

(Tartu ülikooli närvikliinikust. Juhataja: prof. L. P u u s e p p.)

## Postentsefaliitilise parkinsonismi ravist atropiiniga.

Georg Martinoff.

Kuni viimase ajani ei tuntud ühtegi mõjuvat vahendit postentsefaliitilise parkinsonismi raviks. Vaatamata kõigile katseile progresseerusid haigussümptomid paratamatult patsiendi töövõimetuks muutumiseni. Alles viimaseil aastail on tarvitusele võetud uus vahend, mis seniste kogemuste järgi töötab palju suuremaid tagajärgi, — see on atropiin suurtes doosides.

Esimesena võttis atropiini postentsefaliitilise parkinsonismi raviks tarvitusele N o n n e, kuid kasutades vaid mõne mg suuruseid annuseid N o n n e ja tema kaasaegsed ei saavutanud sellega nimetamisväärseid tulemusi. 1925. aastal B r e h m e r tõestas katseliselt, et postentsefaliitilise parkinsonismi põdevad haiged omavad eriti suurt resistentsust atropiini vastu ja et suurte atropiiniannusega on võimalik üksikuid haigusnähte soodsalt mõjustada.

Suure materjali varal kontrolliti neid tulemusi esmalt Hirsauer'i sanatooriumis. Sealse töö tulemusena ilmus 1929. a. K l e e m a n n'i ja veidi hiljemini R ö m e r'i poolt mitu teadaannet ravi tulemuste kohta. R ö m e r'i 104 haigest oli ravile tulles 98 töövõimetut ja 58 tarvitas kõrvalist abi. Pärast ravi oli 57 haiget täiesti töövõimelised, 19 osaliselt töövõimelised ja 22 haiget töövõimetud. Viimaseist vajasid kõrvalist abi vaid 13.

Neist andmeist õhutatult ilmus kirjanduses kogu rida uurimusi ja teadaandeid mainitud ravimeetodi kohta — L e e v e n s t e i n'i, B u s s e, B r a u n e, P o l s t o r f f'i, M a r i n e s c o jt. poolt. Ühed autorid saavutasid sama häid tule-

musi kui R ö m e r, teised veidi halvemaid, kuid kõik tulid üksmeelsele otsusele, et suurte atropiiniannuste järel peaaegu kõik p. p. nähud näitavad suuremat või väiksemat paranemist või isegi kaovad täiesti. Seejuures on aga ravimi mõju vaid sümptomaatiline ning mööduv, mis põhjustab vajaduse tema alaliseks tarvitamiseks, kuna atropiini ära jättes resulteerub jällegi endine seisund.

Tartu ülikooli närvikliinikus võeti atropiin p. p. raviks tarvitusele 1934. a. jaanuaris. Sellest ajast alates on ligi 40 haiget sellega ravitud. Suur osa neist aga ei ole saanud peale kliinikust lahkumist nende tervisliku seisundi suhtes jälgida ja lõplikkude tulemuste üle võis otsustada vaid 26 patsiendil. Neist on 14 mees- ja 12 naishaiget. Kliinikus viibis neist ravi ajal 21, ambulatoorselt raviti 5.

Raviks tarvitatakse 0,5% *atropinum sulfuricum*'i lahust, kusjuures üks tilk vastab 0,00025 mg-le. Meetod on üldjoontes sama, mis tarvitusel Hirsauer'i sanatooriumis. Me algame ühe tilga suuruse annusega 3 korda päevas, antud võimalikult võrdsete ajavahemikkude järel. Siis suurendame annuse 1—2 tilga võrra päevas, ja seda nii kaua, kuni haige seisundis ei ole enam märgata ei subjektiivset ega objektiivset paranemist. Selle annuse juurde jääme mõneks päevaks, siis läheme päevas 1—2 tilga võrra alla, kuni ilmuvad kadunud haigusnähud uuesti. Veidi kõrgemal sellest annusest on siis nn. optimaalne doos, mida tuleb pidevalt edasi võtta.

Kergemate komplikatsioonide ilmumisel optimaalse doosi otsimise puhul on otstarbekohane mõne päeva vältel tilkade arvu suurendamata jätta ja siis jälle edasi minna. Raskemate tüsistuste ilmumisel peab ravi lõpetama, vähendades tilkade hulka 1—2 võrra päevas.

Optimaalse doosi suurus oli meil ühel juhul 10 tilka, 13 juhul 10—15 tilka ja 12 juhul 15—20 tilka 3 korda päevas.

R ö m e r'il 70 juhul alla 40 tilga, 25 juhul alla 80 tilga ja 3 juhul üle 80 tilga. 3 korda päevas.

Sarnaselt mõne hilisema autoriga, ei näinud me paranemise jätkumist annuse tõustes üle 20 tilga, olgugi et läksime mõnel juhul kuni 60 tilgani.

Oma 26 juhust saavutasime 23 korral suuremat või vähe-  
mat paranemist, 3 patsiendil olime sunnitud ravi katkestama  
raskete tüsistuste ilmumise tõttu.

Alljärgnev tabel selgitab ravi mõju üksikuile haigussymp-  
tomeile meie materjalis. Tabelis esinevad mainitud 23 juhtu,  
kus meil oli võimalik ravi viia lõpuni ja saavutatud tulemusi  
jälgida kauemat aega.

	Esineb	Paranenud	Kadunud
Süljevool.	23	23	23
Värisemine	20	20	12
<i>Rigor</i>	22	22	11
Maskitaoline nägu	20	13	3
Silmakrambid	9	8	1
Rasked psüühilised häired	3	0	0

Nagu käesolevast tabelist nähtub, näitavad mõned sümpto-  
mid, nagu süljevool, värisemine ja *rigor* 100 % paranemist.  
Üldiselt on meie ravitulemused kooskõlas teiste autorite oma-  
dega. Mainida võiks siinkohal vaid silmakrampide head rea-  
geerimist ravile, mis kuuluvad paljudel teistel autoreil vähe-  
mõjustatavate sümptomite hulka.

Et rigiidsus, värisemine ja silmakrambid p. p. puhul on  
silmapaistvamad ja haiget kõige rohkem häirivad sümptomid,  
siis võime, neid kõrvaldades, enda ravitulemusi nimetada  
küll täiesti rahuldavaks.

Tulemuste illustreerimiseks esitan siinkohal lühidalt paar  
haiguslugu.

K. J., 54-aastane naine Riiast. Haigustus 1922 tüüpiliste parkin-  
sonismi nähtudega, mis halvenesid järjest, vaatamata mitmesugusele  
ravile. 29. IX 34 astub patsient kliinikusse. Maskitaoline nägu, tugev  
süljevool ja rigiidsus, samuti ka *tremor*. Haige ei saa iseseisvalt  
kõndida ega süüa.

Saab *atropin. sulf.* ühest kuni 20 tilgani.

3. X 34 lahkub pats. kliinikust. Süljevool on kadunud, rigiidsus  
ja *tremor* tugevasti vähenenud. Käib vabalt pikemaid maid, sööb ise,  
kirjutab, miimika on elavam.

Novembris 1936 saime patsiendilt viimaseid teateid: ta võtab  
edasi 20 tilka atropiini päevas, kusjuures seisund püsib sarnasena kui  
kliinikust lahkudes.

K. L., 30-aastane kooliõpetaja Tartust. Haigustus 1932. a. Kliinikusse tuli 1935 kevadel.

Maskitaoline nägu, tugev süljevool ja rigiidsus, vähene värisemine. Mõttekäik on aeglane, silmakrambid ilmuvad mitu korda päevas. Viimaste tõttu ei saa üldse töötada. Kui patsient katsub lugeda, tulevad silmakrambid ja kestavad siis tunde.

Patsient ravib end ambulatoorselt. Optimaalne doos 20 tilka. Tunneb end subjektiivselt peale ravi paremana. Silmakrambid kadunud, rigiidsus ja värisemine vähenenud. Mõttekäik kiirem. Paraneb mine on püsinud tänaseni. Patsient elatab end tundide andmisega, kuna enne ravi oli töövõimetu.

Atropiinravi vältel tuleb pöörata tähelepanu rea võimalikele komplikatsioonidele. Üldiselt võib neid jagada kahte ossa: akuutsed, s. o. optimaalse doosi otsimisel ilmestuvad komplikatsioonid, ja kroonilised, s. o. pikemaajalise tarvitamise järel tekkivad. Tingitud on nad enamasti atropiini mõjust vegetatiivsesse erkkonda.

Käsitleme alul esimest gruppi. Esijoones tuleb siin mainida suu kuivamist ja akomodatsioonihäireid, mõlemad nähud esinevad 100% haigeil. Suukuivamise tunne tekib juba ühe mg annuse korral, akomodatsioonihäired 3—5 mg puhul. Suukuivamist saab kergendada *ephedrin*'i andmisega *per os*. Kui ta aga muutub väga piinavaks, on soovitatav hoida tilkade arvu mõne päeva vältel ühel kõrgusel, mis seisundit veidi parandab. Optimaalse doosi leidmisega ja ravimi annuse muutmise ärajäämisega kaob niihästi suu kuivamine kui ka akomodatsioonihäired.

Levensteini järgi 50% haigeist kannatab pulsi kiirenemise ja irregulaarsuse all. Ka meie juhtude puhul esines see sagedasti, raskemakujuliselt aga vaid 5 juhul ja igal korral aitas nimetatud häireid kõrvaldada mõnepäevane atropiiniannuse samaseks jätmine.

Seedimiskorratusi esines meie juhtudel 8 korral. Siin võib tulla ette nii kõhukinnisust kui ka -lahtisust, mida samuti kõrvaldas mõnepäevane püsimine ühesuurusel tilkade arvul.

Kirjeldatakse veel põiehäireid, mis aga meie materjalis ei esinenud.

Tõsisema iseloomuga on kauemaageste suurte dooside

tarvitamisel ilmuv kehakaalulangus. Arseni tarvitamine kui ka hoolikas toitmine siin ei aita. Soovitatakse sel puhul insuliini süstimisi. Kui ka see ei aita, tuleb ravi katkestada. Meie juhtude hulgas säärast raskemakujulist kehakaalukaotust ei esine.

Levenstein leidis 40% haigeil märgatavat vererõhu tõusu ravi vältel. Busseseevastu enda juhtude puhul seda nähtu täheldada ei saanud. Meie juhtude seas üks arterioskleroosrootik 200 mm Hg vererõhuga talub juba ligi aasta 10 tilka atropiini 3 korda päevas väga hästi. Üldiselt soovitatakse aga kõrge vererõhuga arteriosklerootikute, neeruhaigete ja primaarse hüpertoonia puhul olla raviga väga ettevaatlik.

Eriti tõsise iseloomuga on vahest ette tulevad raskekujulised psüühilised häired mälu nõrgenemise, depressiivsete ja paranoilis-hallutsinatoorse nähtudega. Rõmeri 140 juhu hulgas esinesid need komplikatsioonid 6 korral. Üks neist lõppes enesetapmisega.

Ka meie poolt ravitud patsiendil esines 3 juhtu, mille puhul olime sunnitud raskemate psüühiliste häirete ilmumise tõttu ravi katkestama.

Üldiselt soovitatakse raskemate psühhootiliste nähtude ilmumisel ravi lõpetada.

Hiljuti ilmus H. Siegmund'i poolt tähelepanu vääriv töö atropiinravi hiliste komplikatsioonide üle. Autor avaldab 6 lahangule tulnud juhu kirjelduse, mille puhul patsiendid haigustusid peale aastaid väldanud atropiini tarvitamist kõhukinnisuse, oksendamise ja kõhuvaludega. Kõigil juhtudel leiti lahangul jämesoole ja ühel juhul ka mao tugevat laienemist ja lõtvumist, mis sterkoraalsete haavandite või iileuse tekkimisega põhjustasid surma. Nende andmete põhjal võttis autor ette real kauemat aega ravitud haigeil röntgeniläbivalgustusi, kusjuures ta 7 juhul samuti avastas mao- ja jämesoolelaienemuse.

Lõppkokkuvõttena autor toonitab, et tema töö ei ole hoiatuseks atropiinravi eest, vaid ainult tähelepanu juhtimine võimalikele tüsistustele.

Lõpuks võiks veel mainida S e g e r d a h'i poolt kirjeldatud juhtu, mil haige suvel palja peaga päikese käes viibides sai surma päikesepestest. Autor arvab, et süüdi oli atropiinravile järgnenud puudulik higistamine.

Kõikide ülalloeletud tüsistuste tõttu on tarvilik, et optimaalse doosi määramisel patsient viibiks kliinikus. Ambulaatoorselt on see lubatud vaid erandjuhtudel tingimusega, et haige on arsti igapäevase kontrolli all.

Optimaalse doosi väljakirjutamisel koduseks tarvitamiseks on soovitav atropiini anda tablettides, sellega vältides võimalikke eksimusi ravimi annuses tilgutamisel. Optimaalse doosi määramisel takistab atropiini andmist tablettides doosi alaline kõikumine.

Ka meie kliinikus saavutatud tulemused õigustavad atropiinravi laialdasemat tarvitusele võtmist. Oleks vajalik, et praktilised arstid seda silmas pidades juhiks kõiki postentsefaliitilise parkinsonismi haigeid kliinilisele ravile.

Viimasel aastal on laiemalt tarvitusele võetud veel uus vahend p. p. ravis, mis ei ole aga muud kui atropiini ravi modifikatsioon — nn. „bulgaaria kuur“. Tegemist on esimesena Bulgaarias tarvitusele võetud dekoktiga *Sullanacea*'de perekonda kuuluva taime juurtest.

Paremusena võrreldes atropiini raviga tuuakse ette, et haiged „bulgaaria ravi“ paremini taluvad ja tema vältel palju vähem komplikatsioone esineb —, positiivsed tulemused olla aga vähemalt sama head. Meie kliinikus puuduvad kogemused mainitud raviga.

ARK A - 120737

TÜ RAAMATUKOGU



10300016055115

