooni mõjul. Üks või teine siseelundite haigus raskeneb ja venib pikale sageli seetõttu, et psühhasteenik on meelestatud ärevalt, umbusklikult, et ta koondab kogu tähelepanu oma aistingutele. Ärevuse ja rahutusega kuulab ta arsti iga sõna, näeb igas ettevaatamatult öeldud lauses «traagilist» mõtet enese suhtes. Peab aga märkima, et psühhasteenikutel sageli esinevad sundseisundid nõrgenevad ja kaovad tunduval määral väliste situatsioonide mõjul, mis on seoses emotsionaalse pinguloleku, tähelepanu kontsentreerimise ja kõrvalejuhtimisega. Psühhiaatritele on ammu tuntud faktid, kus sundseisunditega psühhasteenikuil kadusid tugevalt väljendunud ärevus ja kartlikkus rindel viibides, lahinguolukorras, lahinguülesannete täitmisel.

Psühhasteenia *patofüsioloogiliseks aluseks* on ajukoore üldine nõrkus, esimese ja teise signaalisüsteemi vahekorra häire selles mõttes, et esimese signaalisüsteemi nõrkuse tõttu omandab ülekaalu teine signaalisüsteem. See viib paratamatult kortikaalse ja subkortikaalse talitluse vahekorra häireni. Seega osutuvad psühhasteenikul funktsionaalselt nõrgestatuks need närvisüsteemi piirkonnad, mis etendavad tähtsat osa organismi vahekordades väliskeskkonnaga ja tagavad vahetu ühenduse selle keskkonnaga, tähendab, rikked tekivad esimese signaalisüsteemi ja koorealuse talitluses. Nende nihetega kõrgemas närvitalitluses, nimelt teise signaalisüsteemi ülekaaluga, ongi seletatavad psühhasteeniku iseloomu kõige tüüpilisemad iseärasused, tema kalduvus arutlemiseks ja vähene aktiivsus reaalses, praktilises elus.

Ravi. Soodsat toimet avaldavad üldtugevdavad vahendid, ravimine kofeiini ja broomi preparaatidega, mis reguleerivad ajukoore funktsiooni:

Rp. Coffeini puri 0,3
Natrii bromati 2,0
Aq. destill. 200,0
MDS. 2—3 korda päevas 1 supilusikatäis

Suure tähtsusega on kehakultuur ja tööteraapia. Mõnikord annab positiivset terapeutilist efekti psühhoteraapia sugestiooni või hüpnoosi näol.

c) **Sundseisundid.** Väljakujunenud sundseisundeid esineb mitte ainult psühhasteenia puhul. Nad võivad tekkida ka pärast psüühilisi traumasid ja neile järgnenud emotsionaalseid nihkeid. Näiteks arenes ühel haigel pärast liiklusõnnetust, kus ta sõber tema silma all surma sai, sundhirm mistahes transpordivahendi kasu-

tamise ees. Sundseisundid võivad olla pikaajalised, visad, tendentsiga korduvateks halvenemisteks.

Sundseisundite neuroosi patofüsioloogiliseks aluseks on inertne erutuskolle peaajus.

Ravi. Üldtugevdavad vahendid, broom kofeiiniga. Häid tulemusi annab katkestatud uni 8—10 päeva vältel. On näidustatud hüpnoos ja muud psühhoteraapia liigid.

d) **Hüsteeria.** Hüsteeria kliiniline pilt on oma väliste tunnuste poolest väga mitmekesine. Kõik hüsteeria puhul esinevad kliinilised sümptoomid võib tinglikult jaotada psühhopatoloogilisteks ja somaatilisteks. Esimeste rühma kuuluvad hüsteeriahood, hüsteeriline hämarolek, pseudodementsus, puerilism, tummus, stuupor, teise rühma — hüsteerilised pareesid, halvatused, afoonia (hääletus), kurtus, pimedus, oksendamine, kuse- ja roojapeetus.



Joon. 79. Hüsteeriline kaar.

Kõik loetletud sümptoomid arenevad kõige sagedamini teatavate hüsteeriliste iseloomujoontega haigetel. Hüsteeria rohkearvulised sümptoomid võivad anda alust oletuseks, et on tegemist mingi raske somaatilise või orgaanilise haigusega. Seetõttu on vajalik, et iga velsker tunneks hüsteeria kliinilist pilti.

Hüsteeria tähtsamad kliinilised sümptoomid on järgmised.

I. Hüsteeria psühhopatoloogilised sümptoomid. 1. Hüsteeriahoog. Hüsteeriahoog algab tavaliselt päeva ajal, inimeste silmade all, aga mitte une ajal. Enamikul juhtudel eelnevad hüsteeriahoole ebameeldivad elamused, psüühikat traumeerivad situatsioonid. Peab oskama eristada hüsteeriahoogu epilepsiahoost.

Kõiki hüsteeria- ja epilepsiahoo sümptoome tuleb tunda ja osata kirjeldada, et arst saaks hiljem keskmeditsiinilise personali ülestähenduste järgi hoo olemuse üle otsustada (üksikasjaliselt on erinevused hoogude vahel kirjeldatud peatükis «Langetõbi»). Hüsteerik langeb küll harilikult maha, kuid ei löö end ära. Erinevalt

epileptilistest krampidest on hüsteerilised krambid korrapäratud, teatraalsed, veidrad, liigutused on tähenduslikud (nutmise, kannatuse grimassid, lookas kehaasendid, püüe äratada ümberolijate tähelepanu ja kaastunnet) (joon. 79). Hoo kestus on väga mitmesugune — mõni minut kuni mitu tundi, olenevalt ümberolijate käitumisest; mida rohkem on pealtnägijaid, mida enam pööratakse haigele tähelepanu, seda kauem hüsteeriahoog kestab. Väga tähtsaks erinevuseks on see, et kui pärast lühiajalist epilepsiahoogu esineb segasus, saamatus ja pikaajaline uni, siis hüsteeriahooga ja isegi mitme üksteisele järgnenud hooga ei kaasne segasust ega amneesiat, hoo lõppemisel jätkab haige katkestatud tegevust, nagu poleks midagi juhtunud.

2. Hüsteeriline hämarolek. Hüsteerilisele hämarolekule on iseloomulik teadvuse ahenemine, teadvuse koondumine teatavate, psühhotraumaatiliste elamustega seoses olevate kujutluste ringile. Näiteks lapse kaotanud emal avaldus hämarolek selles, et ta ümbritsevas olukorras halvasti orienteerus, lakkamatult midagi otsis, mähkis padja lapse teki sisse, võttis selle kätele, kiigutas seda toas edasi-tagasi käies ja laulis sellele hällilaulu, otsekui oma kadunud lapsele. Hämaroleku vältus on mitmesugune, enamasti piirdub see tundide ja päevadega ning lõpeb soodsalt — paranemisega.

3. Pseudodementsus, puerilism.

4. Hüsteeriline stuupor (vt. nende kirjeldusi osas «Psüühiliste haiguste sündroomid» ja peatükis «Reaktiivsed seisundid»).

5. Hüsteeriline mutism (tummus). Haige ei vasta küsimustele, peab kontakti žestidega või kirjalikult.

6. Hüsteeriline kurttummus — surdomutism (ladina keeles *surditas* — kurtus, *mutismus* — tummus). Haige ei kuule ega räägi, püüab end mõistetavaks teha žestidega, märkidega, kirjalikult. Häälekurdude ja kuulmiselundi uurimisel patoloogilisi muutusi ei leita. Äratab tähelepanu neelamisrefleksi puudumine. Kurttummus võib kesta mitu kuud ja kaob siis jäljetult. Mõnikord asendub mutism kogelemisega.

Hüsteerilised reaktsioonid, mis avalduvad mutismi, kurtuse ja motoorse stuuporina, võivad imiteerida segasust, koomat. Ka niisugustel juhtudel on aga haige anamnees ja tema seisundi iseärasused otsustava tähtsusega. Hüsteerilise stuuporiga haigetele (kes satuvad sageli somaatilisse haiglasse aju orgaanilise kahjustuse diagnoosiga) on iseloomulik, et nad arsti küsimusele sõnadega ei vasta, kuid seejuures on neil selgesti nähtavad vegetatiivsed emotsionaalsed ja miimilised reaktsioonid. Haige punastab, kahvatab, tal sageneb pulss küsimuste puhul haiguse alguse ja põhjuste kohta. Sageli õnnestub haigega kontakti luua kirjalikult või žestide abil. Uriini, vere ja neuroloogilise staatuse viivitamatu uurimine ei näita mingisugust olulist patoloogiat, mis võimaldaks oletada aju orgaanilist kahjustust.

II. Hüsteeria somaatilised sümptoomid. Mitmekesiste hüsteerilise päritoluga somaatiliste häirete hulgast esinevad kõige sagedamini halvatused, pareesid, pimedus, oksendamine, kuse- ja roojapeetus.

1. Hüsteerilised pareesid ja halvatused on sagedamini parapleegiate ja monopleegiate (mõlema jala, ühe jala, ühe käe), harvemini hemipleegiate laadi. Erinevalt halvatustest orgaaniliste, vaskulaarsete ajuhaiguste, näiteks arterioskleroosi või hüpertooniatõve puhul, ei esine hüsteeriliste halvatuste korral patoloogilisi reflekse ega lihaste toonuse muutust. Hüsteeriliste halvatuste ja pareesidega kaasnevad tundlikkuse ärajääma nähud, mis ei ole ühendatavad juhteteede või radikulaarsete häiretega. Esineb «suka» või «kinda» tüüpi anesteesiaid ja ühepoolseid tundlikkuse häireid, mis ulatuvad täpselt kere keskjooneni. Hüsteerilise halvatusega haigetel ei avastata häireid kõõlusreflekside osas.

2. Hüsteeriline astaasia-abaasia on võimetus seista ja kõndida, kuigi jalgades on küllalt jõudu ja liigutuste koordinatsioon on täielikult säilinud.

3. Hüsteeriline pimedus. Silmade uurimisel ei leita mingit põhjust nägemise kadumiseks. Hüsteerilise pimeduse diagnoosimiseks on oluline sageli esinev fakt, et haiged osutuvad pimedaks ainult kaugel asetsevate esemete suhtes või et nad näevad kahest sõrmest ainult ühte, kolmest sõrmest ainult kahte jne. Uurimised on näidanud, et haiged ei fikseeri vaadet mitte esitatavale esemele, vaid vahivad kõrvale, sellest esemest mööda.

4. Hüsteeriline oksendamine. Perioodiliselt kordudes võib niisugune oksendamine põhjustada haigel tugeva kurtumuse ja sellega simuleerida mitmesuguseid somaatilisi haigusi.

5. Hüsteeriline soolesulgus annab mõnikord alust oletada, et on tegemist orgaanilisest haigusest tingitud soolesulgusega.

Näiteks toodi üks naishaige haavakliinikusse diagnoosiga — äge soolesulgus *(ileus)*. Esinesid järgmised kliinilised sümptoomid: äge valu kõhus, kõhupuhitus, gaaside peetus, minestuseelne seisund, pulsi rütmi muutumine. Haige käitumise tähelepanelikul jälgimisel ilmnesid tal tormilised emotsionaalsed reaktsioonid, põhjendamatu nõudmine, et ta paigutataks teatavasse palatisse, teatava arsti hoole alla, vahelduvad nutu- ja naeruhood, koketsus, kapriissus, lapselik intonatsioon. Anamneesi andmetel oli ta korduvalt hospitaliseeritud pärast psüühilist traumat, iga kord samade sümptoomidega. Kõige selle tõttu keeldus tähelepanelik kirurg teda opereerimast. Pärast puhastusklistiiri (millele haige kategooriliselt vastu seisis) kadusid kõik «soolesulguse» nähud lõplikult.

Hüsteeria loetletud sümptoomid võivad anda põhjust arvata, et on tegemist mingi raske somaatilise haigusega. Sellepärast peab iga velsker hüsteeria kliinilist pilti tundma; see võimaldab varakult tõelist haigust diagnoosida ning järelikult ka õigeaegselt ravi alustada.

Kirjeldatud häirete karakteerseks iseärasuseks, mis sunnib oletama, et nad on hüsteerilise päritoluga, on neile enamikul juhtu-

del omased ühised jooned: ootamatu ilmumine otsekohe pärast psüühikat traumeerivaid elamusi, tavaliselt igasuguse orgaanilise aluse puudumine, kalduvus situatsiooni soodsa lahenemise või psühhoterapeutilise sisenduse mõjul taandareneda (kusjuures funktsioonid täielikult taastuvad), ühtede või teiste peamiste hüsteeriliste iseloomujoonte olemasolu, mis ilmnevad haige jälgimisel, tema hoolikal uurimisel ning ta elu ja haiguse anamneesi tundmaõppimisel.

Hüsteeriline iseloom avaldub paljudes tunnustes, mis ilmnevad antud isiku igapäevases suhtlemises lähikondsetega. Peamised neist on: emotsionaalne labiilsus, mis avaldub tormilistes tundeavaldustes, kerges ümberlülitumises ühelt tundelt teisele (täiesti vastupidisele). Haiged naeravad valjult, nutavad tagasihoidmatult kõvasti; äärmise kergusega, ilma tõsise põhjuseta asendub neil sügav kiindumus raevuka vihaga. Haiged kalduvad oma haiguslike aistingute suhtes liialdama, kasutades selleks vastavaid väljendusi («põrgulik valu», «surmav», «põletav ahistus» jne.) ning kinnitades neid teatraalsete, ilmekate žestidega. Egoism, egotsentrism, püüe olla tähelepanu keskpunktiks, kalduvus valetamiseks, fantaseerimiseks, kerge mõjutatavus — kõik need omadused kuuluvad hüsteerilise iseloomu juurde. Hüsteerikute need iseloomujooned teevad nad ühiskonnale raskesti talutavaks, põhjustavad hõlpsasti konflikte.

Hüsteeria patofüsioloogiline mehhanism on olnud sajandeid vaidluse objektiks. Oma töös «Hüsteeria sümptomatoloogia füsioloogilise mõistmise katse» andis I. P. Pavlov hüsteeria kliinilise mitmekesisuse õige käsituse.

Et hüsteeria patofüsioloogilist mehhanismi mõista, on vaja meelde tuletada kolme peamist instantsi ehk süsteemi, mis järjestikku üksteisele alluvad ja tagavad kõrgema närvitalitluse normaalse funktsioneerimise. Need instantsid on: tingimatute reflekside süsteem (morfoloogiliselt olemuselt — subkortikaalne süsteem) ning esimene ja teine kortikaalne signaalisüsteem. Hüsteeria aluseks on ajukoore nõrkus ning esimese ja teise signaalisüsteemi vahekordade rike, kusjuures on ülekaalus esimene signaalisüsteem.

Ajukoore nõrkus põhjustab madalamal asuvate osade vabanemise pidurdusest, nende funktsionaalse vallapääsemise. Koorealuse piirkonna pidurdusest vabanemisega on seletatav emotsioonide tormiline avaldumine, muutlikkus, püsimatus. Esimese signaalisüsteemi ülekaalul teise signaalisüsteemi suhtelise nõrkuse juures põhineb elav kujutlusvõime, fantaasia, millest hüsteeriahaiged ümbritseva tegelikkuse hindamisel lähtuvad. Nõrgas ajukoores kergesti tekkiv pidurdus tingib haigete kõrgendatud mõjutatavuse, võimetuse oma afektiivseid tegusid ja järeldusi küllalt kriitiliselt hinnata, emotsionaalsete otsustuste ülekaalu mõistuslike suhtes. Seega on kliiniliselt erinevate hüsteeriliste reaktsioonide tekkimine patofüsioloogiliselt seletatav ühelt poolt koore ja koorealuse, teiselt

poolt esimese ja teise signaalisüsteemi vastastikuste vahekordade häirega. Hüsteeria on haigus, mille tingib kõrgema närvitalitluse erilaadiline häire, seetõttu ei saa hüsteeriahaigeid pidada simulantideks.

R a v i. Hüsteeriliste seisundite profülaktikaks on isiku kasvatamine kollektiivis ning tema sättumus tööks. Hüsteeriliste reaktsioonide raviks on vajalik kehtestada õige režiim, rakendada haige töötegevusse, kõrvaldada tema psüühikat traumeerivad momendid. Arsti autoriteetne sõna, veenmine ja hüpnoos on suure tähtsusega ning annavad sageli positiivseid tulemusi. Ravimitest on näidustatud palderjanitilgad, 3%-line broomilahus (2—3 korda päevas 1 supilusikatäis). Häid tulemusi on saadud ka ravimisel katkestatud unega ja elektriunega 5—6 ööpäeva vältel.

10. Oligofreenia ehk nõrgamõistuslikkus

Sõna «oligofreenia» tähendab vaimuvaesust, nürimeelsust, teiste sõnadega — psüühilist alaarengut. Kui dementsus kujutab endast vaimuhaiguse, näiteks progressiivse paralüüsi tagajärjel tekkinud nõdrameelsust, siis oligofreenia seisab vaimse arenemise pidurdumises loote kahjustuse (näiteks intrauteriinne nakkushaigus, süüfilis) või kaasasündinud arenemisdefektide (mikrotsefaalia, joon. 80) tõttu, samuti ka sünnitrauma, näiteks kõrgete tangide rakendamise tagajärjel; olulist osa oligofreenia tekkimises etendavad ka last esimestel elukuudel ja eluaastatel tabanud rasked peaaju kahjustused, kõige sagedamini mitmesuguse etioloogiaga meningoentsefaliidid (joon. 81).

Psüühilise alaarengu raskusastme järgi eristatakse oligofreenia kolme rühma: 1) idiootsus — alaarengu kõige tugevam aste, 2) imbetsilsus — keskmine aste ja 3) debiilsus — kerge aste.

Idiootsust iseloomustab kõnevõime puudumine ja tugevakujuline nõrgamõistuslikkus. Haiged toovad kuuldavale ainult artikuleerimata helisid (isegi kõige kergematel juhtudel ei sisalda nende sõnavara üle 20 sõna). Nad ei mõista neid ümbritsevat olukorda, kõik, mis



Joon. 80. 15-aastane mikrotsefaaliaga haige.



Joon. 81. Oligofreenid — mikrotsefaaliaga ja hüdrotsefaaliaga haige.

neile kätte satub, topivad nad suhu; voodis istudes teevad nad kogu kehaga ühetaolisi, mõttetuid liigutusi.

Imbetsilsuse puhul on haiged suutelised kõnelema, kuid nad on sageli kidakeelsed, nende sõnavara on vähene. Nad võivad omandada elementaarseid teadmisi, õppides spetsiaalsetes abikoolides, võivad teha kõige lihtsamat tööd, näiteks kleepida ümbrikke, kas mõne perekonnaliikme või tööinstruktori juhtimisel ja pideva järelevalve all. Nad on sageli tigedad, väga äkilised. Tihti on neil sugukihu kõrgenenud.

Debiilsuse puhul on haigetel väga raske uut materjali omandada, abstraktseid mõisteid kujundada; nad on väga kergesti mõjutatavad, nende kriitikavõime ümbruse ja oma võimete hindamiseks on puudulik. Käitumises on nad kergesti erutuvad, püsimatud.

Õige töökorralduse puhul võivad debiilsed isikud omandada lihtsamad töövõtted. Teatava usinuse juures võivad nad visalt, intensiivselt töötada, oma kvalifikatsiooni tõsta, sest tööprotsessid on peamine tingimus nendel esineva defekti kompenseerimiseks. Seega tuleb meeles pidada, et kaasasündinud nõrgamõistuslikkus debiilsuse näol, mis ilmneb juba lapse esimestel eluaastatel, võib kasvatuse ja edasise arenemise mõjul, samuti ka töökogemuste omandamise tõttu mõningal määral kaduda; oligofreeniahaige võib kohaneda kasuliku tegevusega ja isegi olla ühiskonnale kasulik.

Velskri ülesanne jaoskonnas seisab hoolekande organiseerimises, vaimselt mahajäänud laste paigutamises spetsiaalsetesse nõrgamõistuslike laste kodudesse, aktiivses kaasabis nende töökorralduse alal, perioodilises järelevalves tööprotsessi vältel.

NEUROLOOGILISE JA PSÜHHIAATRILISE ABI ORGANISATSIOONI KÜSIMUSED

Neuroloogilise ja psühhiaatrilise abi organisatsiooni süsteem nõukogude tervishoius erineb teravalt välismaa süsteemist. Selle-alase abi kogu organisatsioon on suunatud närvi- ja vaimuhaiguste profülaktikale. Printsipiaalselt uueks töölõiguks meie organisatsiooni süsteemis on laialdane haiglavälise arstiabi võrk, mis tagab haigestumise varajase avastamise, haigete õigeaegse hospitaliseerimise, vajaliku ravikuuri läbiviimise, õigeaegse statsionaarist väljakirjutamise. Korduvate haigestumiste vältimine, remissiooniseisundi kindlustamine on võimalik organiseeritud tiheda seose tõttu haiglavälise ja haiglasisese arstiabi vahel.

Selle seose tagavad dispanserid ja psühhoneuroloogiliste haiglate dispanseersed osakonnad, samuti ka psühhoneuroloogia dispanserite juures olevad väikesed diagnostilised statsionaarid, kuhu paigutatakse ägedas seisundis haiged rahutuse kupeerimiseks ning raskesti diagnoositavate haigusvormidega haiged diagnoosi täpsustamiseks ja edaspidiste raviabinõude määramiseks. Paljude haiguste juures on raske piiri tõmmata, kus tuleb anda neuroloogilist ja kus psühhiaatrilist abi, kuid vaimuhaiguste iseärasuste tõttu tuleb peatuda psühhiaatrilise abi organiseerimise spetsiifilisel omapäral ja seda neuroloogilisest abist eraldi kirjeldada.

Neuroloogilise abi organisatsioon. Ambulatoorne abi neuroloogilistele haigetele planeeritakse selliselt, et see oleks elanikkonnale maksimaalselt lähedal. Neuropatoloogi kabinet on kõikides rajooni polikliinikutes, tehaste ja vabrikute meditsiinilis-sanitaarsetes jaoskondades. Seal saavad neuroloogilised haiged ambulatoorset ravi. Arst ja meditsiiniõde külastavad lamajaid haigeid kodus ja ravivad neid kohapeal, vastavate näidustuste korral paigutavad neid haiglasse närvihaiguste osakonda. Erakordsetel juhtudel toimetatakse haiged statsionaari kiirabiautol. Kõige sagedamini tuleb nii transportida vaskulaarsete ajuhäiretega haigeid ja isikuid, kes on saanud närvisüsteemi trauma tänaval või tööl; haigeid kodunt kiirabiautoga haiglasse viia tuleb harvemini.

Neuroloogilistes statsionaarides ravitakse peamiselt kesk- ja perifeerse närvisüsteemi orgaaniliste kahjustustega haigeid,

kuna reaktiivsete seisunditega ja neuroosidega haiged saavad ambulatoorset ravi või suunatakse vastavate näidustuste korral üldsomaatilistesse või spetsiaalselt närvihaigete jaoks määratud sanatooriumidesse. Samasugustes sanatooriumides jätkatakse vajaduse korral ka varem statsionaaris viibinud haigete ravi.

Laste statsionaarset neuroloogilist ravi käsitatakse harilikult omaette raviliigina, sest haigused lastel erinevad laadilt, käigult ja põetamise meetodite poolest suurel määral vastavatest haigustest täiskasvanutel. Statsionaarid laste jaoks organiseeritakse kas haigla tavalise neuroloogilise osakonna juures või lastehaigla baasil.

Aktiivse arstiabi üheks liigiks on närvisüsteemi kahjustuste kirurgiline ravi, peamiselt perifeerse ja kesknärvisüsteemi traumade, pea- ja seljaaju kasvajate, neuralgiate, kausalgiate, spontaansete gangreenide ja fantoomvalude puhul. Närvisüsteemi operatsioonidel on omad spetsiifilised iseärasused ja mõningaid neist võivad teostada ainult selleks spetsialiseerunud kirurgid (neurokirurgid). Seetõttu on Nõukogude Liidu suuremates linnades organiseeritud neurokirurgia-instituudid ning mitmete neuroloogia- ja kirurgiakliinikute juures neurokirurgilised osakonnad.

Närvihaiguste ravis on tähtsal kohal füsioteraapia, seetõttu on iga haigla ja polikliiniku närvihaiguste osakonna töö tihedalt seotud füsioteraapiakabineti tööga.

Psühhiaatrilise abi organisatsioon. Haiglavälist abiandmist teostab psühhoneuroloogia dispanser. Haiget võib psühhiaatri juurde suunata mistahes eriala arst või meditsiiniline asutus. Praktiliselt annavad saatekirju kõige sagedamini rajooni üldise polikliiniku arstid, kuhu haiged pöörduvad kõigepealt ning kus peetakse esmast arvestust kõikide haigete, sealhulgas ka vaimuhaigete kohta. Suurtes linnades ja oblastikeskustes annavad oma rajooni elanikkonnale abi psühhoneuroloogia dispanserid, töötades jaoskonnapõhimõttel.

Üldmeditsiinilise võrgu jaoskonnaarst ja kogu jaoskonna meditsiiniline teenistus (meditsiiniõed) on kohustatud teadma, kas nende jaoskonnas on vaimuhaigeid, samuti nagu nad peavad seda teadma kõigi somaatiliste haigete suhtes. Linna rajoonipolikliiniku ja maa jaoskonnahaigla arstid, kes oma rajooni elanikkonnaga palju kokku puutuvad, avastavad esimestena uusi vaimuhaiguse juhtumeid oma jaoskonnas või märkavad haige psüühilise seisundi muutusi. Viivitamata informeerivad nad oma tähelepanekutest rajooni psühhiaatrit, kes võtab tarvitusele edasised abinõud. Järelikult oleneb vaimuhaiguste arenemise profülaktika, psühhoosi varajaste staadiumide avastamine ja haigestunute õigeaegne ravimine tunduval määral jaoskonnaarsti ja rajooni psühhoneuroloogia dispanseri arstide ladusast koostööst. Niisama tähtsad on keskmeditsiinilise personali, eriti jaoskonnavelskri ülesanded, kes oma põhilise tegevuse (arsti korralduste täitmine: kuppude panemine, süstimised, termo-

meetria, patronaažkülastused) tõttu viibib sagedamini ja kauem oma jaoskonna haigete perekondades.

Kodusid külastades saab velsker haige omastelt esimesena signaale algava psüühilise häire sümptoomide kohta, mis avalduvad ebaloomulikus käitumises, näiteks toidust keeldumises, öises rahutuses, haige püüdes üksinduses viibida; sellistesse tunnustesse peab velsker suhtuma väga tõsiselt ja neist otsekohe jaoskonnaarstile teatama. Jaoskonnavelskri tähelepanelikkus ja valvsus võivad arsti-psühhiaatrit tema keerukas töös tunduvalt abistada.

Maal kindlustavad elanikkonnale psühhiaatrilist abi oblasti ja krai psühhoneuroloogia dispanserid ning vaimuhaiglad, samuti ka dispanseerset tööd teostavad rajoonidevahelised vaimuhaiglad.

Mainitud haiglad peavad olema tihedas kontaktis kõikide teiste erialade arstidega (jaoskonna terapeudid, kirurgid), kes töötavad linna ja maa rajoonipolikliinikutes. Keskustest kaugel asuvates kohtades (velskripunktid) peab seda sidet velsker. Arst ja velsker võivad saata haiget konsultatsiooniks oblasti või vabariiklikusse psühhoneuroloogia dispanserisse, juhtudel aga, kus vaimuhaiguse sümptoomid on kindlad, suunavad ta otsekohe vaimuhaiglasse. Oblasti, krai ja vabariiklike dispanserite psühhiaatrid peavad süstemaatiliselt tegema väljasõite, perioodiliselt külastama rajoonihaiglaid, maa jaoskonnahaiglaid ja polikliinikuid ning koos kohalike arstidega (mittepsühhiaatritega) läbi arutama ja hoolega uurima iga haigusjuhtu, mille puhul ilmnesid psüühilise talitluse häired. Psühhoneuroloogia dispanserid peavad arvestust kõikide nende poole pöördunud haigete kohta, pöörates seejuures erilist tähelepanu nn. aktiivsele arvestusele, kuhu kuuluvad ägedalt haigestunud, vaimuhaiguse raskete tunnustega isikud, samuti ka hiljuti statsionaarist väljakirjutatud haiged.

Spetsiaalset arstiabi psüühilistele haigetele annab dispanseri jaoskonna-psühhiaater, kes otsustab, kas haiget on vaja jälgida ja ravida dispanseerselt või paigutada ta viivitamata statsionaari. Dispanserites ravitakse psühhopaatilise käitumisega ambulatoorseid haigeid, kellel on psühhooside mitteägedalt avalduvad, kompenseeritud vormid kroonilise kuluga ja neurootiliste reaktsioonidega ning kes ei vaja haiglasse paigutamist. Maaelanikkonna hulgas avastatud niisuguseid haigeid jälgib jaoskonnaarst või velsker, kes juhinduvad psühhiaatria spetsialisti korraldustest ning vajaduse korral annavad edasilükkamatut abi, suunavad haiglasse jne.

Dispanseri keskmeditsiiniline personal on väga suure tähtsusega, sest ta teostab tunduva osa ambulatoorsetes tingimustes tehtavast ravitööst, nagu süstimised, hapniku manustamine, füsioterapeutilised protseduurid.

Vaimuhaigete sotsiaalkindlustus, nende patroneerimine (kodustes tingimustes viibivate haigete süstemaatiline jälgimine), nende huvide ja õiguste kaitseks neile eestkoste määramine — kõik need funktsioonid kuuluvad psühhoneuroloogia dispanseri tähtsaimate ülesannete hulka. Kõigist neist töövormidest võtab aktiivselt osa

keskmeditsiiniline personal, peamiselt nn. sotsiaalõed ja patronaažiõed.

Ekspertiis on dispanseri tegevuses tähtsal kohal. Dispanserid teevad otsuseid töövõime ja sõjaväeteenistuseks kõlblikkuse kohta ning määravad psüühiliste häiretega isikute süüdivuse astme mitmesuguste seaduserikkumiste puhul.

Linna psühhoneuroloogia dispanserite juures on organiseeritud ravitöökojad; neis töötavad haiged, kes ei vaja statsionaarset ravi, kuid ei suuda pärast haigust püsima jäänud psüühiliste rikete tõttu veel oma kutsetöö juurde asuda. Need töökojad on väga vajalikud, sest nad võimaldavad haigetel uut eriala omandada. Vastavalt tervisliku seisundi paranemisele täienevad niisuguste töötavate haigete oskused sel määral, et tööpäeva mõningal lühendamisel ja isegi ilma selle soodustuseta võib neid üldistel alustel ettevõtetesse tööle soovitada. Ravitöökodade tegevus toimub arstide ja keskmeditsiinilise personali järelevalve all.

Ambulatoorset ja statsionaarset arstiabi ei saa käsitada teineteisest eraldi. Need kaks meditsiinilise abi liiki kujutavad endast lahutamatuid lülisid kõikide haigete, sealhulgas ka vaimuhaigete teenindamisel.

Kui haige tuleb vastavatel näidustustel (vt. tagapool) vaimuhaiglasse paigutada, suunab dispanseri arst ta sinna ning annab kaasa üksikasjalised andmed teostatud ambulatoorse ravi kohta. Statsionaarse ravi lõpetamise järel võtab rajooni psühhiaater haige igal juhul arvele ning jälgib teda kuni täieliku tervistumiseni.

Pärast haige väljakirjutamist saadab vaimuhaigla üksikasjalise väljavõtte tema haigusloost dispanserisse, mille alusel haige seal arvele võetakse.

Olenevalt haigla suurusest ja voodikohtade arvust võivad vaimuhaiglas olla järgmised osakonnad.

1. Vastuvõturuum kõikide vaimuhaiglasse saabuvate haigete jaoks. Vastuvõturuum peab olema mugav ja hästi korrastatud, puhas ning vaikne. Seinad värvitakse rahulikkudes toonides. On vajalik, et kogu olukord vastuvõturuumis soodustaks haige rahunemist, sest esmakordne vaimuhaiglasse saabumine on juba iseenesest haigele traumeerivaks momendiks. Vastuvõturuumi toad peavad olema jaotatud sanitaarläbilaskla tüübi järgi; on ette nähtud läbivaatusruum, käimla, vannituba. Pärast sanitaarkorrastust ei pöördu haige enam vastuvõturuumi, vaid läheb vastavasse osakonda.

Vaimuhaigla peamisteks osakondadeks on rahulik ja rahutu osakond.

2. Rahutu osakond on ette nähtud haigetele, kes vajavad erilist hoolt ja järelevalvet, kuna nad on rahutud, luululiselt meelestatud või kalduvad agressiivsetele tegudele. Sellel osakonnal on mõned iseärasused: vooditel ei tohi olla teravaid nurki, äravõetavaid vedrusid või raudvarbu; seinad peavad olema täiesti siledad — ilma konksudeta, naelteta, riidenagideta, niššideta ja väljeteta;

käimlad peavad olema automaatse uhteseadisega, mittelukustatava uksega, klaasitud aknakesega haigete jälgimiseks; toidunõud rahutus osakonnas peavad olema kerged, purunematust materjalist, soovitatavalt alumiiniumist. Toidunõudeks on taldrik, kauss (või kruus) ja lusikas; nuge ega kahvleid nendele haigetele ei anta.

Osakonnas ei tohi olla raskeid, teravaid ega lõikavaid esemeid, millega haige võib ennast ja teisi vigastada.

3. Rahulik osakond. Sellesse osakonda paigutatakse haiged mitmesuguste neuroosivormidega, reaktiivsete seisunditega, kergete vaskulaarsete haigustega (arterioskleroos, hüpertooniatõbi), mittetugevate traumaatiliste muutustega, kergete langetõvehoogudega.

4. Vastuvõtuosakond, milles on kaks allosakonda — rahulik ja rahutu. Nendesse osakondadesse paigutatakse suurem osa esmakordselt haiglasse vastuvõetuid. Siin peab järelevalve haigete üle olema väga range, sest haiget ei tunta veel küllaldaselt ja ta võib käituda üsna ootamatul viisil. Selle osakonna sisustus peab meenutama hubast kodust olukorda (vaibad, muusikariistad, pildid), et ruumi sisseseade haigla tingimustes haige psüühikat ei traumeeriks.

Suurtes vaimuhaiglates on peale selle veel järgmised osakonnad.

5. Somaatilise nõrkuse, kurtumuse tunnustega vaimuhaigete osakond, kuhu paigutatakse haiged, kes vajavad hoolikat põetamist ja järelevalvet mitte ainult haiguse psüühiliste avalduste, vaid ka oma somaatilise seisundi tõttu. Siia kuuluvad raukuspsühhoosiga, progressiivse paralüüsi kaugelearenenud vormidega, arterioskleroosiga ja hüpertooniatõvega haiged, kellel on ühtlasi nõdrameelsus ja füüsiline kurtumus.

Suurtes, õigesti profileeritud haiglates on ette nähtud ka somaatiline osakond, kuhu paigutatakse somaatilisi haigusi põdevad vaimuhaiged ja somaatiliste psühhoosidega haiged (infektsioonipsühhoosid, pikaajaliste kurnavate südame-, neeru- ja maksahaiguste alusel tekkinud psühhoosid). Selles osakonnas on isolaator nakkushaigusi põdevate haigete, näiteks tuberkuloosihaigete ajutiseks eraldamiseks kuni nende üleviimiseni vastavasse haiglasse.

6. Päevased statsionaarid, kus viibib eriline haigete kontingent ainult päeva ajal (kroonilised haiged ja haiguse ägeda perioodi läbipõdenud haiged, kellel haiguslik seisund ei ole veel täielikult möödunud, kuid kes ei vaja enam ööpäevast statsionaaris viibimist). Neis statsionaarides haiged töötavad, saavad ravi ja kolm korda päevas süüa.

7. Mõnedes vaimuhaiglates on osakonnad vaimuhaigetele lastele.

Krooniliste haigusvormidega haigete jaoks on olemas linnavälised ravilad, kus haiged tegelevad peamiselt põllumajanduslike töödega (tööteraapia).

8. Haiglate juures on ka kliinilis-diagnostilised laboratooriumid

keemilisteks, biokeemilisteks ja elektrofüsioloogilisteks uurimisteks, laboratooriumid kõrgema närvitalitluse uurimiseks, röntgenikabinet, füsioteraapiakabinet ja prosektuur laipade lahkamiseks. Ekspertiisi teostatakse spetsiaalsetes kohtupsühhiaatrilise ekspertiisi osakondades.

Jalutuspaik (aed), samuti nagu kogu haigla territoorium, on piiratud kõrge taraga. Kõik haigla uksed ja aia väravad peavad olema alaliselt lukustatud spetsiaalsete võtmetega.

Alkoholismi ja narkomaaniat põdevaid isikuid ravitakse üldistel alustel kas ambulatoorselt või erilistes narkomaanidele ettenähtud psühhiaatrilistes statsionaarides.

Mitte kõik haiged ei saa pärast paranemist endist tööd jätkata; mõned neist jäävad töövõimetuks teatavaks ajaks, teised ei pöördu enam kunagi töö juurde tagasi. Kõik tööstaaži omavad haiged, kui nad on töövõime mingil määral kaotanud, suunatakse arstlikku tööekspertiisikomisjoni (ATEK), kes teeb kindlaks nende kõlblikkuse ühele või teisele tööalale ja määrab nende töövõimetuse astme (invaliidsuse grupi).

Lõpuks tuleb märkida, et nii haiglavälise kui ka haiglas antava arstiabi alal kõikide profülaktiliste ja raviabinõude rakendamise tulemusena on haigestumus mitmesse haigusse NSV Liidus vähenenud. See käib esmajoones süüfilise ja malaaria alusel tekkivate psühhhóoside, neurooside, psühhopaatiate jt. kohta. NSV Liidu tervishoiuministri 23. VII 54 käskkirjas nr. 166-m on ette nähtud rida abinõusid psühhoneuroloogilise abi edasiseks parandamiseks, sealhulgas eeskujulikkude psühhoneuroloogiliste tüüphaiglate ja -dispanserite ehitamine, ravitöökodade arendamine, patronaaži-abirahade suurendamine.

Haigusloo skeem psüühilise haiguse puhul

Kaugel asuvas meditsiinipunktis iseseisvalt töötaval kõrge kvalifikatsiooniga velskril on vaja teada, kuidas teostada psüühiliste häiretega haige läbivaatust, millises järjekorras teda uurida. Selleks esitatakse siin lühidalt haige uurimise skeem.

Pärast haige passiandmete kindlakstegemist tuleb selgitada:

1. Haige kaebused. See ei ole iga kord kerge, sest vaimuhaiged peavad end enamasti terveks. Kui aga haige on segasusseisundis, siis on tavaliselt võimatu selgitada, mis teda vaevab.

2. Väga lühikesed andmed haige arengu, varem põetud haiguste, tema iseloomu iseärasuste kohta (seltsiv, kinnine, tasakaalukas, rahulik, ärev, püsimatu, otsustusvõimetu jne.).

3. Millal ja seoses milliste eelnevate asjaoludega arenes käesolev haigus. Kas varem on esinenud samasugust psüühilist häiret ja kui on esinenud, siis kus ja kuidas seda raviti.

4. Kuidas kulges käesolev haigus enne seda, kui haige võeti meditsiinipunkti järelevalve alla.

5. Haige somaatiline seisund, tema siseelundite seisund.

6. Neuroloogiline staatus. Pupillide laius, kuju, reaktsioon valgusele, konvergentsile. Teiste kraniaalnärvide seisund. Kõõlusrefleksid, patoloogilised refleksid. Rombergi asendis püsivuse proov. Meningeaalsed sümptoomid.

7. Psüühiline seisund. Selles peab kajastuma haige kogu käitumine, tema avaldused, suhtumine neisse avaldustesse, meeleolu. Haiget tuleb kirjeldada nii, et lugejal tekiks temast ettekujutus.

Psüühilise staatuse skeem

1. Haige orienteerumine kohas, ajas ja ümbritsevates isikutes.
2. Kas haigega on võimalik kontakti luua, vestelda: kas ta vastab küsimustele, jutustab oma elamustest.
3. Kas haigel esineb hallutsinatsioone ja luulu, kui esineb, siis millised need on.

Haige ei tarvitse tingimata oma hallutsinatsioonidest jutustada, enamasti ta eitab neid; kui aga tema käitumist tähelepanelikult jälgida, siis võib märgata tajumise häireid: haige kuulatab midagi, sosistab omaette, vaatleb midagi tähelepanelikult, katab kõrvad peopesadega, topib kõrvadesse vatti, nuusutab toitu jne. Ta hoidub lähikondsetest kõrvale, kardab süüa, muutub ärevaks, on täis hirmu, — nähtavasti on ka luul olemas.

4. Haige meeleolu: tusane, rõhutud, ärev, eufooriline, ülemäära lõbus.
5. Haige käitumine: haige on rahutu, kipub kuhugi, jookseb, teeb üht ning sama mõttetut liigutust, on liikumatu, lamab muutumatus asendis.

Isegi niisuguse skemaatilise kirjelduse järgi jõuab spetsialist-psühhiaater selgusele, millise haigusega on antud juhul tegemist.

NÄRVI- JA VAIMUHAIGETE RAVIMINE

I. NÄRVIHAIGETE RAVIMINE JA PÕETAMINE

Statsionaari närvihaiguste osakonnas lamavad tavaliselt raskesti haiged, kes vajavad eriti tähelepanelikku hoolitsust, sest nad pole võimelised end ise teenindama ja on sageli rõhutud, pärsitud meeleolus. Haigetel tuleb alati lahke sõnaga reibast meeleolu säilitada ja sisendada usku peatsesse tervistumisse, sest see soodustab ravi edu.

Meditsiiniline personal ei tohi kunagi unustada põetamise põhireeglit — mitte kunagi haigetega nende haigust pikalt arutleda. Kõik ravikorraldused teeb ainult arst. Isegi soojendajat, mida närvihaiguste osakonna haige palub, tuleb panna arsti teadmisel ja loal, sest närvisüsteemi orgaanilise kahjustuse üheks kliiniliseks tunnuseks on temperatuuritundlikkuse kadumine või nõrgenemine ja sellistel juhtudel võib isegi mitte väga kuumast, kuid kaua ühel kohal hoitud soojendajast kergesti tekkida põletus, mis raskesti paraneb.

Närvihaigete ravimisest ja põetamisest on kõneldud juba haiguste kliiniliste vormide kirjeldamisel. Siin käsitletakse ainult niisuguseid abinõusid, mille läbiviimise tehnika nõuab keskmeditsiiniliselt personalilt spetsiaalseid teadmisi.

Insuldi-eelses seisundis haigele pannakse sageli kaane, et võtta mõningal hulgal verd ja vähendada neil vere hüübivust. Tavaliselt pannakse kaanid kõrva taha nibujätkele või õndraluule. Eelnevalt tuleb nahka hoolikalt pesta tavalise, mittelõhnava seebiga. Et kaanid end kiiremini külge imeksid, määritakse nahka kontsentreeritud suhkrulahusega; et kaan end mitte alati kohe külge ei ime, vaid võib nahka mööda roomates märkamatult kõrva sattuda, siis on soovitatav väliskuulmekäik vatiga sulgeda. Kaan haaratakse tagumisest (jämedamast) otsast või pannakse katseklaasi, nii et ta pea (peenem ots) on avause poole, ning asetatakse katseklaas siis vastu nahka. Kaane võib panna ka teeklaasi ning seda kummuli pööratuna seni vastu nahka hoida, kuni kaanid on end naha külge imenud. Kui kaanid on end verd täis imenud, on nad 3—4 korda suuremad ja langevad siis ise naha küljest ära. Kui on tarvis, et kaan varem ära langeks, siis puistatakse tema peale soola. Pärast

kaanide äralangemist seotakse haavad tavaliste reeglite kohaselt. Et kaanide poolt eritatav hirudiin takistab vere hüübimist, siis veritsevad haavad pärast kaanide eemaldamist vahel pikemat aega. Et veritsemine lakkaks, pannakse haavadele rõhkside, mis on niisutatud nõrga (2:100) ferrikloriidilahusega. Hästi toimib ka sama preparaadi ofitsinaalse lahusega niisutatud vatitupsuti asetamine haavale. Kaanid peavad olema eluvõimelised. Üks kaan imeb välja 15 ml verd (umbes supilusikatäis) 40—60 minuti või pikema aja jooksul. Korraga pannakse 6—8 kaani.

Alumiste jäsemete halvatuse korral, mis on põhjustatud seljaaju transversaalsest kahjustusest (põletiku, kompressiooni või trauma tagajärjel), kujunevad ebasoodsad tingimused, mis soodustavad lamatiste tekkimist. Naha troofiline funktsioon on neil juhtudel alanenud, pealegi on naha tundlikkus vähenenud.

Lamatiste ja tsüstopüeliidi profülaktikast on räägitud peatükis «Müeliit».

Närvisüsteemi süfiliitilise haigestumise korral viiakse läbi spetsiifiline süüfilisevastane ravi. See seisab raskemetallide — elavhõbeda ja vismuti — preparaatide ning orgaaniliste arseeniühendite (novarsenool, müarsenool) manustamises. Novarsenooli süstitakse veenisse, müarsenooli, elavhõbeda- ja vismutiühendeid lihasesse. Elavhõbeda preparaatidest kasutatakse (mitteravitud haigetel) elavhõbedijodiidi 1%-list või 2%-list lahust koos kaaliumjodiidiga (lahuse saamiseks); ravimit süstitakse annuses 1—2 ml 30 päeva vältel.

Rp. Sol. Hydrargyri bijodati 1% 30,0
cum Kalio jodato q. s. ad solutionem
DS. Süstimiseks

Vismutipreparaatidest kasutatakse bijohinooli, mis kujutab endast vismuti, joodi ja hiniini õlisuspensiooni (originaalpakendis). Bijohinooli süstitakse annuses 2—2,5 ml üle päeva. Ravikuur koosneb 15—20 süstimisest. Enne süstimist bijohinooli soojendatakse (pudel asetatakse sooja vette) ning loksutatakse hoolikalt. Süstida soovitatakse tuhara ülemisse välimisse kvadranti. Süstimise kohta tuleb eelnevalt alkoholi ja joodiga hoolikalt hõõruda.

Hematoomi, vahel ka rasvemboolia vältimiseks tuleb algul sisse viia nõel ilma süstlata; kui mõne sekundi pärast ei hakka nõela kaudu verd tulema, võib bijohinooli (õliemulsiooni) süstida. Lahustumata massi verre sattumine võib raskeid tagajärgi esile kutsuda. Et bijohinooli süstitakse jämeda nõela abil ja õliemulsioon koguneb manustamise kohta, siis kipub bijohinool pärast nõela väljavõtmist torkekoha kaudu välja valguma. Seepärast peab haige pärast bijohinooli süstimist mõne minuti kõhuli lamama, torkekohale aga kleebitakse vatt kolloodiumiga.

Elavhõbe ja vismut ärritavad neerusid ja kutsuvad esile gingiviiti, seepärast tuleb ravi vältel sageli haige uriini uurida ja igemete haigestumise vältimiseks jälgida, et haige iga kord pärast söö-

mist loputaks suud ja määriks igemeid kootavate ja parkivate mürra, ratannia ja tindipähkli tinktuuriga (võrdsetes kogustes).

Rp. T-rae Myrrhae
T-rae Ratanhiae
T-rae Gallarum aa 5,0
DS. Igemete määrimiseks

Soovitatakse ka loputada suud veega, millele on lisatud jooditinktuuri (10 tilka klaasi vee kohta). Samu profülaktilisi abinõusid tuleb rakendada ka neil juhtudel, kus elavhõbedijodiidi määratakse haigetele sissevõtmiseks koos kaaliumjodiidiga.

Rp. Hydrargyri bijodati rubri 0,04
Kalii jodati 6,0
Aq. destill. 180,0
DS. 2 korda päevas 1 supilusikatäis pärast söömist

Lastele, vahel aga ka täiskasvanutele, hõõrutakse elavhõbedat süstimise asemel nahasse. Nahasse hõõrumise tehnika ei ole keeruline. Sissehõõrumiseks valitud nahapiirkond tuleb eelnevalt puhtaks pesta. Salvi ei tule hõõruda rohke karvakasvuga kohtadesse. Sissehõõrumiseks kõige sobivamad kohad on reite sisepinnad, kõhu külgmised osad, küünar- ja õlavarre sisepinnad. Sissehõõrumiskuur koosneb 25—30 seansist (2,0—4,0 halli elavhõbedasalvi seansi kohta), kusjuures iga 6 hõõrumise järel tehakse hügieeniline vann. Kuus üksteisele järgnevat salvi sissehõõrumist tehakse iga kord ise kohta. Meditsiinitöötaja paneb sissehõõrumise ajaks kätte kummikinda, et elavhõbe ei avaldaks toimet tema organismisse. Hõõrutakse ülalt alla 15—20 minuti vältel, seni kui salviga kaetud naha värvus muutub mustast terashalliks. Hõõruma peab soojas toas, sest soojus soodustab naha pooride laienemist. Tuleb meeles pidada, et hõõrumisel sissehingatav elavhõbeda aur võib meditsiinitöötajal esile kutsuda igemete põletikku, hammaste lõnkumist ja süljevoolust; seepärast peavad haiged ja sissehõõrumisi teostavad isikud profülaktikaks 5—6 korda päevas boorhappe, vesinikülihapendi või bertolee soola lahusega suud loputama ja ülalesitatud tinktuuriga igemeid määrima.

Süfiliitiliste haigestumiste korral on soovitatav enne raskemetallide preparaatide tarvitamist läbi viia ravikuur penitsilliiniga (2 korda päevas 200 000 ühikut penitsilliini lihasesse, üldse 4—6 miljonit ühikut).

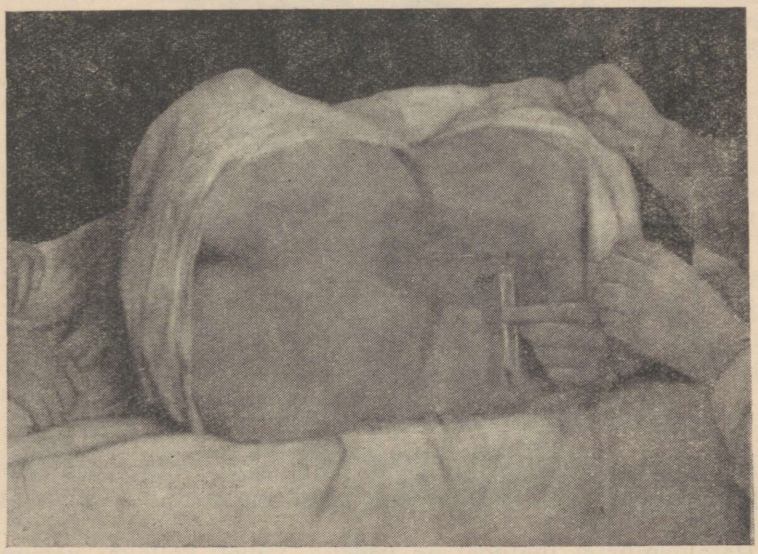
Neil juhtudel, kus ravimine raskemetallidega on vastunäidustatud (neeruhaiguste, nägemisnärvide atroofia puhul), piirdutakse penitsilliiniteraapiaga.

Raviabinõude kohta teiste närvihaiguste puhul on antud juhendeid nende haiguste kirjeldamisel eespool.

Lõpuks tuleb käsitleda ajuvedeliku võtmise tehnikat, mida teostab arst, ja haige eest hoolitsemist selle toimingu puhul.

Ajuvedelikku võetakse nii diagnostilisel (vt. ptk. «Meningiit») kui ka ravi otstarbel. Punktsiooniks kasutatakse harilikult Bieri

nõela mandrääniga, kuid ka tavaline 5—6-sentimeetrine nõel on selleks täiesti sobiv; lastel kasutatakse ainult tavalisi nõelu. Lumbaalpunktsiooni ajal võib haige istuda või lamada, olenevalt tema seisundist. Tehniliselt on punktsioon hõlpsam siis, kui haige lamab. Haige asetatakse paremale või vasakule küljele, selg võimalikult lähedal voodi äärele; jalad painutatakse vastu kõhtu, pea kallutatakse rinnale; selle tagajärjel kaardub selg välja ning ogajätked eemalduvad üksteisest. Vertikaalse joonega, mis tavaliselt tõmmatakse joodiga, ühendatakse mõlemad niudeluuharjad; sellele



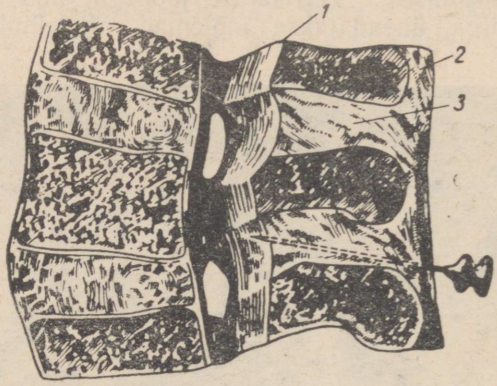
Joon. 82. Haige asend lumbaalpunktsiooni teostamisel. Niudeluuharjade vahele tõmmatud vertikaaljoon vastab III ja IV nimmelüli vahemikule.

tasapinnale vastab III ja IV nimmelüli vahemik; nõel tuleb sisse viia sellel kohal või ühe lüli võrra kõrgemal või madalamal (joon. 82). Kui valitud torkekoht on hoolikalt joodiga desinfitseeritud, süstitakse seal naha alla 1 ml 0,25%-list novokaiinilahust või tupsutatakse nahka 30 korda eetris niisutatud vatiga, mis samuti tekitab anesteesia.

Kui arst on oma käed hoolikalt ette valmistanud, kompleb ta III nimmelüli väljaulatuvat ogajätket ning hakkab selle äärt mööda libistades ning keskjoonel püsides steriilset nõela sisse viima, andes sellele horisontaalse asendi ning juhtides seda veidi ülespoole (joon. 83). Kui ogadevahelised sidemed on läbi torgatud, läheb nõel vabalt kuni kõvakelmeni, mille läbitorkamisel on tunda vaevalt märgatav, kuid siiski selge takistus. Tekib tunne, et takistuse

läbimise järel on satutud õõnde; seejärel nõela sügavamale ei viida, mandrään võetakse ära ja nõela avausest hakkab vedelik välja tilkuma.

Diagnostilisel otstarbel on küllalt 10 ml vedeliku kogumisest katseklaasi; ühtlasi märgitakse ära rõhk, mille all vedelik välja valgub, samuti ka vedeliku läbipaistvuse ja värvusetuse aste. Normaalne ajuvedelik on destilleeritud vee taoline ning minutis väljub



Joon. 83. Lumbaalpunktsioon. Nõel on viidud III ja IV nimmelüli vahel lülisambakanali alumisse ossa.
1 — ogajätke; 2 — ogajätketevahelised sidemed.

umbes 60 tilka. Kõrgenenud rõhu puhul võivad tilgad laatuda vertikaalseks joaks või vedelik võib isegi kaarekujulise joana välja tungida.

Patoloogilistel juhtudel on vedelik vahel kollaka varjundiga (ksantokroomia) või hoopis hägune, nimelt ajukelmete mädase põletiku korral.

Pärast nõela väljatõmbamist kaetakse torke koht kolloodiumi ja vatiga. Kaks kuni kolm tundi pärast punktsiooni peab haige kõhuli lamama, kusjuures talle pea alla patja ei panda. Ööpäeva vältel on haigele voodist tõusmine üldse keelatud. Hoolimata nendest ettevaatusabinõudest võib aga mõnedel haigetel, eriti labiilse närvisüsteemiga isikutel, mõni tund pärast punktsiooni tekkida üldine nõrkus, peavalu, valu seljas, iiveldus, vahel oksendamine, uriini peetus, s. t. ajukelmete ärrituse nähud.

Neil juhtudel süstitakse veenisse 5 ml 40%-list urotropiinilahust ning antakse sisse antineuralgilisi preparaate (püramidooni, fenatsetiini, antipüriini).

II. VAIMUHAIGETE RAVIMISE ÜLDISED PÕHIMÕTTED JA PEAMISED MEETODID

Teadusliku uurimise asutuste ja kliinikute laialdase võrgu tõttu Nõukogude Liidus, samuti ka kodumaise füsioloogia suurte saavutuste ja I. P. Pavlovi õpetuse laialdase juurutamise tõttu on nõukogude psühhiaatria viimastel aastakümnetel saavutanud märkimisväärset edu nii psühhooside etioloogia ja patogeneesi küsimustes kui ka nende teraapia alal.

Nõukogude psühhiaatria peamised põhimõtted on juba ammu formuleeritud. Juba semstvoaegse psühhiaatria rajajad esitasid põhiprintsiipidena humanismi, ravimise, töökorralduse; need printsiibid leidsid täielikku arendamist pärast Suurt Sotsialistlikku Oktoobrirevolutsiooni.

Peamiseks üldiseks printsiibiks vaimuhaigete ravimisel ja neile lähenemisel on vaimuhaige psüühika säästmise printsiip. Sellest seisukohast on haige paigutamine vaimuhaiglasse, järelikult tema eemaldamine teda sageli traumeerivast olukorrast (lähikondsete ja omaste ebaõige suhtumise tõttu haigestunusse) terapeutiliseks, haiget rahustavaks abinõuks.

Haige paigutamine vaimuhaiglasse toob talle kasu aga ainult siis, kui seejuures täidetakse kolm tingimust. Need on: 1) osakondade range profileerimine; 2) haigete õige paigutamine arsti määramisel vastavalt nende seisundi iseärasustele; 3) ravi õigeaegne määramine ja läbiviimine.

Osakondade profileerimisest on üksikasjaliselt räägitud psühhiaatrilise abi organisatsiooni käsitlevas peatükis.

Teine tingimus, nimelt haigete õige paigutamine osakondadesse, nõuab ägedalt haigestunute ja krooniliste haigete, rahulikkude ja rahutute haigete ranget eristamist.

Teadlikkude haigete ühes ruumis hoidmine vastutamatutega, «... — kellelt esimesed võivad saada ühelt poolt tugevaid ärritusi karjumise ja erakordsete stseenide näol, teiselt poolt aga langeda nende otsese vägivalla ohvriks, tuleb vaadelda kui tingimust, mis langeb nõrkadele koorerakkudele liigse, veel enam nõrgestava koormusena»[1].

Vaimuhaigete ravis omab suurt tähtsust režiimi säilitamine, rahustava olukorra loomine, mis on lähedane kodustele tingimustele. Paljudele vaimuhaigetele, eriti aga motoorse rahutusega haigetele, on voodirežiim väga otstarbekohane. Voodirežiim säilitab haigete jõudu, hõlbustab nende põetamist ja nende järele valvamist. Niisama tähtis on haige õigeaegne üleviimine ühest osakonnast teise, näiteks kõne- ja motoorse rahutuse lakkamisel või luulumõtete ja hallutsinatsioonide vähenemisel tuleb haige paigutada rahutust osakonnast rahulikumasse. Järgmine tingimus, mis kindlustab haiguse parema lõppe, on raviprotsessi õige korraldus ja õigeaegsus.

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, изд. 7-е, 1951, стр. 329.

Mitmekesiste ravivahendite hulgast on vaimuhaiguste teraapias erilisel kohal skisofreenia ravimine insuliinišokiga ja progressiivse paralüüsi ravimine malaariaga. Nendest raviviisidest on üksikasjaliselt räägitud vastavates peatükkides.

Asteeniliste seisundite (infektsiooni- ja traumajärgsed nõrkusseisundid) ravis on olulise tähtsusega üldtugevdavad vahendid: strühniin, arseen, vitamiinid. Vaskulaarsete, orgaaniliste psühhooside puhul rakendatakse laialdaselt iga liiki füsioteraapiat: galvaniseerimist, kohalikku ja üldist darsonvaliseerimist, diatermiat, kiiritamist ultraviolett- ja soojuskiirtega (kvarts, solluks), ultralühilaineteraapiat.

Käesoleval ajal on vaimuhaiguste mitmesuguste vormide ravi efektiivseimaks meetodiks r a v i m i n e p i k a a j a l i s e u n e g a, mis põhineb I. P. Pavlovi õpetusel kaitsepidurdusest.

Nagu peatükis «Skisofreenia» juba öeldud, on ravimine pikaajalise unega üks kõige enam levinud terapeutilisi meetodeid selle haiguse puhul. Seda ravi kasutatakse eduga aga ka mitmete teiste psüühilise talitluse häirete vormide puhul, samuti ka rea somaatiliste haiguste, näiteks haavandtõve, hüpertooniatõve ja peaaju traumaatiliste kahjustuste korral, raskete operatsioonide järel, mõnede nahahaiguste puhul. Seetõttu on keskmeditsiinilisel personalil väga vajalik üksikasjaliselt tutvuda uneravi tehnikaga ja nende haigete põetamise iseärasustega, keda ravitakse unega, olenemata sellest, kas meditsiiniõde hakkab töötama vaimuhaiglas või mingis muus raviasutuses.

Hulgaliste laboratoorsete katsete varal jõudis I. P. Pavlov veendumusele, et tavalise jõuga ärritajate kauakestva toime või erakordselt tugevate ärritajate mõjul tekkinud väsimusele vastab närvirakk pidurdusega, s. t. väsimuse tõttu satub ta sellisesse erilisse olukorda, kus ta lakkab välisärritajatele vastamast. Närvirakk on pidurdatud. Ja nagu eksperimentaalsed uurimised laboratooriumis loomadega veenvalt näitasid, puhkab närvirakk pidurdusseisundis ning taastab oma talitlusvõime. Tõestuseks, et pidurdus on närviraku kaitsev ja raviv funktsioon, on meie igapäevane uni: väsinud inimene jääb magama ning, olles maganud teatava arvu tunde sügavat füsioloogilist und, ärkab reipana, täiesti taastunud töövõimega.

On loomulik, et kui väsimuse puhul füsioloogilistes tingimustes tekkiv uni on peaaju närvirakkude pidurduse avaldus ja kuna pidurdus osutub kaitsvaks ning ravivaks, siis on närviraku reversiibli patoloogilise seisundi puhul täiesti seaduspärane püüda luua tingimused selleks, et rakk oleks pidurdusseisundis, mis kaitseks teda edasise kurnatuse ja võimaliku hävimise eest. Selliseks tingimuseks on pikaajaline uni.

Kaitsepidurduse jaoks on tähtis, et ravimitega esile kutsutud uni oleks lähedane füsioloogilisele, loomulikule unele; see on võimalik ainult siis, kui uneravi viiakse läbi rahulikus olukorras ja kasutatav uinuti on ainult vähe toksiline. Käesoleval ajal kasuta-

takse unega ravimiseks kodumaist preparaati barbamüüli (amütaalnaatrium — barbituurhappe naatriumisool).

Rahuliku olukorra loomiseks on kõige otstarbekohasem eraldada spetsiaalne osakond või palat haigete jaoks, keda kavatsetakse ravida unega. Tähelepanekud näitavad, et kui uneravi läbi viia üldpalatis, siis kulub ööpäevas peaaegu kaks korda rohkem barbamüüli. Võimaluse korral on soovitatavad väikesed palatid (3—5 haige jaoks) ja neid tuleb hästi tuulutada. Palati aknad peavad olema pimendatud, põrand kaetud pehme vaibaga, et summutada personali sammude müra; võib ka kogu personalile anda pehme tallaga toatuhvlid.

Uneravi teostatakse kolmel viisil. Esimese viisi puhul tekitatakse pikaajaline sügav katkestamata narkootiline uni 18—20 tunniks ööpäevas; haige ei ärka söömiseks. See uneravi meetod, mida varem vaimuhaiglates skisofreenia raviks laialdaselt rakendati, on käesoleval ajal peaaegu täiesti kõrvale jäetud, sest selle puhul täheldatakse organismis toksilisi nähtusi.

Teise viisi korral tekitatakse pikaajaline katkestatud uni, mis jääb sügava füsioloogilise une tasemele ega lähe üle narkoosiseisundiks. Haiged magavad mitme (8—20) päeva vältel, olenevalt haiguse laadist. Päeva jooksul haiged äratatakse või nad ärkavad ise söömiseks ja üldisteks hügieenilisteks protseduurideks. Uneseisund kestab 15—20 tundi ööpäevas, vahel ka kauem. Ööpäevane barbamüüli annus ei tohi selle meetodi puhul olla üle 1,0.

Kolmanda meetodi puhul tekitatakse pikendatud loomulik, füsioloogiline uni, milleks haigele antakse väikesed annused barbamüüli (mitte rohkem kui 0,3—0,5 ööpäevas). Füsioloogilist und pikendatakse 10—12, vahel 15 tunnini ööpäevas.

Uneravi viimane meetod leiab terapeutilistes ja kirurgilistes statsionaarides siseelundite mitmesuguste haiguste puhul üha laiemat kasutamist. Selle meetodi eelis kahe teisega võrreldes seisab kõigepealt selles, et ta ei nõua suurt hulka täiendavaid ravimeid (üksikasjalisemalt vt. tagapool). Peale selle võimaldab see meetod koos uinuti andmisega rakendada rida teisi ravivõtteid, näiteks haavandtõve puhul füsioteraapiat, dieediravi, novokaiiniblokaadi jne. Kuid ka sellesse praktiliselt ohutusse uneravi meetodisse tuleb suhtuda täie tõsidusega.

Peatume eraldi noorema ja keskmeditsiinilise personali osal ja tähtsusel uneravi läbiviimisel. See osa on väga suur, sest ööpäeva vältel teenindavad ning jälgivad haigeid velsker ja põetajad. Personalilt, kes jälgib une sügavust ja kestust, ärkamise momenti ja haige seisundit pärast ärkamist, nõutakse, et ta absoluutse täpsusega registreeriks kõik nimetatud momendid ja manustaks uinuti järjekordsed annused rangelt arsti korralduste järgi. Igasugune omavoliline barbamüüli või teiste uinutite andmine juhtudel, kui haige kuidagi magama ei jää ja visalt nõuab personalilt lisaannuseid, ei ole lubatav.

Ravimid, milleta ei tohi alustada ravimist pideva või katkes-

tatud unega, on järgmised: kamper, kofeiin, lobeliin, adrenaliin, korasool, atropiin, 40%-line glükoosilahus, 25%-line magneesiumsulfaadilahus, füsioloogiline lahus. Narkootilistest vahenditest peavad käepärast olema omnopoon, morfiin, skopolamiin (ampullides), kloraalhüdraadilahus (3- või 6%-line). Peale selle on vajalikud lahtistid, hapnikupadi, padi süsihappegaasiga, suuavaja, keelehoidja, Bobrovi aparaat (siirdniristuseks), süstlad (1-, 5-, 20-grammised), puhastatud alkohol, vatt, klistiirikann. Füsioloogilise, loomuliku une pikendamise meetodi puhul ei ole vaja nii suurt hulka vahendeid, kuid peavad olema käepärast kõige vajalikumad vahendid südametegevuse nõrgenemise juhuks.

Kesk- ja noorema meditsiinilise personali suur ja vastutusrikas töö algab juba enne uinuti andmist. Haige peab olema vastavalt ette valmistatud. Peavad olema tehtud kõik vajalikud vere ja uriini kliinilised analüüsid, mida peale arsti ei tohi unustada ka keskmeditsiiniline personal. Päeval enne uneravi algust tuleb läbi viia soole puhastamine lahtistite abil, esimesel ravipäeval aga tehakse puhastusklistiir. Sageli on haiged enne ravi algust erutatud, muretsevad ravi soodsa tulemuse pärast, tunnevad hirmu selle isesuguse, neile uue raviviisi ees. Nad pöörduvad sageli selgituse saamiseks ja isegi nõu küsimiseks meditsiiniõdede või põetajate poole. Sellistel juhtudel on väga tähtis haiget rahustada, talle julgust sisendada. Vastupidi, ettevaatamatult öeldud sõna kellegi poolt personali hulgast haige juuresolekul või tema jäme kohtlemine võib tal süvendada rahutust ja muret, mis kahtlemata kajastub une sügavuses ja kestuses.

Alates uinuti andmise esimesest päevast ja kogu ravi vältel, ärkveloleku perioodid kaasa arvatud, tuleb jälgida haige hingamist, pulssi, temperatuuri, näojumet, soole tegevust, toidu tarvitamist.

Teisel-kolmandal päeval pärast ravi algust paraneb haigete olukord sageli tunduvalt: haiguse tunnused vähenevad või kaovad hoopis, üldine enesetunne tõuseb, meeleolu muutub kõrgendatuks. Haiged lähevad vahel üleliia reipaks, kalduvad keelduma personali hoolitsusest, vajalikkudest protseduuridest, näiteks puhastusklistiiridest, hügieenilisest suu loputamisest, uinutite sissevõtmisest. Sel perioodil peab personal hoolega jälgima, et ravi jätkuks rangelt arsti ettekirjutuse kohaselt. Tuleb meeles pidada, et barbamüül kutsub esile soole pareesi (kokkutõmbumisvõime nõrgenemise), mistõttu enamikul juhtudel defekatsioon (ilma klistiirita) raskeneb, toksiinid imenduvad läbi soole seina, see aga suurendab intoksikatsiooni ja vähendab une sügavust. Seepärast on vajalikud igapäevased puhastusklistiirid kõigil juhtudel, kus soole iseseisev talitlus puudub, seda enam et une ajal haigetel isu sageli suureneb. Viiendal-kuuendal ravipäeval algab haigetel ravimite toimel joobeseisund: soole lihased lõtvuvad ja sageli ei suuda haiged pärasoolde viidud vett kinni pidada, vaid lasevad selle välja. Kui klistiir ei andnud tulemusi või kui haige on kogu vee välja lasknud, tuleb teha uuesti klistiir seebiveega (2 klaasitäit vett) või

hüpertoonilise lahusega (100 ml 5%-list keedusoolalahust). Klistiiri on parem teha hommikuti, pärast seda, kui on selgunud, et soole tegevus on takistatud.

Lahtisteid antakse ainult arsti määramisel.

Sageli juhtub, et haiged juba pärast üht päeva uneravi ärkamisel ei välju täielikult uneseisundist, vaid jäävad ravimeist põhjustatud joobeseisundisse. Sagedamini tuleb seda ette 4.—5. ravipäeval. Niisugustel haigetel on kõne takerduv, ebaselge, näoilme poolunine, käte liigutused ebamäärased ja ebakindlad, kõnnak vaaruv. Sellise seisundi puhul tuleb väga rangelt jälgida barbamüüli või muude ravimite sissevõtmist ja haigete toitumist. Barbamüüli, samuti nagu teisi uinuteid, võib haigele anda suu kaudu; kui haige kaua ei uinu, võib barbamüüli manustada ka klistiirina. Barbamüüli antakse enamasti tühja kõhuga, suure hulga (poole või terve klaasitäie) sooja veega, sest selles lahustub ravim kiiremini ja imendub maos paremini.

Nõrkadel haigetel ja isikutel, kellel ärkamisel ilmneb ravimijoobe seisund, tekitab barbamüüli manustamine tühja kõhuga kiiresti uinumise, nii et haige võib uinuda veel enne, kui põetaja või õde jõuavad teda lõpuni sööta. Sellistel juhtudel tuleb haige söötmine viivitamata lõpetada ja hoolikalt kontrollida, kas tal ei ole suhu jäänud alles mälumata või alla neelamata toitu; kui seda leitakse, tuleb see otsekohe eemaldada, vastasel korral võib haige läkastama hakata või koguni lämbuda. Seepärast on vajalik pärast iga söögikorda lasta haigel veega hoolikalt suud loputada. Selleks peab põetaja pärast hommiku-, lõuna- ja õhtusööki tingimata käima kõikide haigete juures veekannu ja kausiga, et suu loputamine toimuks otse voodis. Uinutite toksilise toime vähendamiseks ja jääkainete eemaldamiseks organismist peab iga selline haige ööpäevas jooma vähemalt 2 liitrit vedelikku. Tavaliselt joovad haiged meelsasti hapumagusat jõhvikamorssi.

Uneravi neljandal-viiendal päeval, kui haigetel ilmub tunduv nõrkus ja kõnnak muutub ebakindlaks, tuleb pidevalt nende järele valvata, et nad ärgates ei püüaks tõusta ja iseseisvalt, ilma personali abita pesema või klosetti minna. Sellises seisundis võib haige kukkuda ja saada vigastusi, seega oleneb niisuguste haigete heaolu sanitari ja velskri tähelepanust. Kui haige magab sügavat und, ärkamata paljude (15—18—20) tundide vältel, tuleb teda ühelt küljelt teisele pöörata, et ei areneks jäsemete nõrkus (parees). Haige ärkveloleku ajal söögitundidel on sanitarid kohustatud voodit korrastama: kloppima ja kohendama patju, linalt söögipuru ära puistama, kortsud sirgeks tõmbama ja haige mugavalt kohendatud voodisse panema.

Sügava ja pikaajalise une saavutamiseks on tähtis, et palateid, kus toimub ravimine unega, sagedasti tuulutataks. Velsker peab valvama selle järele, et põetajad tuulutaksid ruume hommikul, lõunaajal ja õhtul ning kataksid seks ajaks haiged hoolikalt tekiga, et vältida nende külmetamist. Palatis või osakonnas, kus uneravi

teostatakse, peab olema täielik vaikus, haiged ei tohi personali kõnet kuulda; rääkida on lubatud ainult sosinal.

Öeldust selgub, kui vastutusrikas on kesk- ja noorema meditsiinilise personali ülesanne kogu uneraviperioodi vältel. Tuleb veel ära märkida päevad, mil eriti sageli võivad esineda komplikatsioonid.

Alates seitsmendast päevast ilmub mõnedel juhtudel südame-veresoonte ja hingamissüsteemi talitluse nõrkus. Vähimastki muutusest pulsi ja hingamise sageduses või pulsi ja hingamise lahkuminekust (näiteks pulsilöökide märgatav harvenemine sageda hingamise juures) tuleb otsekohe arstile teatada. Kuuendal-seitsmendal päeval kõrgeneb vahel temperatuur. Erilist tähelepanu peab personal pöörama haigetele ajavahemikus barbamüüli annuste vähendamise algusest kuni barbamüüli andmise lõpetamiseni. Sel perioodil (eriti sageli närvisüsteemi nõrga tüübi puhul ja isikutel, kellel on anamneesis alkoholism või psüühilise alaväärtuslikkuse tunnused) võivad tihti esineda meeleolu langus (kurvastamine, pisarad), hallutsinatsioonid (haiged näevad näiteks inimesi, lilli, loomi või kuulevad enamasti ebameeldivaid hääli); haiged avaldavad luulumõtteid, nagu suhtuksid lähikondsed neisse halvasti, tahaksid nendega midagi teha, neid kuidagi kahjustada. Ärkveloleku-perioodil võivad tekkida psühhomotoorse rahutuse seisundid: haiged püüavad kuhugi minna, nõuavad enda viivitamatut väljakirjutamist, tunnevad hirmu. Mõistagi vajavad niisugused haiged tugevdatud järelevalvet ja vastavate abinõude kiiret tarvituselevõtmist. Arsti määramisel antakse neile niisugusel korral kloraalhüdraati. Tugeva psüühilise rahutuse puhul tuleb tarvitada morfiini skopolamiiniga või omnopooni (ainult arsti määramisel, äärmise abinõuna). Kirjeldatud seisundid on tavaliselt lühiajalised; mõnevõrra kauem püsib üldine nõrkus, uimasus (asteeniline seisund). Asteenilise seisundi möödumisel saadetakse haiged koju.

Pikendatud loomuliku füsioloogilise unega ravimisel ei ole pidev ööpäevane järelevalve tarvilik. Kõiki haigete põetamise ülesandeid täidab sel juhul valvepersonal.

Uneravi kõikide viiside korral on tähtis, et keskmeditsiiniline personal registreeriks täpselt ja hoolikalt uinutite andmise aega ning annuseid, samuti ka une kestust ja sügavust, sest selleta ei saa uinuti toime efektiivsust hinnata.

Vilunud noorem ja keskmeditsiiniline personal on vaimuhaiglas arsti otseseks ning vältimatult vajalikuks abiliseks. Kogu personali kooskõlastatud töö on kindlustuseks, et vaimuhaigeid põetatakse ja ravitakse õigesti ja sellega kiirendatakse nende tervistumist ning tagasipöördumist perekonna ja töö juurde.

Erilise tähtsusega on s õ n a, mis oskuslikul kasutamisel võib avaldada haige psüühikasse soodsat toimet, tekitada temas usku tervistumisse; vastupidi, ettevaatamatult öeldud sõna võib avaldada äärmiselt kahjulikku mõju. Arsti, velskri või põetaja mõtlematu sõna võib põhjustada haige tervisliku seisundi halvenemise

ja uute haigustunnuste arenemise. Seda peab teadma nii somaatiliste kui ka eriti vaimuhaigete eest hoolitsev personal, sest labiilne ja haiglane psüühika on sõna mõju vastu eriti tundlik. Ei ole kahtlust, et velsker oma tegevusega, olenemata sellest, kas ta seda tahab või mitte, paratamatult avaldab haige psüühikale ühtvõi teistsugust mõju. Kui velsker peab meeles, et haige tavaliselt väga tähelepanelikult ja valvsalt jälgib teenindava meditsiinilise personali liigutusi, miimikat, iga möödaminnes öeldud sõna ning püüab kõiges selles leida vastust küsimusele oma paranemise kestuse, tõenäolisuse ja astme üle, siis kaalub ta alati iga oma sõna, kohtleb haigeid tõsiselt, delikaatselt, kannatlikult.

Haigestunu psüühiline mõjutamine algab juba esimesest minutist, mil ta võetakse meditsiinilise personali hoole alla. Juba enne tutvumist velskriga, õega, põetajaga avaldavad raviasutuses valitsev puhtus, hubasus, vaikus haige meeleolule soodsat mõju.

Juba pärast esimest, esialgset meditsiinilist läbivaatust pöördub haige teda vaevavate rohkearvuliste küsimustega personali poole — ta tahab teada, milline on diagnoos, milline ravi määratakse, kui kaua see kestab. Kui haige on tugevasti erutatud, muretseb haiguse soodsa lõppe üle, siis rahustab teda õigeaegselt öeldud kindel, julgustav sõna.

Haige psühhoterapeutiline mõjutamine peab toimuma kogu aja vältel, mil ta viibib haiglas. Kas antakse haigele ravimit või palutakse teda füsioterapeutilisele protseduurile — kõigele peab eelnema kindel sõna, mis väljendab veendumust ravivõtte soodsas toimes.

Sõna kui ravifaktori tähtsusele on rajatud psühhoteraapia nii veenmis-, selgitamismeetodil kui ka sisendamise (hüpnoosi) teel.

S i s e n d a m i s m e e t o d võimaldab aktiivselt mõjutada ärkvel olevat inimest. Vestlused haigega peavad veenma teda vajaduses mobiliseerida kogu oma tahe, et kiiremini tervistuda, töö, perekonna juurde tagasi pöörduda, ühest või teisest rusuvast sümptoomist üle saada. Igasugused asjatud kartused tervise pärast, mingi ravimatu haiguse, näiteks vähktõve pärast, on psühhoterapeutilise mõjutamisega kõrvaldatavad. Statsionaarist väljakirjutamise momendil on äärmiselt tähtis mitte ainult juhtida haige tähelepanu vajadusele režiimi pidada, vaid ka temaga vesteldes tugevdada tal veendumust, et ta töövõime taastub ja ta jälle kasulikku töösse lülitub. Psühhoteraapia meetod veenmise teel, mis põhineb eksperimentaalselt kindlakstehtud füsioloogilistel seaduspärasustel ja teise signaalisüsteemi reguleeriva mõju alusel, on velskrile täiesti omandatav ning peab igapäevases ambulatoorses ja kliinilises praktikas laialdast kasutamist leidma.

H ü p n o o s i m e e t o d. Psühhoteraapias kui keerukal alal rakendatav teine meetod on hüpnoos.

Hüpnoosi ainuõige, materialistliku, teaduslikult põhjendatud määratluse andis I. P. Pavlov. Hüpnoos on osaline uni, mis on lähedane loomulikule, füsioloogilisele unele. Kui normaalse une

füsioloogiliseks aluseks on difuusne pidurdus, mis levib kogu ajukoorele ja sügavamal asetsevatele koorealustele närvisõlmedele, siis hüpnootiline uni on osaline pidurdus, mille puhul mõned ajukoore piirkonnad jäävad pidurdamata. Niisuguseid piirkondi nimetatakse «valvepunktideks», sest nende pidurdusest vabade punktide kaudu toimub kontakt hüpnoosija ja hüpnoositava (s. o. arsti ja haige) vahel. Selliseks punktiks on kuulmisanalüsaator, mille kaudu haige poolt tajutavad arsti sõnad avaldavad vastavat ravivat toimet. Hüpnoos kui ainult raviv mõjutamismeetod ei leia laialdast rakendamist; teda kasutatakse näiteks kroonilise alkoholismi puhul, hüsteeriliste reaktsioonide korral, psühhasteenikutel esinevate sundseisundite puhul, sageli ka haigetel, kes on põdenud rasket somaatilist haigust, nagu stenokardiahoog, müokardi infarkt, kui neil on jäänud piinav ootus, hirm uue haigushoo ees. Kombinatsioonis medikamentoossete vahenditega kasutatakse hüpnoosi ka hüpertoonia- ja haavandtõve raviks.

Sünnitusabi alal õnnestub sünnitaja eelneva psühhoterapeutilise ettevalmistusega sünnitusvalu tunduvalt leevendada. Tugevalt labiilse psüühikaga sünnitajatel kasutatakse hüpnoosi, kuid ainult kindlatel meditsiinilistel näidustustel ja ainult siis, kui seda teostab vilunud arst. Enamiku vaimuhaiguste, sealhulgas ka skisofreenia puhul on hüpnoos vastunäidustatud. Hüpnoosi läbimõtlematu kasutamine viib tihti selleni, et vaimuhaige lülitab arsti oma luulu, nii et arst muutub luulumõtetega haige jälitusobjektiks.

Kuigi velskril endal ei tule hüpnoteraapiameetodit kasutada, on psühhoteraapia selle ala põhijoonte tundmine talle siiski vajalik.

T ö ö t e r a a p i a kui vaimuhaiguse kulgu soodsalt mõjutav ravivahend leiab nõukogude psühhiaatrias laialdast kasutamist. Ta tõstab ajukoore funktsionaalset toonust, säilitab erutus- ja pidurdusprotsesside õiget vahekorda ning ajukoore ja koorealuse süsteemi funktsioonide õiget suhet. Tööteraapia põhiprintsiip seisab tööprotsessi kasutamises selleks, et haige tähelepanu kõrvale juhtida haiguslikelt aistingutelt ja elamustelt ning lähendada tema huve ühiskondlikele huvidele. Tööteraapia soodustab psühhomotoorse rahutuse nõrgenemist või lakkamist, tõmmates haige tähelepanu tööprotsessidele.

Ravitöökodades dispanserite juures ja linnavälistes haiglates organiseeritud tööteraapia üheks peaülesandeks on haigetele töö õpetamine, mis aitab neid edaspidises sättumuses tööks. Samuti nagu kõiki teisi ravivahendeid, ei tohi ka tööteraapiat rakendada šablooniliselt, arvestamata haiguse vormi, staadiumi ja ägedust, ega ka tööd doseerimata ning seejuures arvestamata tööprotsessi keerukust.

Mõnede seisundite puhul ei lähe korda tööteraapiat rakendada; nende hulka kuuluvad raskekujuline depressioon, ägedad maniakaalsed seisundid tugeva kõne- ja motoorse rahutusega, üldine kurnatus, rasked nõdrameelsuse juhud ja seisundid, kus haiged visalt püüavad iseendale või teistele kehalisi vigastusi tekitada.

Tööteraapiat määrab ainult arst. Tööprotsessi käiku jälgivad spetsialistid-tööinstruktorid, kes on igas haigla osakonnas, päevastes statsionaarides haiglate juures, ravitöökodades dispanserite juures.

III. PSÜHHOHÜGIEEN JA PSÜHHOPROFÜLAKTIKA

Kogu nõukogude meditsiini, sealhulgas ka psühhiaatria peamiseks iseärasuseks, mis eristab teda kapitalistlike maade meditsiinist, on tema profülaktiline suund. Vaimuhaiguste profülaktika on üldriiklik ülesanne. Meie riik teostab abinõude süsteemi, mis on suunatud kõige soodsamate töö- ja olustikutingimuste loomisele. Naistenõuandlate, sõimede, lasteaedade laialdane võrk, kooliõpilaste organiseeritud režiim, laste suvepuhkuse korraldus, lastesanatooriumide võrk — see kõik loob tingimused terve põlvkonna kasvatamiseks.

Väliskeskkonna tingimuste, olustiku, töötegevuse mõju inimese tervisele uurib hügieen. Psühhohügieen on ainult üldhügieeni üks osa ja teda ei saa käsitada sellest lahus. Ühiskondliku hügieeni põhimõtteid rakendab meie riik ellu abinõude süsteemiga töökaitse, olustiku parandamise ja kõikide töötajate täisväärtusliku, kultuurilise puhkuse organiseerimise alal. Inimese tervise eest hoolitsemine on üks olulisemaid psühhohügieeni külgi.

Psühhohügieenialase töö teise külje moodustab arsti sanitaarhariduslik töö. Arstid tutvustavad elanikkonda närvihaiguste põhjustega ja nende vältimise meetoditega. Oma sanitaarhariduslikes loenguis soovitavad arstid varakult pöörduda ravialaste ja profülaktiliste asutuste poole. Varajane diagnoosimine ja õigeaegne ravi suurendavad tervistumiste ja remissioonide arvu. Psühhiaatri tihe kontakt teiste erialade arstidega ja lähimate suuremate haiglatega hõlbustab mitmeti vaimuhaiguste varajast avastamist.

Üheks profülaktiliseks võtteks on vaimuhaigust põdenud ja remissiooniseisundis viibivate isikute spetsiaalne jälgimine. Seoses sellega omab suurt tähtsust jaoskonna polikliinikute alaline side vabrikute, tehaste, kolhooside ja sovhooside meditsiinipunktidega. Kergendatud töötingimuste loomine, olustiku ja puhkuse organiseerimine vaimuhaigust põdenuile — kõik need abinõud väldivad haiguse retsidiveerumise (taaspuhkemise). Töö ja puhkuse režiimi organiseerimine, hoolitsus õige füüsilise kasvatuse eest lapsepõlvest peale, kehakultuur ja sport — need kõik on vaimuhaiguste vältimiseks vajalikud tingimused. Tuleb meeles pidada, et haiguste vältimine peab toimuma inimese kõikidel eluperioodidel, alates looteeast. Raseda hügieen, tingimuste organiseerimine sünnituse soodsaks käiguks, hoolitsus lapse kehalise ja vaimse arenemise eest, tema kaitsmine nakkushaiguste eest — need on kõige tähtsamad tingimused vaimuhaiguste profülaktikaks.

Määratu suured vahendid, mida riik määrab profülaktiliste abinõude süsteemi väljatöötamiseks ja läbiviimiseks, on andnud tule-

musi, mis väljenduvad vaimuhaiguste vähenemises meie maal. Profülaktiline meditsiiniline töö meie maal on riikliku sotsialistliku süsteemi lahutamatu osa.

IV. VAIMUHAIGETE PÕETAMINE

Psühhoosi esimeste sümptoomide ilmumisel tuleb pöörduda arsti poole, suurtes linnades aga rajooni psühhiaatri poole, kes määrab, milliseid abinõusid tuleb haigestunu suhtes rakendada.

Enamik vaimuhaigeid peab end terveks ja kaldub psühhiaatri abist kategooriliselt keelduma. Seetõttu on väga tähtis, et haige omaksed ei oleks tema mõju all, vaid taotleksid tungivalt haige pöördumist psühhiaatri poole. Vastasel korral tuleb vastu haige tahtmist psühhiaater koju kutsuda ja haige vägivaldselt vaimuhaiglasse paigutada.

Neil võrdlemisi harva esinevatel juhtudel, kus haige omaksed ise ei ole võimelised tema olukorra raskust õigesti hindama ja takistavad haige statsionaari paigutamist, kartes vaimuhaiglat, peab meditsiiniline personal vastavat selgitustööd tegema. Omaksed tuleb viia arusaamisele, et vaimuhaigla on samasugune raviasutus nagu mistahes somaatiline haigla, et vaimuhaigele kindlustatakse seal õige põetamine, vajalik järelevalve ja õigeaegselt vastav ravi. Juba haige paigutamine kindla režiimiga ja teenindamisega statsionaari avaldab tema psüühikale teatavat ravivat mõju.

Real juhtudel on haige statsionaari paigutamine kohustuslik, näiteks haigete puhul, keda visalt vaevavad enesetapmismõtted, kes keelduvad söömast, kes ümbritsevat tegelikkust luululiselt tõlgendavad, kellel esineb käskivaid kuulmishallutsinatsioone, hirmutavaid nägemishallutsinatsioone, tugev motoorne rahutus, kes püüavad sooritada agressiivseid tegusid, mis on ohtlikud nii nendele enestele kui ka lähikondseile. Niisugused haiged peab kiiresti ja kohustuslikus korras hospitaliseerima, hoolimata nii haige enda kui ka tema omaste vastuseisust.

Vaimuhaigla personal (nii meditsiiniõed kui ka põetajad) peavad vaimuhaigete kohtlemise spetsiaalseid nõudeid, nende põetamise ja järelevalve tehnikat hästi tundma. Haige seisundi, käitumise, elamuste omapärasus nõuab personalilt alalist valvsust, suurt püsivust, leebust ja ühtlasi rangust haigete kohtlemisel.

Seoses psüühilise häire iseärasustega jäävad haiged väga sageli pikaks ajaks abituks: nad ei suuda iseseisvalt süüa, teha hügieenilist tualetti, isegi mitte halva enesetunde üle kaevata. Kõigil neil juhtudel on vajalik eriline hoolitsus, et haige elu ja tervist säilitada.

Vaimuhaige teenindamine algab momendist, mil ta saabub vastuvõturuumi. Vastuvõturuumi personal koosneb tavaliselt valvearstist, meditsiiniõest või velskrist ja sanitarist. Vastuvõturuumi meditsiinilise kollektiivi töö peab olema täpne, kooskõlastatud ja operatiivne, sest saabuvate haigete psüühilised häired on erineva

raskusega. Haiged, kes oma olukorrasse teadlikult suhtuvad ja soovivad end ravida, paigutatakse arsti korraldusel tavaliselt haigla rahulikku osakonda. Ühed haiged tuuakse vastuvõturuumi nende omaste poolt, teised toimetatakse kohale tungivatel elulistel näidustustel. Suure linna tingimustes tuuakse haiged kohale vaimuhaigete transportimiseks ettenähtud sõidukis. Spetsiaalse transpordiga kohaletoodavad haiged on tavaliselt väga rahutud, vaimuhaiglas paigutatakse nad poolrahutusse või rahutusse osakonda.

Seega teenindab vastuvõturuumi personal kõiki haigla osakondi.

Vaimuhaiglasse vastuvõetavaid haigeid ei jaotata haiguse vormide järgi (nagu somaatilistes haiglates), vaid nende eneste seisundi järgi.

Enne kui kirjeldada vastuvõturuumi meditsiinilise personali otseseid kohustusi, tuleb üksikasjalisemalt peatuda vaimuhaigete kohtlemise üldistel reeglitel, olenemata sellest, millises osakonnas velsker töötab.

Vaimuhaigete kohtlemise üldised reeglid

Õige lähenemine vaimuhaigetele ja vajaliku kontakti loomine nende ja meditsiinilise personali vahel, mis soodustab haigete põetamist ja ravi, ei ole võimalik ilma küllaldase püsivuseta, taktitundeta, kannatlikkuseta ja tähelepanelikkuseta haige suhtes; neid nõudeid peavad ühteviisi täitma nii velsker kui meditsiiniõde, nii mees- kui naissanitarid.

Põhireegel, mida nii keskmeditsiiniline kui ka noorem teenindav personal peab alati järgima, on arsti korralduste täpne täitmine. Ilma arsti korralduseta ei tohi anda täiendavalt rahustusvahendit (näiteks uinutit), haiget ühest palatist või ühest voodist teise üle viia, teda jalutama lubada. See ei tähenda aga sugugi, et velsker või meditsiiniõde ei tohi näidata omapoolset initsiatiivi ega avaldada oma arvamust haige seisundi kohta. Vastupidi, nii velskril kui ka meditsiiniõel, kes viibivad pidevalt haige voodi juures, on palju võimalusi jälgida tema meeleolu, käitumise kõiki iseärasusi ja haiguse tunnuseid; kõikidest nende poolt märgatud muutustest haige seisundis peavad nad viivitamata arstile teatama. Õige lähenemine vaimuhaigetele ja nende põetamise iseärasuste arvestamine ei ole mõeldavad ilma psühhiaatria põhijoonte tundmiseta. Igasugune suurustamine ja upsakus, oma teadmiste ülehindamine personali poolt, kes on vaimuhaiglas palju aastaid töötanud, võib haigele määratu suurt kahju tuua. Ebaõige arvamus, et on lubatav ilma arsti korralduseta haige režiimi muuta, võib põhjustada õnnetusjuhtumeid.

Ühes psühhiaatrilises raviasutuses otsustas velsker oma «vilunud silma» järgi, et haiget võib aeda jalutama lasta. Haige käitus formaalselt õigesti, vastas kõikidele küsimustele, ei rikkunud režiimi, eitas endal igasuguseid süngeid mõtteid ja muid haigus-

likke elamusi, s. t. dissimuleeris (varjas sihilikult) oma elamusi. Velsker suhtus oma kohustustesse hooletult, ülehindas oma teadmisi psühhiaatria alal ja arsti konsulteerimata lubas haigel oma äranägemise järgi ilma tugevdatud valveta jalutama minna. Haige kasutas juhust, põgenes ja viskas end enesetapmise eesmärgil rongi alla.

Järelikult on psühhiaatria põhijoonte tundmine, range distsipliin, püsivus, haigete käitumise tähelepanelik jälgimine, upsakuse ja enesega rahulolemise puudumine peamised nõuded, mis esitatakse ühtviisi nii polikliinilist (dispanseri) kui haigla tüüpi psühhiaatrilise raviasutuse keskmeditsiinilisele personalile.

Personali oskus luua vaimuhaigega õiget kontakti on samuti tähtis ja vältimatult vajalik eeldus heaks tööks. Personalilt nõutakse tasakaalukat, rahulikku, tähelepanelikku, delikaatset ning ühtlasi ranget suhtumist kõikidesse haigetesse. On lubamatu, et personal haige psüühilise seisundi ebameeldivate iseärasuste tõttu suhtuks temasse vastumeelsuse või antipaatiaga. Igasuguseid raevukuse, vaenulikkuse ja isegi agressiooni avaldusi haige poolt tuleb pidada ainult tema haigusliku seisundi väljendusteks ja need ei tohi personalil esile kutsuda negatiivset ega kartlikku suhtumist haigesse. Mingil juhul ei tohi haigete kohtlemisel tõsta häält, olla terav või vihane; toores kärkimine, haige hirmutamine on lubamatu. Kogu osakonnas kuuldavad valjud kõnelused, tülid personali vahel haigete juuresolekul on samuti lubamatud: nad soodustavad haigete pinguloleku ja motoorse rahutuse tugevnemist ning — mis peaasi — kahjustavad personali autoriteeti. Tuleb meeles pidada, et katatooniahaiged, kes viibivad täieliku stuupori seisundis, näilikult ei reageeri üldse nende ümber toimuvale, kuid tõeliselt fikseerivad ja mäletavad kõike väga peenelt ja täpselt. Igasugune ettevaatamatu väljendus sellise haige kohta («ta tuleb invaliidide kodusse saata, ta on krooniline» jne.) jääb kauaks ajaks tema teadvusse püsima. Pärast katatoonse seisundi möödumist jutustavad haiged imestusväärse täpsusega personali käitumisest.

Sageli on kontakti loomine haige ja arsti vahel raskem kui haige ja kesk- ning noorema meditsiinilise personali vahel. Velskri või meditsiiniõega puutuvad haiged rohkem kokku ja harjuvad nendega hõlpsamini, peavad nende suhtumist heatahtlikuks ja ainult harva lülitavad velskri või õe käitumise oma haiguslikesse otsustustesse ja luulumõtetesse. Sageli jutustavad nad ise kesk- ja nooremale meditsiinilisele personalile oma elamustest, millest nad arstile üldse ei räägi; nad pöörduvad teenindava personali poole nõuküsimistega, võtavad toitu ainult teatava meditsiiniõe või põetaja käest. Seda haigete usaldust tuleb toetada. See aitab sageli arstil haige varjatud elamusi teada saada.

Pingulolek, ümbruse luululine tõlgendamine või hallutsinatoorsed elamused määravad sageli haige ebaõige käitumise; näiteks peavad haiged end terveks ja nõuavad uste avamist ning viivitamatut kojulaskmist. Haiget tuleb delikaatselt ja taktitundeliselt

rahustada. Teised haiged kirjutavad kõrgematesse instantsidesse avaldusi mingisugustest piinamistest ja muud laadi tagakiusamistest, mida nad raviasutuses pidavat kannatama. Tuleb mitte ainult haiget oskuslikult rahustada, vaid ka haige avaldusi uskuvaid erutatud omakseid ümber veenda. Igasugune haigete kirjavahetus (kirjad, avaldused), mida haiged püüavad pidada meditsiiniõe või põetaja kaudu, peab minema tutvumiseks arsti kätte.

Haiget ei tohi petta. Kui ta esitab küsimusi oma haiguse lõppest, ravitavusest, väljakirjutamise päevast, ravi viisist ja ravivahendite toimest organismisse, peab meditsiiniõde teda rahustama, kuid mitte milleski ebaõiges veenma. Igasugune haige petmine, ühe või teise lubaduse täitmata jätmine kahjustab mitte ainult personali autoriteeti, vaid suurendab haigete umbusku ja pingulolekut ning meelestab neid veel luululisemalt. Kui velsker või põetaja ei suuda vastata haige keerukale, kuid tungivale küsimusele, siis tuleb see küsimus selgitada raviva arstiga.

Mitte kõiki haige palveid ei tule täita, sest sageli võib isegi esimesel pilgul süütuna näiv palve (näiteks anda talle teritatud pliiats või sulepea kirja kirjutamiseks) varjata haige püüet kasutada neid esemeid füüsilise vigastuse tekitamiseks endale või teistele. Haige iga palve, mis ei ole vastuolus osakonna sisekorraga, näiteks palve anda lugeda raamatut või ajalehte, tuleb aga lubatud ajaks täita.

Eriti delikaatselt ja südamlikult tuleb suhtuda haigetesse, kes viibivad depressiooniseisundis, kannatavad hirmu või luululise süütunde all; seejuures ei tohi järelevalvet nende üle nõrgendada. Niisugused haiged viibivad alalises motoorse rahutuse seisundis, pöörduvad peaaegu vahetpidamata, tüütuseni personali poole, püüdes meditsiiniõde või põetajat veenda oma kuritegelikkuses, süüs, raske karistuse pälvimises. Vaigistamine, keelitamine, manitsemine, veenmine vastupidises ei anna tavaliselt tulemusi. Haige olukorda kergendab tema tähelepanu kõrvalejuhtimine mingi tööprotsessiga.

Motoorse pidurdusega depressiivsed haiged, kes kannatavad vaevava ahastuse või kurvameelsuse all, ei ole tavaliselt võimelised end ise teenindama; nad ei suuda üles tõusta, voodit kohendada, end kammida ega süüa; seetõttu vajavad nad erilist hoolitsust ja teenindamist. Niisugustel haigetel on kalduvus enesetapmiseks, mistõttu nii osakonnas kui ka jalutuskäikudel, nii päeval kui ka öösel, peavad nad olema personali pideva järelevalve all. Ei tohi unustada niisuguste haigete kalduvust oma elamuste dissimuleerimiseks (varjamiseks); sellepärast on kehtestatud režiimi igasugune muutmine lubatav ainult arsti teadmisel, kuigi meditsiiniõele võib näida, et haige seisund on tunduvalt paranenud.

Haiged, kelle käitumine jääb formaalselt õigeks, kuid kes näivad apaatseina, ükskõikseina kõige neid ümbritseva suhtes, vajavad samuti pidevat järelevalvet. Haigetele ei tohi lubada lamades tekki üle pea tõmmata, sest niisugusel korral võib haige teistele märkamatult endale särgi varrukast, linast või käterätikust valmis-

tatud lingu kaela tõmmata. Palatis valvet pidav personal peab hoolikalt jälgima, et käterätik ripuks alati selleks määratud nähtaval kohal.

Eriti ohtlikud on katatoonses pidurdusseisundis või süstematiseeritud luuluvormiga skisofreeniahaiged, sest, nagu juba öeldud, see seisund võib ootamatult asenduda psühhomotoorse rahutusega, millega kaasnevad motiveerimata agressiivsed teod. Niisuguseid haigeid tuleb pidada alalise järelevalve all.

Luuluga haiged varjavad sageli oma haiguslikke mõtteid ja ümbritseva tegelikkuse vääriti tõlgendamist, peavad end terveks ja enda haiglasse paigutamist mitte küllalt põhjendatuks. Niisugused haiged võivad haiglast põgeneda, sooritada ootamatult agressiivseid tegusid teiste haigete ja teenindava personali suhtes, lülitades neid oma luululistesse elamustesse. Kunagi ei pea haigete luululisi järeldusi kinnitama, nendega nõustuma; samuti on täiesti ebakohased ja kahjulikud igasugused naljatlevad märkused või hoolimatult öeldud sõnad personali poolt. Haigetega tuleb vältida kõnelusi, mis neid rahutuks teevad, ärritavad või luululise mõtlemise arenemist soodustavad. Nii mõjub harilikult personali aktiivne vastuvaidlemine haigete luululistele arvamustele. On tarvis eneseväljitsemist, rahulikkust ja kannatlikkust kõikidel juhtudel, kui haige tunneb vajadust jutustada teda vaevavatest elamustest. Niisuguste haigete jäme, terav, kannatamatu kohtlemine loob ainult soodsad tingimused luulu süvenemiseks.

Kõne- ja motoorse rahutusega, askeldavad, erutusseisundis haiged vajavad samuti erilist, oskuslikku lähenemist. Maniakaalses seisundis haiged, kel on tung alatasa tegutseda, vastupandamatu soov igasse asjasse vahele segada, igal võimalusel oma kriitilisi märkusi avaldada, haiged, kes lakkamatult räägivad, laulavad, lärmavad, mõjuvad erutavalt ka teistele haigetele, kutsuvad neis esile viha ja ärrituse. Maniakaalsed haiged alustavad ise kergesti tüli, hakkavad koguni kaklema, kuid palju sagedamini on nad ise teiste haigete kallaletungi objektiks. Vaimuhaigla rahutus osakonnas (teistes osakondades harvem) esinevad haigete hulgas sageli tülid ja kaklused. Personal peab oskama pinevat meeleolu palatis haigete hulgas likvideerida. Leebe, taktitundeline lähenemine haigele, tema tähelepanu kõrvalejuhtimine mingi tegevusega soodustab harilikult rahunemist.

Tõsiselt tuleb suhtuda haigete paigutamisse osakonnas. Mingil juhul ei pea koondama ühte palatisse kergesti erutuvaid, emotsionaalselt labiilseid, psühhopaatiat, narkomaaniat põdevaid haigeid. Ei ole õige paigutada samasse ruumi mitut haiget, kes põevad langetõbe, on tigedad, kellel on kalduvus sagedateks meeleolu muutusteks, samuti ei ole soovitatav panna nende naabreiks psühhopaate. Ei tohi unustada mõnede haigete kalduvust jäljendada teiste haiguslikke avaldusi. Näiteks pärast hüsteeriahoogu ühel haigel tekivad need ka teistel haigetel. Eriti sageli esineb matkimiskalduvus vaimselt alaarenenud isikutel, debiilsuse ja imbetsil-

suse korral, nõrgenenud kriitikavõimega dementsetel haigetel, vahel ka skisofreeniahaigetel.

Kuidas peab kesk- ja noorem meditsiiniline personal käituma siis, kui osakonnas puhkeb tüli või kaklus? Sellisel korral tuleb viivitamata valvearst välja kutsuda, haiged üksteisest lahutada või, kui vajalik, viia valvearsti või raviva arsti loal üks tülitsejatest üle teise osakonda.

Tavaliselt on langetõbiseid väga raske põetada ning teenindada. Neile omaste iseloomu iseärasuste tõttu, nagu äärmine väiklus, pedantne täpsus, pikatoimelisus, muutuvad nad kergesti tigedaks, satuvad vahel lausa raevu, kui näiteks keegi juhtub nende voodit puudutama või tekki kortsutama, kui neile ei anta õigel ajal ravimit või kui mingil määral muudetakse seni kehtinud päevakorda. Eriti kättemaksuhimuliseks ja tigedaks muutuvad langetõbised siis, kui põetaja, velskri või arsti poolt antud lubadus jäetakse täitmata. Langetõbiste karakteerseid iseärasusi arvestades saab aga haigla personal nendega vajalikku kontakti luua ja konflikti tekkimist vältida.

Vaimuhaigeid tuleb kohelda oskuslikult, kannatlikult ja südamlikult, kuid seejuures on täiesti lubamatu üleliigne mahedus ja familiaarsus, haigete poole pöördumisel nende sinatamine või «haigeks» nimetamine, samuti ka ainult eesnimega nimetamine. Ka haigetele ei tohi lubada velskrit või põetajat kõnetades nimetada teda ainult eesnimega. Haigeid tuleb nimetada perekonnanimega. Haigete otsekohene, siiras kohtlemine kindlustab personali autoriteedi ning vajaliku režiimi ja korra osakonnas.

Mõni sõna r e ž i i m i s t. Haigla kõikides osakondades, nii rahulikkudes kui ka rahututes, kehtib range päevarežiim; seda tuleb käsitada kui üht ravivõtteist, mis pehmendavad haiguslikke meeleolusid ja soodustavad haigete käitumise normaalsemaks muutumist. Personal peab rangelt ja kõrvalekaldumatult jälgima, et iga haige režiimi peaks.

Et haiged päevakorda ja vajalikku režiimi järgiksid, selleks peab kogu teenindav meditsiiniline personal ise töötama täpselt ja üksmeelselt. Haigete äratamine ja tõusmine, tualeti tegemine, söömine, raviprotseduurid, puhkus, tööravi ja kultuurilised meelelahutused, magamaminek — kõik peab toimuma ettenähtud ajal.

Peale üldise päevakorra, millele peab alluma enamik haigeid, on alati ka rühm erirežiimiga haigeid, kes vajavad erilist hoolitsust ja tugevdatud järelevalvet, mille organiseerib ning kindlustab kesk- ja noorem meditsiiniline personal.

Meditsiinilise personali õige, otstarbekohane paigutus on üheks tingimuseks, millest oleneb osakonna ladus töö, hoolimata raskest haigete kontingendist. On lubamatu paigutada osa personalist sel ajal, kui haiged söövad, muudele töödele, näiteks sugulastelt toidupakke vastu võtma, palateid või kabinette koristama, jalutuskäigule. Ajal, mil haiged söövad ja puhkavad, peab personal valvel olema ning hoolikalt jälgima neid haigeid, kel on kalduvus põgeneda,

end vigastada või surmata. Igasugust askeldamist, nõutust, kooskõlastamatust personali töös kasutavad haiged oma varem valmis mõeldud kavatsuste täideviimiseks. Valvepersonal peab olema informeeritud igast haigest, kes on viidud osakonnast arsti kabinetti või raviprotseduurile. Tugevdatud valve all viibivad haiged peavad iga minut arvel olema. Visalt toidust keelduvaid haigeid söödetakse eraldi (tavaliselt pärast kõiki teisi) kas käest või sondi abil (vt. tagapool).

Režiimi järgimist soodustab ka kultuuritöö korraldus osakonnas kultuuriorganisaatori juhtimisel. Täiesti lubatav on tegelemine muusikaga, kabe, male, doomino mängimine, ajalehtede, ajakirjade ja ilukirjanduse lugemine. Mõned kultuurilise meelelahutuse liigid on mõeldavad ka rahutus osakonnas (ajalehtede, ajakirjade, raamatute lugemine). Haigete rahustamiseks ja pinevuse leevendamiseks aitavad kaasa ka isetegevusõhtud, kontserdid ja kinoetendused. Paljudele, eriti maniakaalses seisundis haigetele avaldab väga soodsat mõju nende tööle rakendamine abiks personalile (põrandate küürimine, osakonna koristamine jm.).

Nagu eespool öeldud, on haigete omastel vaimuhaiglas valitsevatest tingimustest sageli täiesti ebaõige ettekujutus; neil on rida eelarvamusi ja kartusi; kui omaksed ei suuda vaimuhaige patoloogilisi avaldusi kriitiliselt hinnata, on nad valmis uskuma, et nende haigeid mõnitatakse, pekstakse jne. Haigete poolt mõjutatuna on omaksed sageli nõus nende väljakirjutamisega haiglast, hoolimata arsti nõuandest. Muutunud teadvusega või nõrgenenud mälu ja kriitikavõimega haigetel õnnestub sageli omakseid veenda, et neile ei ole pakke edasi antud, et neile ei anta süüa jne. Kõigil sellistel juhtudel peab velsker omaste kaebused kannatlikult ära kuulama, kontrollima, kas need on millegagi põhjendatud ja, kui pälvimata ning haavavad need väited ka oleksid, tagasihoidlikus, veenvas toonis haige omakseid rahustama ja tõestama, et see ärevus ja kartus on aluseta.

Omaste poolt haigetele toodavate pakkide sisu tuleb hoolikalt kontrollida. On teada juhtum, kus haige naine mehele sõnakuulelik olles püüdis tema pealekäimisel talle saia sees lapiktange kätte toimetada, et haige saaks osakonna ukse avada ja haiglast põgeneda. Eriti hoolikalt tuleb kontrollida narkomaanidele saadetud toiduaineid, sest mõnikord püüavad omaksed pakis neile ka narkootikume edasi anda.

Ka teenindava meditsiinilise personali välimus on suure tähtsusega. Rõivastus peab olema range ja tagasihoidlik. Silmatorkavat maniküüri, huulte värvimist, ehtimist ilunõelte, sõrmuste, kõrvarõngaste, käevõrudega jne. ei tohi personalil olla, eriti pooleldi rahututé või rahutute haigete teenindamisel. Kittel peab olema alati korralikult kinni nööbitud, juuksed kammitud ja pearätiku alla peidetud. Osakonna uste võtmeid on personal kohustatud kandma kitli taskus kitli külge kinnitatuna, sest muidu võivad haiged need ära varastada. Jalatsid peavad olema kerged, soovi-

tatavalt madala kontsaga, et vajaduse korral ei oleks kiire liikumine raskendatud (abiandmiseks haige juurde jooksmisel jne.).

Eespool on juba öeldud, et haige teenindamine algab momendist, mil ta tuleb v a s t u v õ t u r u u m i. Vastuvõturuumi arst ja valvevelsker tutvuvad haige dokumentidega (saatekirjaga), et veenduda, kas haige on tõepoolest antud haiglasse suunatud. Hoolikalt tuleb tutvuda saatekirja sisuga haige seisundi ja haiguse alguse kohta. Velsker kannab haige passi andmed tähelepanelikult haigusloosse ja vastuvõetud haigete žurnaali ning mõõdab seejärel haige kehatemperatuuri. Kui haige on rahutu ja paneb vastu igasugustele manipulatsioonidele, sealhulgas ka temperatuuri mõõtmisele, siis tuleb tema kõrvale istuda ja kätt, mille kaenla alla termomeeter pandi, kinni hoida.

Arst vaatab haige hoolikalt läbi, teeb kindlaks, kas ta on tõepoolest haige ja kas on olemas näidustused tema paigutamiseks vaimuhaiglasse, selgitab siseelundite seisundi ja teeb kindlaks, et ta ei põe mingit muud haigust. Eriti ohtlik on mingi nakkushaigus, mis võib alata ägeda psühhootilise puhanguga veel enne tunduvat temperatuuri tõusu. Seetõttu peab vastuvõturuumi kogu personal eriti hoolikalt läbi vaatama ägeda psühhoosi nähtudega ja tugeva motoorse rahutusega haigeid. Tuleb selgitada, kas haigel kuskil ei leidu luumurdu, nihestust, muljumist, verevalumit või teisi kahjustusi, mida ta niisuguses seisundis võis ise endale tekitada. Kõiki avastatud kahjustusi tuleb täpselt kirjeldada ja nad haigusloosse märkida. Iga kord, kui tekib kahtlus, et haigel on nihestus, luu mõranemine või luumurd, tuleb viivitamata teha röntgeniülesvõte, mis seda kahtlust kas kinnitab või eitab. Luumurru korral tuleb otsekohe teha immobiliseeriv side ja konsulteerida kirurgiga kipslahase panemise suhtes. Verimuhke, muljumisi, veritsevaid haavu peab arst velskri abiga otsekohe kirurgiliselt töötlema.

Vastuvõturuumis toimub iga haige hoolikas sanitaarkorrastus, olenemata tema psüühilisest seisundist (rahulik või rahutu). Haigel lõigatakse tingimata küüned lühikeseks (seda teeb õde või põetaja velskri kontrolli all) ja vaadatakse järele karvadega kaetud kehaosad. Viimaste antisanitaarse seisundi puhul raseeritakse karvad ja vastavaid kehaosi töödeldakse halli elavhõbedasalviga. Narkomaani vastuvõtmisel vaadatakse hoolikalt järele kõik tema asjad ning temal endal juuksed, kaenlaaugud ja suuõõs, kuhu need haiged väga leidlikult narkootikume peidavad. Kõik asjad ja raha võetakse haigelt ära ja antakse hoiule, temale antakse aga haiglariietus. Mingisuguseid teravaid esemeid (žiletiteri, maniküürikääre, taskunuga) ei ole lubatud haigele jätta, isegi siis, kui ta paigutatakse rahulikku osakonda. Paberossid ja toiduained annab vastuvõturuumi personal selle osakonna valve- või vanemõele, kuhu haige paigutatakse. Väga rahutu haige sanitaarsel korrastamisel ja läbivaatusel kutsutakse abiks vastava osakonna sanitar või põetaja. Vahel juhtub, et vastuvõturuumi saabub korraga mitu haiget

erineva raskusega seisundis: ühed kõne- ja motoorse rahutusega, teised väliselt rahulikud, kuid umbusklikud ja tigedad, kolmandad aga rahulikud ja usaldavad. Niisugusel korral muutub vastuvõturuumi personali töö eriti pingsaks. Personal ei tohi lasta oma tähelepanu millegagi kõrvale juhtida. Peab hoolikalt jälgima, et vastuvõturuumi uks oleks lukustatud ja et haige ei jääks järelevalveta lahtise akna juurde. On olnud juhtumeid, kus haigetel õnnestus vastuvõturuumist põgeneda.

Vaimuhaigla üldise korra kohaselt määratakse mistahes osakonda vastuvõetud haigele, olenemata tema seisundist, 2—3 päevaks voodirežiim, mille pidamise eest peab hoolitsema osakonna personal. Jalutuskäigud ei ole esimestel päevadel lubatud. Esimesel päeval paigutatakse haige vaatluspalatisse, kus personal teda tähelepanelikult jälgib ning tema käitumise iseärasusi uurib. Osakonna velsker on kohustatud tundma oma osakonna haigeid perekonnanime järgi ning teadma, millises palatis ja millises voodis nad asuvad.

Iga osakonna velskrite toas peab olema tugevdatud valve all olevate haigete nimestik. Harilikult peetakse tugevdatud valve all haigeid, kellel on enesetapmismõtted, kes visalt keelduvad söömast, kes püüavad põgeneda või end vigastada, kellel esinevad epileptilised ja hüsteerilised hood. Niisuguseid haigeid peavad perekonnanime järgi tundma mitte ainult velsker, vaid ka põetajad. Uue vahetuse saabumisel peab eelmine valvepersonal üksikasjaliselt jutustama haigetest, kelle seisund on muutunud või püsib endiselt raskena. Tugevdatud järelevalve all viibivaid haigeid peab velsker või põetaja pidevalt jälgima; kui näiteks enesetapmismõtetega haige, põgeneda püüdev haige või sagedate krambihoogudega haige läheb käimlasse, siis peab velsker või põetaja teda iga kord saatma ja jälgima. Kui haige jääb käimlasse liiga kauaks, siis tuleb vaatlusakna kaudu selgitada, kas temaga pole midagi juhtunud. Jalutuskäikude ajal või füsioterapeutilisele ravile, vesiravile või laboratooriumisse saatmisel on haiged personali range järelevalve all. Juuksur raseerib haigeid ainult žiletiga ja meditsiinilise personali hulka kuuluva isiku juuresolekul.

Söömisest keelduvaid haigeid tuleb keelitada iseseisvalt sööma või püüda neid käest sööta; kui see ei õnnestu, peab neid kurtumuse vältimiseks sondi abil kunstlikult toitma. Sond kujutab endast umbes 0,5-cm-se läbimõõduga pehmet kummitoru. Enne sisseviimist tuleb seda keeta või tulise soodaveega pesta. Nina või suu kaudu viiakse sisse sondi see ots, mis lõpeb külgmiste avadega varustatud ümara otsikuga. Sondi seda otsa määritakse enne sisseviimist vaseliini või glütseriiniga. Sondi teise, avatud otsa pannakse lehter (joon. 84).

Sondi kaudu võib haiget toita ainult arst, velsker või väga vilunud meditsiiniõde, viimane aga ainult arsti juuresolekul. Rõhuv enamik haigeid avaldab toitmisel tugevat vastupanu, seetõttu on vajalik abipersonal nende kinnihoidmiseks. Toitmisel sondi abil

on parem, kui haige selili voodis lamab, kuid ta võib ka istuda. Toitmist teostav isik hoiab haige pead, seistes tema taga, nagu on näidatud joonisel 84. Sondi võib sisse viia suu või nina kaudu. Kui sondi sisseviimisel suu kaudu ei kasutata suuavajat, siis võib haige sondi otsiku katki või koguni otsast ära hammustada, sondi sisseviimisel nina kaudu on see aga võimatu. Seetõttu kasutatakse sagedamini viimast viisi. Enne sondi sisseviimist nina või suu kaudu tuleb selgitada, kas haigel ei ole ninavaheseina tunduvat



Joon. 84. Toitmine sondi abil nina kaudu.

kõverdust või polüüpe, mis teeb sondi läbimineku sageli võimatuks. Enne sondi kaudu toitmist tuleb haige suuõõs järele vaadata ja kui tal on äravõetavad proteesid, siis need suust välja võtta. Kui kummitoru on 50—55 cm pikkuselt sisse viidud, tuleb selgitada, kas tema ots on tõepoolest sattunud makku, aga mitte hingamisteedesse. Kui sond on sattunud ülemistesse hingamisteedesse, bronhidesse, siis muutub haige nägu tsüanootiliseks (sinakaks), hingamine raskeneb äärmiselt, haige hakkab tugevasti rabelema. Niisugusel korral tuleb sondi edasilükkamine otsekohe katkestada ja sisseviidud ots välja tõmmata. Õigel sisseviimisel läheb sond läbi ninaõõne, neelu ja söögitoru ning satub lõpuks vabalt, ilma liigse jõupingutuseta makku. Sageli tekib takistus sondi sisseviimise algul, kui haige vastu pannes teeb korduvaid oksendamisliigutusi ja tõukab sondi söögitoru ülemisest osast suuõõnde tagasi. Niisugusel korral tuleb haiget sundida läbi nina hingama.

Et sond on õigesti makku sattunud, seda näitavad mitu tunnust: 1) haige hingab endiselt vabalt, 2) ta nägu ei ole tsüanootiline,

3) süstlaga sondi vaba otsa kaudu sisseviidud vähene õhukogus kutsub makku sattudes esile iseloomuliku korisemise, 4) lehtrisse kallatud vähene veekogus (¼—½ klaasitäit) valgub läbi sondi vähehaaval makku.

Alles pärast seda, kui toitmist teostav isik on kindlaks teinud, et sond on õigesti sisse viidud, annab ta korralduse toitesegu lehtrisse kallamiseks (või teeb seda ise); et vedelik pikkamööda makku valguks, ei pea lehtrit liiga kõrgele tõstma. Üks või kaks korda ööpäevas sisseviidava toitesegu kogus ei pea ühe korra kohta olema alla 300 ml ega üle 1 liitri. Kui toitesegu on sisse viidud, tõmmatakse sond välja. Seda peab tegema kiire liigutusega, et sondi jäänud segu ei satuks hingamisteedesse. Selleks on ka soovitatav pärast lehtri tühjenemist mõni sekund oodata, kuni kogu segu on sondist välja valgunud, ja alles siis sond välja tõmmata.

Et haige ei katsuks sisseviidud vedelikku maost oksendamisliigutustega välja paisata, soovitatakse teda pärast sondi väljatõmbamist mõni aeg horisontaalasendis hoida.

Kunstlikuks toitmiseks kasutatav toitesegu peab sisaldama vajalikul hulgal valku, rasva, süsivesikuid, vitamiine ja soolasid. Harilikult koosneb see segu 500 g piimast, 2 toorest munast, 50 g suhkrust, 20—30 g võist, 5—10 g keedusoolast ja polüvitamiinidest. Mõnikord lisatakse toitesegule ravimeid, mida haige keeldub sisse võtmast. Et haige võib toidust keelduda pikemat aega, mitu kuud kuni aasta ja veel kauem, siis tuleb paralleelselt kunstliku toitmisega süstida veeni ka 40%-list glükoosilahust koos C-vitamiiniga. Mõnikord tehakse vaheldumisi sondi kaudu toitmisega ka toiteklistiire, mis koosnevad 200—300 g toitesegust (sisaldab piima, muna, suhkrut ja rasva); segu viiakse pärasoolde pärast puhastusklistiiri.

Resorptsiooni intensiivistamiseks on soovitatav lisada toiteklistiirile mõni tilk jooditinktuuri. Et klistiirivedelik paremini peetuks ja pärasooles täielikult imenduks, tuleb talle lisada 2—5 tilka oopiumitinktuuri.

See kunstliku toitmise viis on tehniliselt lihtsam, kuid vedeliku mitteküllaldase imendumise tõttu jämesooles ja tema kergema väljutamise võimaluse tõttu ei ole täiendavaks toitmiseks ja kurtumuse vältimiseks küllaldane. Seetõttu kasutatakse toiteklistiire märksa harvemini kui toitmist sondi kaudu.

Haigete toitmise sondi abil määrab ainult arst neil juhtudel, kus haige visalt keeldub söömast. Kui haige söömast ei keeldu, kuid kunagi kogu toitu ära ei söö ja kurtub üldise pidurdatuse tõttu (näiteks tsirkulaarse depressiooni korral), samuti ka raskete orgaaniliste psühhooside puhul (verevalumitega arterioskleroos, seniilne psühhoos) tuleb haigeid süstemaatiliselt käest sööta. Kui haigel ei ole hambaid või kui ta üldise nõrkuse või teadvuse häire tõttu ei suuda toitu mäluda, siis tuleb talle anda peenestatud või puderjat toitu, jälgides hoolega, et ta ei koguks seda suhu, vaid selle alla neelaks.

Nõdrameelsed haiged, näiteks progressiivset paralüüsi põdejad, on aplad sööma. Meditsiiniline personal peab niisuguste haigete söömist jälgima ja toiduhulka piirama; ei tohi lubada, et nad ära sööksid pikatoimeliste, saamatute haigete toidu.

Skisofreeniahaiged kalduvad negativismi tõttu toidust keelduma. Niisugustel juhtudel tuleb toit haige juurde jätta ja kõrvale minna. Sageli sööb haige kogu toidu mõne aja pärast ise täielikult ära. Söömaaegadel — hommikul, lõunal ja õhtuoote ajal — tuleb personal asetada selliselt, et tähelepanu haigete suhtes, kes peavad tugevdatud järelevalve all olema, mingil juhul ei nõrgeneks.

Haigete soole ja kusepõie tegevust tuleb jälgida niisama hoolikalt ja kannatlikult kui toitumist. Ei saa ainult uskuda haige sõnu. Teenindav personal peab olema täiesti kindel, kas haige soole ja kusepõie talitlus on korras. Erilise psüühilise seisundi tõttu hoiavad haiged sageli defekatsiooni- ja urineerimistungi tagasi (eriti katatooniaseisundis). Kroonilist roojapeetust võib täheldada depressiivsetel haigetel organismi kõikide tähtsamate funktsioonide, sealhulgas ka soole lihaste kontraktsioonide nõrgenemise tagajärjel. Kõhukinnisust soodustab pikaajaline voodis lamamine ja oopiumipreparaatide manustamine, sest oopium halvab soole motoorset funktsiooni. Kõigil sellistel juhtudel tuleb teha tavalisi seebi- või soolaklistiire (hüpertoonilise lahusega), et soole tühjenemine toimuks haigel iga päev. Teistel haigetel esineb vastupidine nähtus. Peaaju raskete orgaaniliste kahjustustega, psüühika langusega (kriitikavõime, mälu, mõtlemisvõime nõrgenemisega) haigetel, kellel on ühtlasi kahjustatud kusepõie ja pärasoole sfinkterid (progressiivse paralüüsi viimases staadiumis, seniilse psühhoosi, verevalumitega raske arterioskleroosi korral), esineb kuse- ja roojapidamatust, haiged roojavad ja urineerivad tahtetult. Mõistagi vajavad niisugused haiged erilist hoolitsust personali poolt, sest naha saastumine põhjustab tema nakatumise. Kui haige pikemat aega liikumatult lamab ning tal areneb ühtlasi kurtumus, siis tekivad tal kergesti lamatised ja nende kohal mädanikud. Kõik niisugused haiged peavad lamama vahariidel, neile tuleb võimalikult sagedasti teha hügieenilisi vanne, pesu reostamisel tuleb see otsekohe asendada puhtaga. Haigetele peab teatavatel kindlatel kellaaegadel loomulikkude tarviduste rahuldamist meelde tuletama. Liikumisvõimelisi haigeid on vaja käimlasse talutada. Lamatiste vältimiseks tuleb haigeid sagedamini pöörata, linale sattunud toidupuru sagedamini ära puistata, kortsunud linad hoolikalt sirgeks tõmmata.

Algava lamatise esimeste sümptoomide (püsiv naha punetus ristluu või tuharate piirkonnas või muudel kehaosadel) ilmumisel tuleb vastavate kehaosade alla panna kummirõngad või -padjad ja neid kohti mitu korda päevas hoolikalt kampripiiritusega hõõruda või talgiga üle puistata.

Kuse- ja roojapidamatusega haiged paigutatakse tavaliselt ühte, nõrkadele haigetele ette nähtud eraldi palatisse. Rooja ja uriini

leha puudumine nendes palatites näitab head, hoolikat teenindamist.

Erilist hoolt vajavad muutunud teadvusega haiged. Tuleb hoolitseda nende soole ja kusepõie korrapärase tegevuse, käte ja näo hügieenilise seisundi eest, tuleb neid pesta, pühkida nende suud marliga, hoolitseda, et nad õigeaegselt ja küllaldaselt sööksid. Eriti kauemat aega vaimuhaiglas viibivail haigetel tuleb korduvalt kogu keha, karvadega kaetud kehaosi ja küüsi järele vaadata. Osakonna vanemõde peab rangelt jälgima, et sanitaarpäevi regulaarselt läbi viidaks, et kõik haiged, eriti nõrgad, kaua liikumatult lamajad ja need, kes psüühilise seisundi tõttu ei ole võimelised oma keha puhtuse eest hoolitsema, saaksid sanitaarkorrastuse.

Osakonnas haigetele ravimeid andev õde on kohustatud seda tegema täpselt ja regulaarselt, rangelt juhindudes arsti korraldustest. Ravimit antakse haigele ainult ühekordses annuses üheks korraks ja haige peab selle sisse võtma velskri juuresolekul. Ei ole lubatav anda haige kätte ravimi ööpäevast ega isegi ühekordset annust, et ta selle iseseisvalt sisse võtaks. Miski ei garanteeri, et haige ei kogu ravimit selleks, et seda hiljem enesetapmise eesmärgil korraga sisse võtta. Sidumiste ajal tuleb samuti valvata, et haige ei koguks sidemeid, sest neid võib ta samuti enesetapmiseks kasutada.

Eraldi tuleb kirjeldada motoorse rahutuse seisundis olevate haigete põetamist. Vilumatul meditsiinitöötajal võivad rahutud haiged sageli kartust, hirmu tekitada, kuid personali õigel paigutamisel rahutus osakonnas, täpse ja kooskõlastatud töö, kõrge teadlikkuse, distsiplineerituse ja kohusetruu suhtumise puhul oma ülesannetesse on oht niisuguses osakonnas töötamisel äärmiselt väike. Peab aga oskama rahutuid haigeid kohelda ja neile läheneda.

Ägeda psühhomotoorse rahutuse seisundeid esineb paljude psühhooside puhul, nagu skisofreenia, progressiivne paralüüs, tsirkulaarne psühhoos maniakaalses staadiumis, ägedate intoksikatsioonide ja infektsioonide puhul (näiteks joomahulluse või raske tähnilise tüüfusega kaasneva amentiivse seisundi korral). Eriti raskekujuline rahutus esineb langetõbistel muutunud teadvuse seisundis (hämarolek või meeleolu häire).

Kuidas peab rahutule haigele lähenema ja millised abinõud on vajalikud rahutuse vähendamiseks või kõrvaldamiseks?

Paljudel isikutel, isegi meditsiinilisel personalil, kes ei tööta vaimuhaiglas, on tänapäevani ebaõige ettekujutus, et niisuguste haigete juures rakendatakse karme vahendeid, nagu kaitsesärke või paigutamist erilistesse üksik-isolaatoritesse. Kaasaegne vaimuhaigla ei kasuta mitte mingisuguseid selliseid rahustamisabinõusid. Rahutus osakonnas on ette nähtud eri palat ägedalt rahutute haigete jaoks ja täiendav meditsiiniline personal (sanitarid) niisuguste haigete järele valvamiseks. Ravimitest kasutatakse kõige sagedamini kloraalhüdraadilahust (6%-list lahust 50 ml või 3%-list lahust 100 ml, s. o. 3,0 puhast kloraalhüdraati).

Kloraalhüdraati ei tule anda kolju traumast tingitud psühhoosi ega ka alkohoolsete psühhooside ja narkomaaniate puhul. Seda tuleb eriti meeles pidada, sest kroonilised alkohoolikud ja narkomaanid, tundes vajadust alkoholi ja narkootikumide järele, on meelsasti valmis neid asendama kloraalhüdraadiga, et saavutada joovet. Südame tugeva puudulikkuse puhul ei tule kloraalhüdraati anda rohkem kui 0,5—0,6 ööpäevas. Rahutuse korral, millega kaasnevad hallutsinatsioonid ja luul, on soovitatav järgmine ravim:

Rp. Barbamyli 0,3
Chlorali hydrati 1,5
Aq. destill. 25,0
MDS. Üheks klistiiriks 2 korda päevas 2—3 päeva jooksul

Motoorse rahutuse ja ärevusega depressiooni (nn. agiteeritud depressiooni) puhul avaldab head toimet järgmine ravimite kombinatsioon:

Rp. Sol. Coffeini natrio-benzoici 10% 2,0
Sol. Barbamyli 5% 6,0
Sterilisetur!
MDS. 3—5 ml lihasesse süstimiseks 10—18 päeva jooksul

Skisofreeniahaigele määratakse rahutuse korral medinaali koos kloraalhüdraadiga:

Rp. Sol. Medinali 2% 40,0
Sol. Chlorali hydrati 6% 15,0
MDS. Üheks klistiiriks

Võib ka anda kaks pulbrit barbamüüli à 0,2; võib ka lahustada 0,3 seda ravimit 50 ml-s füsioloogilises lahuses või vees ja kõik klistiirina sisse viia.

Barbituraatide kasutamine on vastunäidustatud maksa- ja neeruhaiguste ning tugeva kurtumuse puhul.

Motoorset rahutust saab kupeerida omnopooniga (0,01—0,02) või skopolamiiniga (1‰-list lahust 10—15 tilka). Morfiin ja omnopoon on vastunäidustatud alkohoolse psühhoosi, ägeda katatoonse rahutuse ja tetraetüülpliiga mürgitumise korral.

Täieliku liikumatuse — stuupori — puhul määratakse:

Rp. Sol. Coffeini natrio-benzoici 10% 10,0
Sterilisetur!
DS. 3 ml süstida naha alla

Süstitakse ka 200—300 cm^3 hapnikku naha alla, ülepäeviti, üldse 10 korda.

Kasulik on ka

Rp. Sol. Calcii chlorati 10% 10,0
D. t. d. in ampullis N. 10
DS. Iga päev 10 ml veeni süstida

Kuidas anda haigele ravimit siis, kui ta on motoorse rahutuse seisundis, keeldub ravimit sisse võtmast? Mõnikord läheb korda

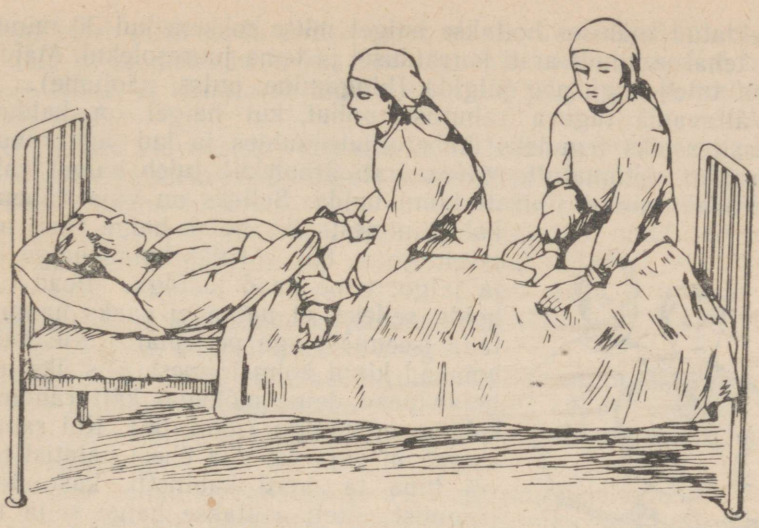
haiget selleks veenda, vastasel korral tuleb ravimeid kas süstida või klistiirina sisse viia. Et süstimine õnnestuks, tuleb haiget kinni hoida niisuguses asendis, et ta ei saaks oma kätt lahti tõmmata, velskril süstlat koos nõelaga käest maha paisata või kedagi personali hulgast lüüa. Süstimise ajal tuleb 2—3 põetajal või sanitaril haiget selili hoida ja kätt, millesse süstitakse, või jalga, kui süstitakse tuharasse, tugevasti fikseerida. Ravimite sisseviimisel pärasoole kaudu peab haige lamama küljeli, jalad vastu kõhtu painutatud. Pärast ravimi pärasoolde laskmist tuleb balloon või klistiirikannu otsik mõneks minutiks sisse jätta; selle väljatõmbamise järel surutakse tuharad kätega kokku, et haige ei saaks klistiirivedelikku välja lasta.

Viimasel ajal rakendatakse psühhiaatrias uut kodumaist preparaati — a m i n a s i i n i. Annuses 100—150 mg lihasesse süstituna kupeerib aminasiin motoorse rahutuse juba esimestel päevadel, olenemata selle laadist.

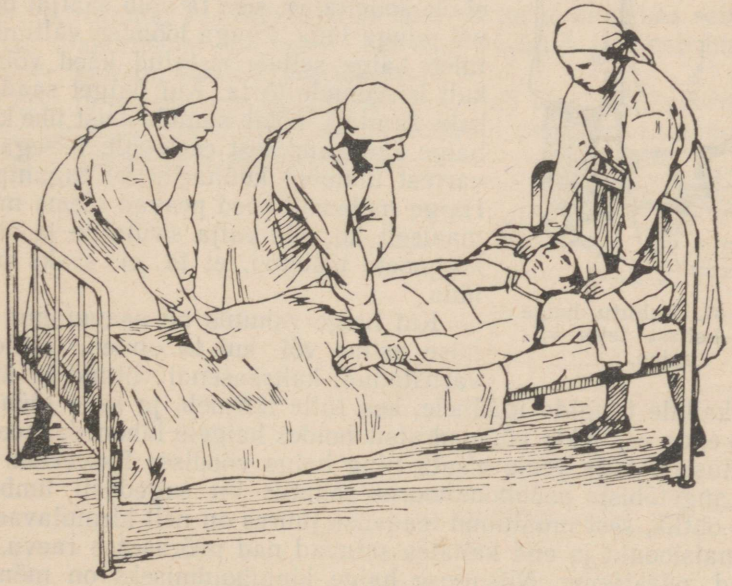
Soodsaid tulemusi on saadud aminasiini pikema ravikuuriga (keskmiselt 2—3 kuud) vaimuhaiguste mitmesuguste vormide, nagu skisofreenia, tsirkulaarse ja preseniilse psühhoosi puhul.

Peale nimetatud ravimite rahustavad haiget ka soojad vannid (35—37°). Eriti näidustatud on kestvamad vannid (tund aega ja kauem) maniakaalsete haigete rahutuse korral. Haige kauemal vannis viibimisel tuleb hoolikalt jälgida tema südame tegevust (pulssi); haigele pannakse pea peale külma veega niisutatud käterätik. Aeg-ajalt tuleb vanni sooja vett lisada, et vee temperatuur ei langeks alla 35°. Pikema kestusega vanni kui psühhomotoorse rahutuse väigistamise vahendit määrab ainult arst ja mingisugune omavoliline veeprotseduuri aja pikendamine keskmeditsiinilise personali poolt ei ole lubatud.

Kui psühhomotoorne rahutus avaldub haigel väga tugeval kujul ja manustatud ravimite toimel ei vähene, siis tuleb teha niisked mähised üle kogu keha: voodile laotatakse kolm tekki, üks pikuti, kaks risti; seejuures peab padja pool oleva teki alumine äär ulatuma jalgade pool olevale tekile. Siledalt (ilma igasuguste kortsudeta) laotatud tekkidele asetatakse samas järjekorras linad: üks kuivaks jäetud lina pikuti, kaks soojas (35—36°-ses) vees niisutatud ja hästi väljaväänatud lina aga risti. Ka niisutatud linadesse ei tohi jätta ühtegi kortsu. Selili asetatud haigel mähitakse pealmine lina esmalt kaela, õlgade, käte ja kere ülemise osa ümber, kusjuures käed peavad olema fikseeritud sirutusasendis vastu keha. Lina teine äär pistetakse haige käe alla ja fikseeritakse nii tugevasti, et haige ei saaks käsi ühendada ega end linadest vabastada. Kere alumine osa fikseeritakse nii, et kumbki jalg oleks sirutusseisundis tihedalt niiskesse linasse mähitud ning teisest jalast isoleeritud. Kui haige kogu keha on mähitud niisketesse linadesse, mähitakse tema ümber kuiv lina ja siis kordamööda kõik kolm tekki — algul ülemine, siis alumine, viimaks pikuti voodile laotatud tekk. Haigele pannakse pea peale külma veega niisutatud käterätik.



Joon. 85. Rahutu haige kinnihoidmine kahekesi.



Joon. 86. Rahutu haige kinnihoidmine kolmekesi.

Kirjeldatud mähises hoitakse haiget mitte rohkem kui 30 minutit; seda tehakse ainult arsti korraldusel ja tema juuresolekul. Mähitud haiget tuleb kogu aeg jälgida (hingamine, pulss, näojume).

Vältavama tugeva rahutuse puhul, kui haigel on kalduvus agressiivseteks tegudeks ümberolijate suhtes ja kui äge rahutus tekib üsna ootamatult, raviva arsti äraolekul, tuleb haiget valve-arsti saabumiseni lihtsalt kinni hoida. Selleks on vaja vähemalt kahte inimest: üks hoiab haige käsi, teine jalgu (joon. 85) või üks hoiab haige käsi ja jalgu, teine pead ja õlgu. Pead tuleb hoida selleks, et haige ei saaks hammustada iseennast ega personali. Kui haiget hoiavad kinni kolm inimest, siis üks neist hoiab pead, teine mõlemat kätt randmest, kolmas aga jalgu (joon. 86). Kui rahutut haiget on vaja üle viia ühest palatist teise või tuua ta arsti kabinetti, kasutatakse järgmist võtet: asutakse haige selja taha ja veidi kõrvale, pannakse ta käed eest risti, hoitakse neid randmest ja käiakse haige kõrval (joon. 87). Haige taga käia ei ole soovitatav, sest ta võib saatjat peaga või jalaga lüüa. Peaga löömise vältimiseks tuleb haige seljale ristatud käed võimalikult kõrgemale tõsta. Kui haiget saadavad kaks sanitari, hoiab kumbki neist ühe käega haige kätt randmest eestpoolt, teisega õlavarrest ülalpool küünarliigest tagantpoolt. Haige mõlemad käed peavad olema maksimaalselt kõrvale välja sirutatud ja õlgade kõrgusele tõstetud, et ta ei saaks peaga lüüa.



Joon. 87. Rahutu haige ühest kohast teise viimine.

Kui haige rahutus on saavutanud äärmise astme või kui ta on end millegagi varustanud, kaitseasendi võtnud ja ähvardab kallale tungida igaühele, kes talle läheneb, ja seda lüüa, siis tuleb enda ees tekki või madratsit hoides haigele läheneda, see kiire liigutusega talle peale visata ning haige voodisse fikseerida.

Langetõbiste psühhomotoorne rahutus on sagedasti ümberolijaile ohtlik, sest muutunud teadvuse juures on neil hirmutavad hallutsinatsioonid ja end kaitstes satuvad nad pöörasesse raevu, hakkavad märatsema. Niisuguse haige kinnihoidmiseks on mõnikord vaja 5—6 inimest. Vajaliku arvu sanitaride puudumisel võib paranevaid haigeid abiks võtta.

Rahutu haige paigutamist eraldi tuppa (isolaatorisse) käesoleval ajal ei rakendata, sest isolatsioon intensiivistab haige rahutust ja raevukust ning halvendab tema psüühilist seisundit.

Öövalve ajal peab vaimuhaigla personal olema eriti valvas. Öö

jooksul tuleb mitu korda erilise valve all olevate haigete voodi juures käia ja kindlaks teha, kas nad tõepoolest kohal on. Kui haige tõuseb öösel, et käimlasse minna, siis tuleb jälgida, et ta palatisse tagasi tuleb.

Osakonna valvevelskri ülesandeks on teha spetsiaalsesse päevikusse täpsed sissekanded haigete seisundi ja käitumise kohta. Iga päev enne hommikust visiiti tutvub arst selle päeviku andmetega. Eriti üksikasjaliselt tuleb üles märkida igasugused muutused haige seisundis, tema väljendused, mis kõnelevad ühtedest või teistest vaevavatest mõtetest ja kavatsustest. Tuleb osata kirjeldada haigushoogusid, et arst saaks kirjelduse järgi otsustada, kas oli tegemist epileptilise või hüsteerilise hooga.

Haigete käitumise päevikusse tuleb sisse kanda igasugused erakordsed sündmused osakonnas: tülid, haigete kallaletungid üksteisele või personalile, haigetel äkki ilmunud rahutusseisundid, enesetapmiskatsed jm.

Velsker annab korrapidamise üle kogu järgmise vahetuse valvepersonali (arstide, põetajate, velskrite ja sanitaride) juuresolekul, tutvustab kõiki üksikasjaliselt valve ajal aset leidnud sündmustega ja juhib veel kord tähelepanu nende haigete nimekirjale, kes vajavad erilist hoolitsust ja järelevalvet. Valvet ülevõttev velsker peab kontrollima, kas apteegikapi lukk on terve ning kas selles on olemas erakordsetel juhtudel vajalikud ravimid ja instrumendid (kamper, kofeiin, süstlad, nõelad jne.).

Kesk- ja noorema meditsiinilise personali ülesanded pikaajalise unega ravimisel on üksikasjaliselt esitatud peatükis vaimuhaigete ravimise peamiste meetodite kohta.

TEKSTIS ESINEVATE SPETSIAALSETE TERMINITE JA SÕNADE SELETUS

Absoluutne — tingimatu, täielik
Abstinents — loobumine nautimisvahendeist
Abstraktne — mõtteline
Adekvaatne — vastav
Afaasia — kõnelemisvõimetus
Aferentne — juurdetoov, tooma- (närv)
Agiteeritud — motoorselt rahutu
Agressiivne — kallale-, pealetungiv
Alimentaarne — toiteline
Amentsia — äge, sügav segasusseisund koos katkendlike hallutsinatsioonidega
Amneesia — mäletamisvõimetus
Analoogiline — sarnane
Anesteesia — tuimus, tundetus
Angioneuroos — veresoonte neuroos
Anterograadne — etteminev
Apaatia — ükskõiksus
Apopleksia (apoplektiline insult) — ajurabandus, ajuverevalum või ajuveresoonte äge tromboos
Assotsiatsioon — sidestumine, omavaheline ühendus
Asteenia — nõrkus
Ataksia — liigutuste ebatäpsus, kõikuvus
Atoonia — pingsuse puudumine
Autism — välismaailma mittearvestamine, eraldumus
Automaatne — iseeneslikult toimuv, isetöötav

Debiilne — vaimselt mahajäänud
Deliirium (sellest omadussõna delirioosne) — hullus, unetaoline teadvuse seisund (ülekaalus nägemis-) hallutsinatsioonidega
Dementsus — nõdrameelsus
Depressioon — rõhutuse, psüühilise pärssimuse seisund, hingevaev
Dissimulatsioon — haiguse sümptoomide teadlik varjamine
Dissotsiatsioon — lahusolek, ühendusest lahku viimine
Distaalne — kaugmine, keha keskpunktist kaugemal asetsev
Düsartria — kõne artikulatsiooni häire, puudulik kõneliigestus
Düsfaagia — neelamishäire, neelamisvõimetus

Efektiivne — häid tulemusi andev
Eferentne — eemalduv, mingist punktist eemalejuhtiv (närv)
Egotsentrism — minakeskuslikkus, välismaailmasse suhtumine egoistlikust seisukohast

Ehholaalia — võõraste sõnade automaatne kordamine
Ehhopraksia — võõraste, teiste isikute liigutuste jäljendamine
Eksogeenne — välistekkene, välistest põhjustest tingitud
Ekvivalent — võrdne, üheväärne nähtus
Emotsioon — meeleliigutus, tunne
Endarteriit — arteri sisekesta põletik
Endogeenne — seestekkene, sisemistest põhjustest tingitud
Endokriinne — sisenõristusnäärmetesse puutuv
Epileptiformne — langetõvekujuline
Episoodiline — ühekordne, mittealatine, episoodidena toimuv
Eufooria — kõrgenenud meeleolu

Faas — mingi protsessi teatav järk, moment
Foobia — (haiguslik) hirm, kartus

Hallutsinatsioon — objektiivselt mitte-eksisteerivate esemete näilik tajumine
Hemiparees — ühe kehapoole nõrkus
Hemipleegia — ühe kehapoole halvatus
Hüpertoonia — kõrgenenud pingsus (vererõhk)
Hüpokondria — raskemeelsus, liialdatud kartus oma tervise pärast

Iatrogeenne — arsti süü läbi tekkinud, esile kutsutud
Illusioon — ekslik, ebaõige tajumine
Imperatiivne — käskiv
Impulss — tõuge, aje
Impulsiivne — kergesti reageeriv, äkilistest ajedest mõjutatav
Individuaalne — isikupärane, isikule omane
Induktsioon — teiste energiaallikatega, erutus- (pidurdus-) kolletega kokkupuutumisest tingitud erutuse (pidurduse) tekkimine, levimine
Intellektuaalne — mõistuslik, mõistuspärane
Involutsioon — taandareng
Irradiatsioon — levimine, kiirgumine

Juveniilne — nooruslik, noorusele omane

Katalepsia — jäikustõbi, motoorse tardumuse periood
Katamnees — haige edaspidise jälgimise (pärast haigust, haiglast lahkumist) andmed
Kausalgia — põletav valu
Kliimaks, klimakteerium — sugunäärmete tegevuse lakkamise periood
Kompenseerima — tasa tegema, asendama
Kompleks — andmete, nähtuste kogusus
Konfabulatsioon — mälulünka täitev väljamõeldis
Kontsentratsioon — koondumine, tihendus
Koordinatsioon — kooskõlastus
Kriis — äkiline (valu-) hoog, haiguse järsk pööre (näiteks palaviku kiire langus)

Labiilne — püsimatu, ebakindel, kõikuv, muutlik
Latentne — peite-, peidus olev, varjatud
Letargia — haiguslik uni, unetaoline liikumatus

Maniakaalne seisund — psühhomotoorse rahutuse seisund kõrgendatud meeleoluga, kõnerohkusega
Marasm — organismi üldine raske kurtumus
Mutism — tummus

Negativism — kõige eitamine, vastupidi tegemine

Parees — lihaste nõrkus, kerge halvatus
Paradoksaalne — näilikult mõttevastane, tavalisele arusaamisele vasturääkiv (arvamus)
Passiivne — tegevusetu, loid
Preseniilne — raukuseelne
Progredientne — süvenev, kasvav, edasiarenev
Progressiivne — edasiviiv, edasiminev
Proksimaalne — kehatüvele lähemal asuv
Psühhoteraapia — ravimine sisendusega, veenmisega
Pueriilne — lapselik, lapsele vastav, lapsik

Reaktsioon — (psühhiaatrias) ühe meeleolu muutumine teiseks; üleminev, mööduv psüühiline häire, mis on tekkinud väliste mõjude (füüsiliste, psüühiliste) toimel
Refleks — peegeldus; teadvusetult ja tahtetult, kuid seaduspäraselt tekkiv närvisüsteemi vastus välimistele või sisemistele ärritajatele
Remissioon — ajutine paranemine
Retrograadne — tagasiminev, tagasihaarav
Rituaal — tavandik

Seniilne — raukuslik
Simulatsioon — teesklemine
Situatsioon — olukord
Somaatiline — kehaline, kehasse puutuv
Stereotüüpne — ühetaoline
Stuupor — liikumispidurdus
Suitsiidne — enesetapmis-
Surdomutism — kurttummus
Sünergism — ühesuguse suunaga talitlus

Ultra — ülim

SISUKORD

Sissejuhatus 3
Neuroloogia ja psühhiaatria lühike ajalugu 7

Üldosa

Neuroloogia

Kesk- ja perifeerse närvisüsteemi anatoomia ja histoloogia . . . 23
Kesk- ja perifeerse närvisüsteemi füsioloogia ja patofüsioloogia . . 34
I. Seljaaju füsioloogia 34
II. Kesknärvisüsteemi kõrgema osa füsioloogia 36
III. Mitmesuguste analüsaatorite füsioloogia ja patofüsioloogia 39
1. Naha-, nägemis-, kuulmis-, haistmis- ja maitsmisanalüsaatori füsioloogia ja patofüsioloogia 39
2. Liigutusanalüsaatori füsioloogia ja patofüsioloogia . . 41
a) Püramiid- ehk kortikospinaalne tee 41
b) Kortikobulbaarsed teed 45
IV. Ajuke ja liigutusanalüsaatori süsteem 47
V. Analüsaatorite seisund ja tundlikkuse häirete tüübid . . . 50
VI. Vegetatiivsete funktsioonide tsentraalne regulatsioon . . . 52

Psühhopatoloogia

Sissejuhatav osa 56

I. Psüühiline talitlus ja selle avaldused 56
II. Peamised inimese psüühikat määravad neurodünaamilised süsteemid ja nende vahekord 58
Psühhooside üldine sümptomatoloogia 65
I. Vaimuhaiguste sümptoomid 65
1. Tajumise häired (illusioonid ja hallutsinatsioonid) . . . 65
2. Mälu häired 69
3. Intellekti häired 71
4. Mõtlemise ja kõne häired 71
5. Emotsioonide häired 77
6. Käitumise ja kihude häired 79
II. Psüühiliste haiguste sündroomid 81
1. Teadvuse häirete sündroomid 82
a) Uimasusseisund 83
b) Delirioosne sündroom 84
c) Amentiivne sündroom 85
d) Oneroidne ehk unenäotaoline teadvuse häire . . . 86
e) Hämaroleku sündroom 87
2. Hallutsinatoorse seisundi sündroom 88

3. Paranoilis-hallutsinatoorne sündroom 89
4. Psüühilise automatismi sündroom (Kandinski sündroom) 89
5. Luululised sündroomid 90
a) Residuaalluul 90
b) Paranoiaalne sündroom 90
6. Käitumise häire sündroomid (düskineetilised sündroomid) 91
a) Stuupor 91
b) Katatoonne sündroom 92
7. Emotsionaalsete häirete sündroomid 93
a) Depressiivne sündroom 93
b) Maniakaalne sündroom 94
c) Hirmusündroom 94
8. Neurootilised sündroomid 95
a) Neurasteeniline sündroom 95
b) Hüpokondriline sündroom 96
c) Hüsteeriline sündroom 97
9. Krambisündroomid (epileptilised ja hüsteerilised hood) 97
10. Sündroomid difuussete orgaaniliste protsesside puhul ajukoores 98
a) Nõdrameelsus (dementsus) 98
b) Korsakovi ehk amnestiline sündroom 99
Närvi- ja vaimuhaiguste etioloogia ja patogenees 101
Vaimuhaiguste kulg ja lõpe 104

E r i o s a

Neuropatoloogia

Närvihaiguste klassifikatsiooni alused 107
Närvihaiguste kliiniline pilt 109
1. Neuralgiad ja neuriidid 109
2. Polüneuriit 116
3. Müeliit 118
4. Poliomüeliit 121
5. Külgmine amüotroofiline skleroos ja süringomüeelia . . 124
6. Dissemineerunud skleroos 126
7. Seljaajukuive 128
8. Aju insult 131
9. Entsefaliit 136
10. Korea 140
11. Ajukelmepõletik ehk meningiit 141
12. Ajukasvaja ja ajuabstsess 146
13. Langetõbi 148
14. Ajuvapustus ja ajupõrutus 155
15. Närvisüsteemi vegetatiivsete osade kahjustusega seotud haigused 159
16. Müopaatia 161

Psühhiaatria

Psüühiliste häirete klassifikatsioon 164
Psühhooside kliinilised vormid 166
1. Psühhoosid seoses intoksikatsioonidega ja ägedate nakkushaigustega 166
2. Psühhoosid seoses süfiliitilise nakkusega 176
a) Ajusüüfilis 176
b) Progressiivne paralüüs 177
3. Psüühilised häired vaskulaarsete haiguste puhul . . . 181
a) Aju arterioskleroos 182
b) Hüpertooniatõbi 183

4. Taandarenguea psühhoosid (involutsioonipsühhoosid) . . 184
a) Preseniilsed psühhoosid 184
b) Raukus- ehk seniilsed psühhoosid 185
5. Skisofreenia 186
a) Katatoonne vorm 187
b) Hebefreeniline vorm 190
c) Lihtne vorm 191
d) Paranoilis-hallutsinatoorne vorm 192
6. Maniakaal-depressiivne ehk tsirkulaarne psühhoos . . 199
7. Reaktiivsed seisundid 203
a) Reaktiivne depressioon 203
b) Reaktiivne paranoid 203
c) Reaktiivne stuupor 204
d) Primitiivsed reaktsioonid 204
e) Iatrogeenia 204
8. Psühhopaatiad 205
9. Neuroosid 208
a) Neurasteenia 209
b) Psühhasteenia 211
c) Sundseisundid 212
d) Hüsteeria 213
10. Oligofreenia ehk nõrgamõistuslikkus 217
Neuroloogilise ja psühhiaatrilise abi organisatsiooni küsimused . . 219
Närvi- ja vaimuhaigete ravimine 226
I. Närvihaigete ravimine ja põetamine 226
II. Vaimuhaigete ravimise üldised põhimõtted ja peamised meetodid 231
III. Psühhohügieen ja psühhoprofülaktika 239
IV. Vaimuhaigete põetamine 240
Lisa. Tekstis esinevate spetsiaalsete terminite ja sõnade seletus 258

Михеев Вадим Владимирович,
Невзорова Тамара Алексеевна

НЕРВНЫЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

На эстонском языке

Эстонское Государственное Издательство
Таллин, Пярнуское шоссе, 10

*

Toimetaja A. Pärn
Tehniline toimetaja M. Aardma
Korrektorid A. Kiho ja E. Järve

Ladumisele antud 17. VIII 1957. Trükkimisele antud 4. XII 1957. Paber 60×92, 1/16. Trükipoognaid 16,5. Arvutuspoognaid 18,65. Trükiarv 5000. Tell. nr. 6630.
Trükikoda «Kommunist», Tallinn, Pikk t. 2.

Hind rbl. 5.70

5—4

-.50

Rbl. 5.70

A
21883
..37763

TÜ RAAMATUKOGU
1 0300 00374637 9