

TARTU RIIKLIK ÜLIKOO

L.NURMAND

**SUGUHAIGUSTE**  
**PRAKTIKUM**

TARTU 1963

15. V 639.

A



A-25294<sub>II</sub>

TARTU RIIKLIK ÜLIKOOL

NAKKUSHAIGUSTE JA DERMATOLOOGIA KATEEDER

L.NURMAND

# SUGUHAIGUSTE PRAKTIKUM

II TRÜKK

TARTU 1963

Тартуский государственный университет  
ЭССР, Тарту, ул. Кликсоли, 18

Л. Нурманд  
ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ ПО ВЕНЕРИЧЕСКИМ  
БОЛЕЗНЯМ

Второе издание  
На эстонском языке

Vastutav toimetaja H. Vahter  
Korrektor E. Oja

-----  
TRÜ rotaprint 1963. Trükipoognaid 4,3.  
Arvutuspoognaid 3,2. Trükiarv 500.  
MB 00386. Tell nr. 956.  
Hind 10 kop.

2  
Tartu Riikliku Ülikooli  
Raamatukogu

79160

## E E S S Ö N A .

Käesolev juhend on üliõpilastele vajalikuks ettevalmistavaks materjaliks suguhaiguste praktikumi jaoks, sest seni ni puudub eestikeelne õpik naha ja suguhaiguste alal.

Juhend on koostatud vastavalt kehtivale õppeprogrammile ja sisaldab 6 kolmetunnilist praktikumi. Suguhaigusi käsitletakse sügissemestril (V-ndal raviosakonna kursusel), mil praktilistele töödele on ette nähtud 1 tund nädalas, seega 18 tundi kogu semestri vältel.

Lisaks suguhaigustele on juhendis käsitletud ka trihhomonooxi, kuna antud haigus esineb sageli urogenitaaltrakti mittegonorroiliste põletikkude hulgas.

## I p r a k t i k u m .

### 1. DISPANSERILINE TÖÖMEETOD.

Esimese praktikumi vältel tutvustatakse üliõpilasi naha- ja suguhaiguste dispanseri struktuuri ning tööga.

Dispanserilise töömeetodi all mõistetakse ravi-profülaktiliste ürituste sünteesi. Nende ürituste täitmise järgi hinnatakse ka dispanseri töö kvaliteeti. Ülesanded on järgmised:

1. Suguhaiguste ja nakkavate nahahaiguste varajane avastamine ja arvelevõtmine. Arvelevõtmisel täidetakse arsti poolt registreerimiskaart nr. 281, (vt. lisa 1). Kaardid kogutakse kuu vältel ning saadetakse iga kuu esimesel kuupäeval tervishoiuosakonda või sanitaarepidemioloogilisele jaamale haige elukoha järgi, kes omalt poolt saavad need Vabariiklikule Naha- ja Suguhaiguste Dispanserile. Viimane teostab kaartide järgi haigestumise analüüsi kogu vabariigi ulatuses ja koostab aruandeid ENSV Tervishoiuministeeriumile.

Vorm 281 järgi kuuluvad registreerimisele kõik suguhaigused, sotsiaalsed dermatomükoosid (trihhofüütia, mikrospooria ja faavus), nahatuberkuloos, nahavähk ja sarkoom. Dermatomükoosi registreerimisel tuleb juurde märkida, kas haigus asetseb siledal nahal, juustes või küüntel. Üksikute haiguste kohta tuleb täiendavalt täita kiirteatis (vorm nr. 58): a) Syphilis I, b) Syphilis II recens'i, c) Syphilis II recidiva ning d) leepra puhul. Kiirteatis (vt. lisa 2) saadetakse ära hiljemalt 24 tunni jooksul peale haiguse diagnoosimist. Arvelevõetud haigete kohta seatakse sisse žurnaalid eraldi süüfilise, gonorröa ja naha seenhaiguste kohta. Arvel

seisavad haiged mitte ainult ravi lõpuni, vaid ka mõni aeg peale selle, olenevalt haiguse vormist:

- a) süüfilishaiged - 2-5 aastat peale ravi lõpetamist;
- b) gonorröahaiged - 3-6 kuud peale ravi lõpetamist;
- c) naha seenhaigustega haiged - kuni uute tervete juuste ja küünte kasvamiseni (umbes 3 - 4 kuud).
- d) leeprahaiged - kuni elu lõpuni.

2. Süüfilishaigete nakkavate vormide 100 %-line hospitaliseerimine. Samuti hospitaliseeritakse seenhaigustega haiged juuste ja küünte eemaldamiseks. Hospitaliseerimise põhiülesandeks on ümbruskonna kaitse nakkuse eest ja kvalifitseeritud ravi teostamine.

3. Tasuta ja kvalifitseeritud ravi võimaldamine ning kontroll selle korralikkuse üle. Viimane on tähtis, kuna raviefektiivsus oleneb õigetest vaheaegadest üksikute süstete ja ka ravikuuride vahel. Juhul, kui haige temale määratud päeval ravile ei ilmu, kutsutakse teda korrale patronaaziõe poolt kas suusõnaliselt või kirja teel, kusjuures kutse saadetakse kindises ümbrikus ilma asutuse stambita, et säilitada patsiendi saladust. Juhul, kui haige kutsele ei reageeri või hoiab kuritahtlikult ravist kõrvale, palutakse abi militaarse rajoonivolinikult, kes haige arsti juurde toimetab. Korduvate kõrvalehoidmistega puhul paigutatakse haige sundraviks haiglasse. Teiste isikute nakkusohu asetamise pärast võib isikut võtta kohtulikule vastutusele. (Karistus ette nähtud kuni 6 kuuni). Diagnoositud haigel suguhaigust, peab arst temal keelama sugulise kontakti pidamise ning hoiatama, et teadliku nakatamise puhul teda võetakse kohtulikule vastutusele ENSV kriminaalkoodeksi § 119 alusel, mis näeb ette vanglakaristust kuni 2 aastani. Hoiatuse kohta võetakse haigelt allkiri (kohustus), hiljem võidakse see kohtule esitada.

4. Värskete suguhaiguste nakkusallikate avastamine vähemalt 70 % ulatuses. Haige poolt kontaktina või haigusallika-

na ülesantud isik kutsutakse arstlikule läbivaatusele. Teistes rajoonides elavate nakkusallikate kohta teatab arst vendispanserile või tervishoiuosakonnale haigusallika elukohta järgi. Kirja saanud asutus on kohustatud ülesanded täitma ning vastama, kas kahtlustatud isik osutus haigeks ja on võetud ravile või mitte.

1959. a. detsembris Leningradis toimunud V dermato-venereoloogide kongressil märgiti juba vajadust avastada haiguseallikad isegi 100 % ulatuses, kuna Nõukogude kodaniku moraal ja teadlikkus kasvavad iga aastaga ning purjus olekus ja juhuslikkudest tutvustest saadud nakkus, mille arvel anti seni 30 % nn. "hinnaalandust", seega väheneb.

5. Nakkushaigetega kontaktis olnute ja perekonnaliikmete 100 %-line arstlik läbivaatus. Läbivaatus peab olema korduv, ja juhul, kui algul suguhaigetega kontaktis olnutel haigust ei avastata, peetakse neid veel arvel 6 kuu vältel, millise aja jooksul vähemalt kord kuus teostatakse vajalikud uuringud. Gonorröahaigetele naistele tuleb osutada erilist tähelepanu. Seenhaigust põdevatega kontaktis olnutel on kontrolliaeg lühem: trihhofüütia ja faavuse puhul teostatakse arstlik läbivaatus kord nädalas 4 nädala vältel, mikrosporia puhul aga 6 nädala vältel igal viiendal päeval.

Leeprahaigetega kontaktis olnud jäävad kontrolli alla eluajaks, kusjuures läbivaatus peab toimuma 1 - 2 korda aastas.

6. Tihe kontakt teiste raviprofülaktiliste asutustega, eriti naiste- ja lastenõuandlatega. Koostöö naistenõuandlatega seisneb selles, et dispanser informeerib nõuandlat kõigist tema rajooni süüfilishaigetest naistest eesmärgiga, et raseduse puhul see naine saaks suunatud spetsiifilisele ravile. Samuti kontrollib dispanser nõuandla tööd suguhaiguste avastamise ja ravimise suhtes. Lasteasutuste kontroll toimub perioodiliselt kord kvartalis laste ja personali profülaktiliste läbivaatuste teel.

7. Rasedatel 100 %-line vereuurimine (Wassermanni reakt-

sioon) sihiga varakult emal avastada süüfilist ja võimaldada temale 2 - 3 spetsiifilist kuuri enne sünnitust. Seepärast peab War teostamine toimuma raseduse esimesel poolel ning soovitatav on seda korrata raseduse teisel poolel. See abinõu on ette nähtud kaasasündinud süüfilise profülaktika huvides.

8. Töötajate teatavate kontingentide profülaktiline läbivaatus. Viimane toimub spetsiaalsetes läbivaatuspunktidest polikliinikute juures, kuid allub vendispanseri kontrollile. Läbivaatusele kuuluvad toitlustusalal töötajad (kokad, ettekandjad ja toiduainete müüjad) ja kommunaaltöötajad (juuksurid ja saunapersonal) ning kord kvartalis lasteasutuste personal.

9. Laialdane sanitaarselgitustöö, milleks on ametlikult ette nähtud dispanseriarstile 8 tundi ning meditsiiniõele 6 tundi kuus. Sanitaarharidustöö teostatakse nii suusõnaliselt kui ka kirjalikult.

Suusõnaline individuaalne vestlus viiakse läbi iga haigega kohe peale diagnoosi püstitamist, kusjuures haigele selletatakse, kuidas tal tuleb käituda, et võimalikult kiiresti terveneda ja teisi kodanikke mitte nakkusohu asetada.

Edasi viiakse läbi vestlused ooteruumides, loengud käitistes ja klubides või raadio teel.

Kirjalikult teostatakse sanitaarharidustööd plakatite, lendlehtede ja brošüüride teel. Lektoreile abiks on pildinäitused ja kino.

10. Suuremate dispanserite ülesandeks on olla õppebaasiks õppivale noorsoole (üliõpilased ja meditsiinilise keskkooli õpilased) ning arstidele, kes soovivad spetsialiseeruda või kvalifitseeruda sel alal. Dispanser korraldab perioodilisi seminare jaoskonnaarstide teadmiste tõstmiseks ja tutvustab neid uuemate saavutustega omas distsipliinis.

## 2. SUGUHAIGUSTE MÕISTE.

Rida haigusl nimetatakse suguhaigusteks, kuna nende edasiandmine toimub peamiselt sugulise kontakti teel. Samal põhjusel nimetatakse neid haigusl ka veneerilisteks, milline nimetus tuleneb rooma mütoloogiast (Veenus).

Suguhaiguste hulka kuuluvad:

1. Syphilis (süüfilis ehk Lues).
2. Gonorrhoea (gonorröa ehk tripper).
3. Ulcus molle (pehme šanker).
4. Lymphogranulomatosis inguinalis (kubemete lümfogranulomaatoos).

Viimased kaks haigust NSV Liidus ei esine ning nende käsitlemisel ei ole praktilist väärtust, mille tõttu nad on käesolevast praktikumi juhendist välja jäetud.

## 3. SÜÜFILISETEKITAJA JA NAKATAMISE VIISID.

Süüfilisetekitajaks on spiraalikujuline mikroob, mida halvasti värvumise tõttu nimetatakse kahkjaks spiroheediks (Spirochaeta pallida seu treponema pallidum). See avastati 1905. a. Hoffmanni ja Schaudinni poolt.

Värskete süüfilise vormide puhul leidub haigusetekitajaid rohkesti kõikides süfiliitilistes lõövetes - esmashaavandites, roseoolides, paapulites (eriti laiades kondüloomides), veres, lümfis ning lümfisõlmedes.

Hiliste süüfilise vormide puhul on spiroheetide hulk niivõrd minimaalne, et nende leid jääb sageli negatiivseks. Kõige soodsam temperatuur spiroheedile on kehatemperatuur, s. o. 37° C. Kõrge temperatuur, päkesekiired ja desinfitseerivad vahendid surmavad spiroheedi mõne tunni jooksul. Selle vastu säilib ta aga niiskuses ja külma käes kuni 3 kuuni.

Süüfilisse nakatumine võib olla otsene, kontakti teel haigega või kaudne, mis toimub haige poolt kasutatud esemete kaudu.

Otsene kontakt toimub eeskätt sugulise kontakti teel, nn.

genitaalne süüfilis, mis moodustab 97 - 98 % kõikidest süüfilisejuhtudest. Ülejäänud 2 - 3 % haigeist haigestuvad süüfilisse eluolustikulisel teel (nn. ekstragenitaalne süüfilis).

Otsene kontakt toimub ka suudluse või platsenta vere-ringvoolu kaudu (kaasasündinud süüfilis).

Kaudne nakatumine toimub infitseeritud esemetega, nagu suitsuotsad, söögiriistad, hambaharjad, huulepulgad, puhkpillid ja muud esemed.

#### 4. SÜÜFILISE ÜLDINE KULG.

Esimesed 3 - 4 nädalat peale nakatumist nimetatakse es-maseks peitejärguks (inkubatsiooniks), mille vältel haigus püsib veel varjatud kujul, Sellele järgneb süüfilise esmane staadium (Syphilis I), mis kliiniliselt väljendub haavandi tekkimisega nakatamiskohal (ulcus durum ehk kõva šanker). Esmane süüfilis (Syphilis primaria) võib kesta 5 - 6 nädalat, mille vältel haigus levib vere- ning lümfiteede kaudu kogu organismis (teisene inkubatsioon).

Sellega algab süüfilise teisene staadium (Syphilis secundaria), mille kestus on umbes kolm aastat. Selle aja vältel tekivad patsiendi nahal ja limaskestadel rohked süüfilise kliinilised nähud (lööbed), mis mõne nädala või paari kuu vältel kaovad isegi ilma ravita ning võivad mõne aja pärast uuesti retsidiveeruda.

Ravimata oleku või puuduliku ravi tõttu areneb haigus organismis edasi ning kolm ja rohkem aastat peale nakatumist tekib süüfilise kolmandane staadium (Syphilis tertiaria), mille kestus on mõnikümmend aastat. Süfiliitilise infektsiooni all võib kannatada ka haigestunu närvisüsteem ja tekki-da nn. närvisüsteemi süüfilis (Neurosyphilis), mis jaguneb varajaseks ning hiliseks neurosüüfiliseks. Varajane neurosüüfilis väljendub kliiniliselt esimese viie aasta vältel peale nakatumist, hiline neurosüüfilis aga alles 5 ja isegi 10 - 20 aastat peale infitseerumist.

Omaette haigusvormi moodustab nn. kaasasündinud süüfilis

(Syphilis congenita), mis antakse edasi lootele süüfilishaige ema poolt. Otsene nakatumine toimub siin platsenta verering-voolu kaudu. Ka siin eristatakse varajast ja hilist kaasasündinud süüfilist, arvestades lapse sündimisest.

Kõik kliinilised süüfilise nähud, mis tekivad lapse esimese viie aasta vältel, kuuluvad varajase kaasasündinud süüfilise hulka (Syphilis congenita praecox). Süüfilise tunnused, mis tekivad lapsel 5 ja rohkem aastat peale sündimist, moodustavad kaasasündinud süüfilise hilise vormi (Syphilis congenita tarda). Süüfilishaigete registreerimiseks ettenähtud klasifikatsiooni vt. lisa 3.

## II p r a k t i k u m .

### 1. ESMANE SÜÜFILIS (Syphilis I).

Esimest kolme - nelja nädalat peale nakatamist nimetatakse esmaseks inkubatsioonijärguks, mille vältel patsiendil puuduvad veel igasugused haiguse tundemärgid. Selle perioodi möödumisel ilmub spiroheedi sissetungimise kohale punetus, millest paari päeva pärast areneb sõlmeke (papula). Mõni päev hiljem see haavandub ja muutub tüüpiliseks süfiliitiliseks haavandiks - kõvaks šankriks (Ulcus durum). Sellega algab süüfilise esmane järk - esmane süüfilis (Syphilis primaria). Tüüpilisel kõval šankril on iseloomulik kuju: ta on kas ümmargune või ovaalne, tervest nahapinnast veidi kõrgem, puhta läikiva, tailiha meenutava põhjaga. Haavandi servad on korrapärased. Katsudes haavandit (kummikinnastega kaitstud käega), tunneb kõva kõhretaolist konsistentsi, millest on tingitud ka selle nimetus - kõva haavand. Üksikutel juhtudel, kui haavand

asetseb nahavoltides, suunurkades või päraku ümbruses, võib ta olla kitsas ning pakatisekujuline, mis tunduvalt raskendab diagnoosimist.

Enne uurimismaterjali võtmist puhastatakse haavandi põhhi füsioloogilise keedusoolalahusega, siis kuivatatakse steriilse vatitupsuga ja võetakse steriilse plaatina-aasaga haavandi põhja hõõrudes eritust, mis asetatakse esemeklaasil olevasse füsioloogilise NaCl-lahuse tilgasse. Mikroskoobiliseks uurimiseks kasutatakse pimeväljameetodit, mille eelis on võrreldes värvimismeetoditega see, et tema abil me näeme elusaid spirocheete. Preparaadis tuleb spirochaeta pallida diferentseerida spirochaeta refringens'ist ( kui materjal on võetud suguosadelt ) ning spirochaeta dentium'ist või buccalis'est, kui uuritakse suulimaskesta. Kahkjäs spirocheet on õrn korrapäraste keeritsatega spiraal, teravate otste ja elava liikumisega, teised spirocheetid aga lühikesed, jämedad, ebakorrapärased, tõmbi otsaga ja aeglasema liikumisega. Kui kasutada värvimismeetodit (Giemsa-Romanovski, Sereševski, Zimini meetodid), siis võtavad kõik teised spirocheetide liigid värvi intensiivselt vastu, värvudes tumevioletseteks, spirochaeta pallida aga jääb kahvatuks, õrnroosaks.

Umbes nädal aega peale kõva šankri tekkimist tursuvad üles haavandi lähedal olevad lümfisõlmed (Lymphadenitis syphilitica). Suurenemine toimub mõlemapoolselt, haavandi asukohale vaatamata, ja on valuta. Veel nädal või paar hiljem on ka teised lümfisõlmed suurenenud (Polyadenitis syphilitica), mis näitab infektsiooni edasilevimist organismis. Aega, mis möödub kõva šankri tekkimisest kuni haigusprotsessi täieliku generaliseerumiseni, nimetatakse teiseks inkubatsiooniks ehk peitejärguks, mis kestab umbes 6 nädalat. Selle peitejärgu esimesel poolel on Wassermanni reaktsioon haige veres veel negatiivne (Syphilis I seronegativa). Perioodi teisel poolel aga muutub see tugevasti positiivseks, (Syphilis I seropositiva), mis on organismi üldhaigestumise tunnuseks. Teise inkubatsiooni lõpupoolel hakkab ka halvenema patsiendi üldine enesetunne: tekivad nõrkus, peavalu, isutus ja kehatempera-

tuuri tõus. Mõnedel haigetel puuduvad need nähud ja süüfilis läheb märkamatuks üle teise staadiumi (*Syphilis secundaria*).

## 2. TEISENE SÜÜFILIS.

Teisene süüfilis võib kliiniliselt esineda kolmes vormis: laiguline (*Syphilis II maculosa*), sölmeline, papuloosne (*Syphilis II papulosa*) ja mädavilliline vorm (*Syphilis II pustulosa*). Kõik kolm haigusvormi on iseloomustatud rikkalike kliiniliste nähtudega ja neid nimetatakse seepärast teisele süüfilise värskeks vormiks (*Syphilis II recens*).

Syphilis II maculosa puhul ilmuvad haige kehal ja jäsemete painutuskülgedel sõrmeotsasaarused õrnroosad laigud - roseoolid, mis tekivad üle öö, püsivad 1 - 3 nädalat ja kaovad siis jäljetult. Iseloomustav on ka siin subjektiivsete kaebuste puudumine. Süüfilist selles staadiumis tuleb diferentseerida teistest nakkushaigustest, mis puhul aga esineb kõrge t<sup>o</sup> tõus ja üldhäired:

a) leetrid - esinevad konjunktiviit ja nohu, suulimaskestadel Filatov-Kopliki laigud;

b) sarlakid - punetus on laialdane, karminpunane, esineb valulik angiin ja "vabarna keel";

c) typhus abdominalis - Widali reaktsioon veres on positiivne;

d) typhus exanthematicus - positiivne Weil-Feliksi reaktsioon veres;

e) pityriasis rosea - annab medaljonikujulised kolded, mille tsentrumis on ketendus.

f) pindmised dermatomükoosid, mis ketendavad ja sisaldavad seeni.

Syphilis II papulosa tundemärgiks on punakaspruunide paapulite ilmumine nahale (eelistatud on jälle painutusküljed), mis tekivad järjest juurde, kasvavad suuremaks ja ketendavad. Paapulid võivad laotuda, moodustada rõngaid (annulaarne vorm) või girlande (*Syphilis gyrata*), mille tõttu kliiniline pilt on polümorfne. Olles püsinud nädalaid, kao-

vad paapulid jäljetult. Eristatakse suurpapulooset süüfilist, kus esinevad lüüseterasuurused paapulid (kõige sagedasem vorm), ja väikepapulooset (miliaarne süüfilis), kus paapulid on terava tipuga ja väikesed. Säärases papulooses staadiumis tuleb süüfilist diferentseerida teistest sõlmelistest haigustest ja nimelt:

a) Lichen ruber planus - haarab samuti painutusküljed, kuid paapulid on polügonaalised ja vahaläikega, ümbritsetud roosa äärisega. Subjektiivselt piinav sügelemine;

b) Psoriasis vulgaris - esineb jäsemete sirutuskülgedel, paapulid on heleroosad, ketud paksemad ja hõbeläikega. Kaapimisel saavutame 3 fenomeni 1) steariinlaigu fenomen, 2) psoriaatiline membraan ehk terminaalne kile, 3) täppverejooks.

c) sügätõbi - areneb jäsemete sirutuskülgedel ja põhjustab piinavat sügelemist, sellega seotud ekskoriaatsioonid ja sekundaarset püodermit. Suurenevad ka lümfisõlmed, kuid allpool kubemeligamenti.

Syphilis II pustulosa esineb harva, kuna selle vormi tekkimine on tingitud organismi reaktiivsuse langusest ja kurnamisest. Haige nahal tekivad rikkalikult mädavillid, mis meenutavad impetigo, ektüümi, follikuliiti või akne kliinilist pilti. Diferentseerida tuleb pustulooset süüfilist mainitud püodermilistest vormidest, mis puhul meie mikroskoobiliselt leiame vastavaid tekitajaid - strepto- ja stafülokokke.

Nahavoltides (kubemetes ja kaenlaalustes piirkondades) muutuvad paapulid hõõrumise tagajärjel lamedaks, laiaks ja hakkavad leemetama. Neid nimetatakse laiadeks kondiloomideks (Condylomata lata). Kuna nendes leidub rikkalikult spiroheete, siis on see staadium eriti nakkav. Diferentseerida tuleb teravatest kondiloomidest (Condylomata acuminata). Samal ajal tekib patsiendil kurgus angiin (Angina syphilitica) ja juuksed hakkavad välja langema (Alopecia syphilitica). Süfiliitiline kurgupõletik erineb harilikust angiinist selle poolest, et see on enamasti ühepoolne, järsult piirdunud punetusega, pehme ja kõva suulae piiril ilma palavikuta ning valuta.

Juuste väljalangemine süüfilise puhul (*Alopecia syphilitica*) on tüüpiline, juuksed langevad kohati, tekitades mulje, nagu koid oleksid söönud kasukat. Värske teise süüfilise staadiumis on haigus ümbruskonnale eriti nakkav ja haige kuulub haiglaravile. Kõik need nähud on mõõduva iseloomuga ja kaovad jäljetult isegi ilma ravita, mis aga ei tähenda veel tervistumist; haigus muutub latentseks (*Syphilis II latents*). Säärane latentne periood võib kesta aastaid. Sel ajal võib haigus aegajalt muutuda jälle aktiivseks ning anda haiguse retsidiive - taaspuhkemisi (*Syphilis II recidiva*).

Süüfilis II retsidiivne. Ravimata või halvasti ravitud patsiendil tekib peale mõnda kuud või aastat kestnud latentset perioodi teise süüfilise retsidiiv. Sel puhul korduvad roseoolid ja paapulid, kuid nad on suuremad, rõngakujulised ja arvu poolest vähesed. Kordub ka alopeetsia ja angiin, mis sarnanevad värske staadiumi pildile.

Lisaks võivad aga tekkida ainult retsidiivile omased tunnused - paapulid peopesade ja jalataldade nahal, nn. retsidiivpaapulid, ning valged pigmendivabad laigud kaelapiirkonnas (*Leukoderma syphiliticum* või *Veenuse kaelaehe*). Tüüpiline on *ulcus durum*'i puudumine selles süüfilise järgus. Ka selles staadiumis on võimalik täielik tervistumine, kuigi ravi- ja järelevalveaeg on nüüd juba pikemad. Diferentseerida tuleb *pityriasis rosea*'st, mis puhul koldel on medaljoni kuju, mille tsentrumis esineb ketendus.

Kuid juhtub, et haiged kas üldse ei pöördu arsti poole, kuna värske süüfilise nähud ei valmista erilist subjektiivset vaevust (ei sügele ega valuta) või jätavad ravi pooleli. Sel puhul areneb haigusprotsess organismis edasi ja 3 - 5 a. järel või isegi hiljem peale nakatamist võib saabuda süüfilise kolmandane staadium, mis kuulub hilissüüfilise hulka.

### III p r a k t i k u m .

#### 1. KOLMANDANE SÜÜFILIS (Syphilis III).

Süüfilise kolmandas staadiumis on tegemist sõlmelise lööbe tekkimisega nii nahal ja limaskestadel kui ka siseorganites.

Kolmandase süüfilise aktiivses järgus tekivad nahal kas grupeeritud kuni hernesuurused kõbrukesed (tuberkulid) (Syphilis III tuberculosa) või üksikud pähkli- kuni kanamunasuurused sõlmed (gummad) (Syphilis III gummosa). Mõlemad moodustused võivad haavanduda ja paranevad eluaegse armiga. Vastandina nahatuberkuloosile (lupus vulgaris) tabab gumma eeskätt luid, põhjustades nende lagunemist (näiteks tekib sadulnina) või hapraks muutumist (näiteks jalaluul), mille tagajärjel tekivad kergesti spontaansed fraktuurid. Süüfilis III tuberculosa on iseloomustatud tuberkuliteet, mis asuvad koldeliselt. Kolle on sinkjat värvi. Keskel armistub, kusjuures armid on mosaiigitaolised seetõttu, et nad on erinevas sügavuses nahas. Diferentseerida tuleb tuberkulooset süüfilist

1) nahatuberkuloosi vormist - Lupus vulgaris'est. Selle värvus on kollakasroosa, tuberkulid on pehmed ja annavad 2 fenomeni (positiivne õunaželeefenomen ja sondikats). Haavandi ääred on pehmed ja lamedad, põhi veritseb kergesti. Nahatuberkuloos hävitab eeskätt pehmed osad (kõhre) ning alles hiljem luud. Armid on pindmised ja ühtlased, nende pinnal võivad tekkida uued tuberkulid. Haiguse algus on nooremas eas ja kulg aeglane, sageli eluaegne;

2) püodermia krooniline vorm, mis puhul haiguskolde äärel on üksikud mädavillid, esineb positiivne "sõelafenomen" (pigistamisel väljuvad nahapooridest üksikud mädatilgad).

Gummoosne haavand (Ulcus gummosum) on väga tüüpilise välimusega: ääred on kõvad ja väga korrapärased, põhi kaetud

algul nekrootiliste massidega, hiljem aga selge kollakashalli veniva sekreediga, mis meenutab vedelat liimi gummiarabikumini ja mille alusel tekkinud ka nimetus gümma.

Kolmandase süüfilise gümmooset vormi tuleb diferentseerida:

1) haavandamata kujul lipoomist ja fibroomist, mis on kaetud normaalset värvust nahaga, ei fluktuueru ega haavandu, on aeglase kuluga;

2) gümmoosse haavandi puhul:

- a) *Ulcus cruris varicosum* - varikoosne sümptoomkompleks, haavand pehmete äärtega;
- b) haavandunud nahakartsinoom - häred pehmed, ebaühtlased, põhi veritseb ja on valulik;
- c) sügavad dermatomükooosid (*actinomycosis*, *sporotrichosis*), mis puhul mikroskoobiliselt on leida vastavad tekitajad - seened.

Uurides mikroskoobiliselt haavandunud kõbrukese või gümma sekreeti, on raske leida kahkjaid spiroheete, kuna neid on hilissüüfilise puhul ainult üksikuid ja sageli teralisel kujul. Kuna aga tegemist on lahtiste haavandunud pindadega, loetakse ka seda vormi nakkavaks ja ravi esimene kuur viiakse läbi haiglas.

## 2. KAASASÜNDINUD SÜÜFILIS.

Üks tähtsamaid küsimusi suguhaigustevastases võitluses on kaasasündinud süüfilise probleem, kuna sellest oleneb tulevaste põlvkondade tervis. Teaduslikult on tõestatud, et kaasasündinud süüfilise põhjuseks on ema süfiliitiline haigestumine. Parim profülaktika on seega hooldamine ema tervise eest. Loote nakatumine toimub platsenta vere ja lümfiringvoolu kaudu ja teostub raseduse 5-ndal kuul, kui loote vereeringe on juba välja kujunenud. NSV Liidus kehtivate määruste

kohaselt teostatakse ema süüfilise varajaseks avastamiseks igal rasedal korduv vereuurimine Wassermanni reaktsioonil suhtes. Iga süüfilist põdev või kunagi süüfilist põdenud naine peab saama raseduse ajal 2 - 3 spetsiifilist ravikuuri, kindlustades sellega terve lapse sündimise. Ema haigestumise puhul kanduvad kahkjad spiroheedid vereringe kaudu lapsele ja olenevalt ülekantud mikroobide rohkusest võib välja kujuneda kolm haigusvormi:

1. Loote süüfilis, mis tekib siis, kui spiroheetide hulk on eriti suur, mille tulemusena lootel tekib sepsis ja laps sureb ema üsas raseduse 4. - 7. kuul. Niisugused enneaegsed raseduse katkemised, eriti kui nad esinevad naisel korduvalt, on kahtlased süüfilise suhtes. Loode on sel puhul matsereeritud (poollagunenud) ning siseorganites (kops, maks) ja luudes rikkalike süfiliitiliste muutustega.

2. Kui spiroheetide hulk on väiksem, siis jääb laps ellu ja sünnib õigeaegselt, kuid omab kas juba sündimisel süfiliitilisi nähte või need ilmuvad esimese viie eluaasta jooksul. Seda vormi nimetatakse varajaseks kaasasündinud süüfiliseks (*Syphillis congenita praecox*). Varajane kaasasündinud süüfilis jaguneb omakorda:

a) imiku süüfilis, mis esineb lastel 0 - 12. kuuni ja

b) varase lapseea süüfilis, mis tuleb ilmsiks lastel 1.-

4. eluaastal.

Imiku süüfilise puhul esineb haiguse kliinilisi nähte rohkesti ja haiguspilt vastab omandatud teisele süüfilise värsketele staadiumile. Lapse nahal näeme roseole ja paapuleid. Nahk on sinakaspunane, metalse läikega ja sügavate lõhedega eriti suu ja nina ümbruses, mis hiljem jätavad järele püsivaid arme. Sageli esineb nohu (*Rhinitis syphilitica*), mille tõttu nina kaudu hingamine on takistatud. Laps hingab suu kaudu, mis omalt poolt takistab imemist ja põhjustab alatoitumust. Nohu mõjul võib hävida ka nina luuline osa ja põhjustada sadulnina tekkimist. Nahal esineb sageli süfiliitiline villitõbi (*Pemphigus syphiliticus*) mädavillide väljalöömisega

eriti peopesadel ja jalataldadel. (Diferentseerida Pemphigus neonotorumist, mis on püodermaaline protsess). Luustumisprotsess luudes on häiritud luu ja kõhre põletiku tõttu (Osteochondritis syphilitica). See väljendub koljuluude kuju<sup>m</sup>muutustes (tekivad sageli pirnikujulised pead). Toruluudes põhjustab niisugune luustumishäire jäsemete näilist halvatus (Pseudoparalysis Parrot). Siseorganites leiame imikutel sageli maksa ja põrna suurenemist.

Umbes 80 % lastest on veres Wassermanni reaktsioon tugevasti positiivne. Vastsündinutel võetakse uurimiseks verd platsentast, suurematel lastel aga kägiveenist (vena jugularis) või jalakannast.

Närvisüsteemi poolest on lapsed rahutud, kisendavad palju ja sageli jäävad arenemises maha. Nad kalduvad põletikulistele protsessidele peaaegu (Encephalitis, Meningitis), mille tagajärjel võib areneda vesipea.

Varajane lapseea süüfilis (lastel 1. - 4. aastani) on kliiniliste nähtude poolest palju tagasihoidlikum ja vastab omandatud teisele süüfilise retsidiivstaadiumile. Nahal näeme üksikuid roseole ja paapuleid, esineb kolju kuju (pirni- või tuharakujulised pead) ja silmapõhja (Choreoretinitis) muutusi, mis puhul silmapõhi on kaetud pigmenteeritud laikkestega - nagu soola ja pipraga üle raputatud. Haiged lapsed jäävad oma arenemises eakaaslastest tunduvalt maha.

Varajase kaasasündinud süüfilise prognoos on hea: õigeaegse diagnoosi ja korrapärase ravi puhul on lapse tervistumine täielikult kindlustatud.

3. Hiline kaasasündinud süüfilis tuleb nähtavale lastel peale 5-ndat eluaastat ja on palju raskem haigusvorm. Kliinilise pildi poolest sarnaneb see süüfilise kolmandasele staadiumile. Siin tekivad infiltraadid - gummad, mis paranevad armidega. Gummasid esineb nahal, siseorganites ja luudes, põhjustades nende deformatsioone. Nii võib tekkida sadulnina, sääreluud võivad muutuda lamedaks ning kõveraks (nn. "mõõgakujulised sääred").

Hutchinsoni (Hötšinson) poolt on kirjeldatud hilisele

kaasasündinud süüfilisele omast kolme tähtsat tunnust, nn. Hutchinsoni triaadi:

1. Silma sarvkesta põletik (keratitis parenchymatosa), mis enamasti tabab mõlemaid silmi kordamööda ning puuduliku ravi puhul võib põhjustada täielikku pimedaks jäämist.

2. Kurdiks jäämine (surditas) sisekõrva haigestumise tulemusena.

3. Jääv hammaste deformatsioon, mille puhul ülemised eeshambad arenevad ebaühtlaselt: osa jääb kasvu poolest maha ning nende lõikepind muutub sakiliseks. Ei tohi aga unustada, et ka rahhiidi puhul tekivad hammaste häired, mille põhjuseks on vitamiinivaegus. Tegemist on siis ainult hambaemali defektiga, mis esineb ka alumistel hammastel.

Hilissüfilitiilised lapsed on sageli oma arenemises eakaaslastest maha jäänud, ei jõua koolis edasi või on täielikud idioodid. Närvisüsteemi häired võivad välja kujuneda seljaaju kuive või progressiivse paralüüsi vormiks, mis viib omalt poolt invaliidsusele.

Kaasasündinud süüfilise profülaktikat viiakse läbi mitmes suunas:

a) Iga süüfilishaige peab saama põhjaliku ja täisväärtusliku ravi.

b) Luba abiellumiseks antakse süüfilist põdenud meestele 2 aastat, naistele 3 aastat peale ravi lõpetamist tingimusel, et kontrollaja vältel ei esine retsidiive. Peale selle soovitatakse naisele 2 - 3 a. peale abiellumist hoiduda rasedusest.

c) Igale naisele, kes on kord põdenud süüfilist või kes seda põeb uurimise momendil, teostatakse 2 - 3 antisüfilitiilist ravikuuri eesmärgil vältida lapse nakatumist süüfilisse.

d) Lapsed, kes on näiliselt terved ja on sündinud hästi ravitud ja kaitseravi saanud emadelt, ei kuulu ravile, kuid jäetakse arstliku kontrolli alla viieks aastaks.

e) Lapsed, kes on näiliselt terved, kuid on sündinud halvasti ravitud süüfilishaigelt emalt, võetakse viibimatult ravile.

f) Samuti kuuluvad energilisele antisüfiliitilisele ravile lapsed, kel on kaasasündinud süüfilise kliinilisi nähete.

Kaasasündinud süüfilise raviks on vaja 6 - 8 spetsiifilist kuuri, kusjuures manustatakse samu ravimeid nagu täiskasvanutelegi, kuid väiksemates annustes, vastavalt lapse vanusele. Peale ravi lõpetamist jäetakse laps veel viieks aastaks arsti kontrolli alla.

Paralleelselt lapsega ravitakse ka tema ema.

#### IV p r a k t i k u m .

##### 1. NÄRVISÜSTEEMI SÜÜFILIS.

Närvisüsteemi tabab süfiliitiline infektsioon kas esimese viie aasta vältel (varajane neurosüüfilis) või aastakümneid peale nakatumist (hilisneurosüüfilis).

Tegurid, mis soodustavad närvisüsteemi haigestumist, on järgmised:

- 1) Ületõõtamine, nii vaimne kui ka füüsiline.
- 2) Traumad, nii mehaanilised (põrutused) kui ka psüühilised (vapustused).
- 3) Alkoholi liigtarvitamine, mis nõrgestab närvisüsteemi ja teeb teda infektsioonile vastuvõtlikuks.
- 4) Puudulik ravi eelmistes süüfilise staadiumides, eriti elavhõbedapreparaatidega.

Viimased kaks soodustavat tegurit on seotud patsiendi enda käitumisega ja seega hea tahtmise ja teadlikkuse juures täielikult välditavad.

- a) Varajane neurosüüfilis võib kahjustada kas perifeer-

set või tsentraalset närvisüsteemi.

1. Perifeersed kahjustused annavad kas neuriite (närvipõletikke) suurte valudega üksikute närvide piirkonnas või halvatusi. Mõlemad mõõduvad spetsiifilise ravi rakendamisel.

2. Keskergekava haigestumised on tõsisemad ja ilmnevad peaaigus (*Syphilis cerebri*) kolmel kujul: 1) põletikuline vorm - (ajukelme põletik). Süfiliitiline meningiit võib esineda kas tüüpiliste nähtudega (kuklakangestus, peavalud, t<sup>o</sup> tõus jne.), kuid võib ka kulgeda ilma kliiniliste nähtudeta, nn. "asümptoomne meningiit", mida avastatakse ainult liikkvori uurimise abil; 2) peaaigu arterite haigestumine (ummistus, laienemine, rebenemine, sageli surmava lõpuga) ja 3) gummad (haiguse kolmandas järgus), mis annavad peaaigu kasvava sümptoomi ja resorbeerudes jätavad peaaigu substantsi järele arme, mille tagajärjel langevad välja vigastatud kohaga seotud ajufunktsioonid.

Seljaaju haigestumine (*Syphilis spinalis*) annab seljaaju põletikulise vormi (*Myelitis*), mille tagajärjel tekivad verevalumid ja halvatused olenevalt tabatud segmentidist.

b) Hilisneuroosüüfilis tekib ainult 2 - 3 % süüfilishaigestest ja annab kas seljaajukuive (*tabes dorsalis*) või progresseeruva paralüüsi (halvatuse - *Paralysis progressiva*).

1) Seljaajukuive areneb süüfilishaigetel aeglaselt. Esimesed kaebused haige poolt on torkavad valud jalgades ja võõtaoline "pigistustunne" (neuralgiline staadium). Hooti võivad ka esineda kõhuvalud, nn. maokriisid, mis ei olene sööma-aegadest ja esinevad sageli öösiti. Arstlikul läbivaatusel selgub, et patsiendi silmaterad on ebaühtlase suurusega, ei reageeri valgusele, kõõlusrefleksid (põlve- ja kannarefleksid) on kustunud, olles algul kõrgeenenud. Umbes 10 % haigetel algab nägemisnärvilise kõhetumise (*Atrophia nervi optici*), mis võib lõppeda täieliku nägemise kaotamisega. Haiguse hilisemas staadiumis (ataktilises staadiumis) kaob patsiendil sügavtunne, mille tagajärjel ta ei suuda säilitada keha tasakaalu ja hakkab eriti kinniste silmadega või pimedas vaaruma (*Rombergi sümptom*). Juurde tuleb juuste ja küünte väljalan-

gemine ning loiult paranevate haavandite tekkimine nahal - eriti jalataldadel: (Malum perforans pedis). Lõpuks kaasuvad kusepõie ja jalgade halvatused, mis teevad patsiendi täielikuks invaliidiks (paralüütiline staadium). Hoolsa ja ettevaatliku spetsiifilise ravi tulemusena võib tabes dorsaalse puhul osa töövõimet taastuda ja jällegi on maksev seadus, et mida varem asuda ravimisele, seda paremat prognoosi võib arvestada.

Progressseeruv paralüüs kuulub juba psühhiaatria valdkonda, kuna selle vormi puhul esinevad ka psüühilised häired. Haige muutub kas hüpohondrikuks, maniaagiks, dementseks või tal tekib suuruseluul. Samuti muutub haige kõne ja kiri: patsient ei lõpeta oma alustatud lauseid, jätab üksikud tähed ja sõnad vahele. Objektiivsel järelevaatusel selgub, et silmaterad ei reageeri valgusele (Argill-Robertsoni sümptoom) ja kõõlusrefleksid on tunduvalt kõrgenenud.

Wassermanni reaktsioon veres on neurosüüfilise puhul ainult 50 protsendil haigetest positiivne, seljaajuvedelikus aga 95 - 100 protsendil, sellepärast on hädavajalik teostada punktsiooni ja uurimist.

## 2. SISEELUNDITE SÜÜFILIS (Syphilis visceralis).

Selle nimetuse all mõistame siseelundite haigestumist süfiliitilisest infektsioonist. Haigusprotsess võib tabada kõiki organeid, alates teiseseast staadiumist. Haigestumine süüfilisse väljendub põletikulistes protsessides, kusjuures haiguse kolmandas staadiumis aga tekivad gummad nagu nahalgi. Haigestuda võivad kopsud ja bronhid, süda, seedeorganid ja neerud. Eriti ohtlik on veresoonte süfiliitiline põletik, mille tõttu võib tekkida kas täielik ummistus (soonte seinte paksenemisest), või vastupidi - veresoonte laienemine (aneurüsmid). Säärased arterite muutused on elule ohtlikud, kuna aneurüsmid võivad rebeneda (aordi aneurüsm, peajuarterite aneurüsmid). Kudede toitumise häirete tõttu põhjustavad ummistused nekroosi. Mõlemad seisundid on patsiendi elule oht-

likud. Süüfilis võib ka tabada luustikku, kutsudes esile piinavaid luuvalusid, eriti öösiti. Gummoossed protsessid luudes paranevad armiga, mis tähendab lup hapraks muutumist antud kohal. Selle tagajärjel võivad tekkida spontaansed luufraktuurid, sageli isegi ilma erilise traumata. Süfiliitiline maksa haigestumine (maksapõletik - Hepatitis syphilitica) põhjustab valusid ja maksa funktsioonihäireid sageli koos ikterusega. Raskematel juhtudel võib tekkida maksa atroofia (kõhetumine), millele järgneb patsiendi surm. Süüfilise kolmandas staadiumis võivad maksaas tekkida gummad. Meeleelunditest kannatavad enamasti kuulmine ja nägemisnärv (nägemisnärv atroofia Tabes dorsalis'e puhul), mis lõpeb ravimata jäädes nägemisvõime kadumisega.

Kuna siseorganite süfiliitilisel haigestumisel sageli puuduvad erilised tundemärgid, osutub varajane diagnoosimine raskeks. Siin tuleb paljudel juhtudel määrata patsiendile prooviravi, mille tulemuse järgi võib otsustada süüfilise olemasolu üle.

### 3. SÜÜFILISE DIAGNOOSIMINE.

Süüfilise diagnoosimiseks rakendatakse rida abinõusid:

1. Haige anamnees tema eluviisi ja kontakti kohta, keelel juba süüfilis diagnoositud.
2. Haiguse kliiniline pilt, mis on sageli niivõrd tüüpiline, et juba üksinda selle järgi võib diagnoosi määrata.
3. Selle täpsustamiseks on aga vajalik läbi viia haiguskolde mikroskoobiline uuring, mida teostatakse haavandi eritusega, otsides värvimata (pimevälja uuring) või värvitud preparaadis kahkjaid spirocheete.
4. Vanemates kolletes, kus mikroobide vähesuse või ka muudetud kuju tõttu osutub mikroskoobiline leid sageli negatiivseks, kasutatakse biopsiat selleks, et histoloogiliste muutuste alusel teha kindlaks süüfilisele iseloomulikke kostruktuuri muutusi.
5. Seroloogiline uurimine seisneb selles, et süüfilise-

kahtlasel isikul võetakse verd kubitaalveenist ja teostatakse sellega Wassermanni-, Saks-Vitebski- ja Kahni-nimelised uuringud (vereproovid). Ei tohi aga unustada, et nimetatud reaktsioonid ei ole iseloomulikud ainult süüfilisele, vaid baseeruvad peamiselt valkude (gammaglobuliinide) hulga suurenemisele vereseerumis ja sellepärast võivad osutada positiivseks ka teise seisundi puhul (reuma, suhkruhaigus, sarklakid, kõhutüüfus, malaaria, lagunev vähktõbi ja isegi raseduse viimased nädalad). Sellepärast hinnatakse seroloogiliste uuringute vastuseid ettevaatlikult, kasutades seda kui täiendavat diagnostilist vahendit.

Samuti ei tähenda negatiivne uuringu tulemus, et haige ei põe süüfilist. Nii on WaR esimesed 5 - 6 nädalat peale nakatumist haige veres veel negatiivne, kuigi haigus areneb juba täies hoos. Samuti võib vereproov muutuda negatiivseks kohe peale esimest ravikuuri, kuid see ei tähenda veel tervistumist ja ravi tuleb jätkata. Tähtis on ka, et patsient enne verevõtmist ei sööks vähemalt 3 tundi ja eelmisel päeval ei kasutaks alkoholi ega liiga rasvast toitu. Nende toimel muutub vereseerum häguseks ja teeb diagnoosimise raskeks või isegi võimatuks.

6. Üksikutel juhtudel tuleb süüfilise diagnoosi määramiseks rakendada abiks teistele vahenditele röntgenoskoopiat, eriti, kui tekib kahtlus gümma olemasolu kohta peaajus või kopsus, aordi süüfilisest tingitud laienemise või kaasandunud süüfilise kohta lastel. Röntgenipilt näitab neil lastel - süfiliitikutel luustumise häireid toruluudes ning võimaldab seega õiget ravi rakendada (ossifikatsioonijoon on lai kuni 2,0 cm /normis 0,5 cm/ ja sakiline).

7. Lõpuks, kui on ära kasutatud kõik diagnostilised vahendid, ilma et oleks õnnestunud välja selgitada süüfilise olemasolu, kliiniline pilt aga näitab siiski selle haiguse võimalust, rakendatakse nn. "prooviravi" (Therapia ex juvantibus). See tähendab, et haigele manustatakse spetsiifiline antisüfiliitiline ravikuur ning positiivse ravitulemuse alusel kinnitatakse süüfilise kahtlust. Patsiendi edaspidine ravi toimub siis juba selle diagnoosi põhjal.

## V p r a k t i k u m .

### SÜÜFILISE RAVI. ÜLDOSA.

Süüfilise ravi on sunduslik, ja haiged, kes ei allu arsti korraldusele ja patronaaziõe korduvatele meeldetuletustele, sunnitakse selleks miilitsaorganite või isegi prokuratuuri abil.

Antisüfiliitiline ravi võib olla spetsiifiline ja mitte-spetsiifiline.

A. Spetsiifiline ravi on suunatud haigusetekiataja, kahkja spiroheedi vastu kas otse surmavalt (bakteritsiidne toime) või kasvule takistavalt (bakteriostaatiline toime).

Bakteritsiidse toimega vahendid on arseen, [novarseenool ja müarsenool (või osarsool suu kaudu)] ja antibiootikumid (penitsilliin ja bitsilliin), mida manustatakse süstimise teel. Teised ravimid toimivad bakteriostaatiliselt (vismut, elavhõbeda soolad), ühtlasi tõstes organismi kaitsejõudu haiguse vastu. Jood, mida manustatakse enamasti suu kaudu (joodkaaliumilahus, sajodiintabletid) aitab veel resorbeerida haiguse toimele tekkinud infiltraate, mille tõttu seda manustatakse eriti süüfilise vanemates staadiumides (kolmandane süüfilis, siseelundite ja neuro-süüfilis). Spetsiifiline antisüfiliitiline ravi toimub nakkavate süüfilise vormide puhul haiglas, muldu dispanseeris teatud skeemide järgi. Rida süstimisi moodustavad ühe ravikuuri, millele järgneb vaheaeg selleks, et ravimid elimineeruksid organismist (peamiselt neerude kaudu). Ravikuuride arv oleneb süüfilise staadiumist, milles alustatakse ravimist, ning on seda suurem, mida kaugemale on arenenud haigusprotsess. Seega kujuneb süüfilise ravi pikaks ja tundub mõnikord patsiendile isegi otstarbetuna, kuna haiguse kliinilised nähud kaovad juba ravi alguses.

Raviefekt oleneb vaheaegade korrapärasusest nii üksikute süstimiste kui ka ravikuuride vahel. Kui need venivad liiga pikaks, kaob kõik eelmise ravi toime ja teeb tervistumise küsitavaks. Tähtis on samuti ka patsiendi käitumine ravi vältel. Keelatud on suguline kontakt, kuna see mitte ainult ohustab partnerit ja on karistatav, vaid mõjub kahjustavalt ka patsiendi enda tervisele. Teiseks tervistumisele kahjustavaks teguriks on alkoholi tarvitamine ja osaliselt ka suitsetamine, samuti liigväsivus, nii vaimne kui ka füüsiline, mille vältimiseks tuleks kinni pidada kindlast päevarežiimist.

Ravimite üldannus üksikute kuuride vältel oleneb patsiendi vanusest ja tema tervislikust üldseisundist. Näiteks aktiivse tuberkuloosiga või raskemate südamehäiretega süüfilishaige ravimisel tuleb loobuda arseeni manustamisest või raskete neeruhaiguste puhul vismuti ja elavhõbeda süstimisest. Arsti ülesandeks on peale haigele põhjaliku kliinilise ning laboratoorse uurimise teostamist otsustada, mis antud juhul ettenähtud raviskeemist välja jätta. Esinevad ka juhud, kus ravi algul igasugused vastunäidustused puuduvad, ravi vältel aga ilmuvad komplikatsoonid, mis sunnivad arsti muutma edaspidist ravi käiku. Nii võivad arseenpreparaatide süstimiste tulemusena tekkida kergemad või ka raskemad häired, mis signaliseerivad arstile, et antud haige raviga tuleb olla ettevaatlik. Kergemate komplikatsioonide hulka kuuluvad nõrkustunne, isegi minestus otse süstimise ajal (nn. nitroidsed kriisid), peavalu või kehatemperatuuri tõus süstimise päeval (arsenipalavik), nahapunetus ja sügelemine. Säärased nähud on mõõduva iseloomuga ja lubavad ravi jätkata. Raskemad nähud aga, nagu maksapõletik (Hepatitis), üldine nahapõletik (Erythrodermia) ja peaaajupõletik (Encephalitis haemorrhagica) nõuavad juba edaspidi arseeni raviskeemist väljajätmist.

- B. Enamusel süüfilise juhtudest piisab spetsiifilisest ravist selleks, et tervistuda. Üksikutel haigetel jääb WaR veres

püsivalt positiivseks, need on nn. seroresistentseid juhud, mille puhul rakendatakse mittespetsiifilist ravi. Selle ülesanne on ergutada, aktiveerida organismi kaitsejõudu, tõsta organismi reaktiivsust ja teha teda vastuvõtlikumaks spetsiifilisele ravile (süüfilise latentse staadiumis, närvi- ja siseelundite süüfilise puhul). Mittespetsiifiliste vahenditega rakendatakse vereülekannet, vanne, kvartskiliritust ja kurrortoteraapiat. Hästi mõjub ka palavikuravi (pyrotherapia), kusjuures kehatemperatuuri tõusu saavutatakse kas piima või väävlisüstimistega kui ka malaaria külgepookimisega, mida hiljem (peale 8 - 10 palavikuhoo põdemist) kupeeritakse kiiniinpreparaatidega. Peale niisugust mittespetsiifilist ravi manustatakse uuesti spetsiifilisi vahendeid ja saavutatakse siis enamasti soovitud raviefekt.

Peale süüfilise ravi lõpetamist järgneb järelkontroll-aeg, mis kestab 2 - 5 aastani, olenevalt süüfilise staadiumist, milles alustati ravi. Selle kontrollaja vältel külastab haige arsti 2 - 4 korda aastas kliinilisteks ja seroloogilisteks uurimisteks. Arvelt mahavõtmise toimub alles peale selle kontrollaja möödumist tingimusega, et selle aja vältel haigus ei kordu. Enne lõplikku arvelt kustutamist on vaja ära kuulata terapeudi ja neuroloogi arvamine ning haigel tuleb teostada seljaajuvedeliku uurimine, et lõplikult veenduda närvisüsteemi seisundis.

#### Süüfilise prognoos.

Süüfilise prognoos on seda parem, mida varem haigust diagnoositakse ning raviga alustatakse. On kindel, et praeguse teaduse juures on süüfilis täiesti väljaravitav. Selle tunnuseks on asjaolu, et üksikud patsiendid võivad korduvalt nakatuda süüfilisse, kusjuures haiguse kulg hakkab arenema jällegi esmasest haavandist (reinfectio). Uuesti nakatumine ja süüfilisse haigestumine on võimalik selle tõttu, et haigus ei jäta peale põdemist mingit immuniteti (nagu teised nakkushaigused - sarlakid, leetrid jne.).

Samuti puudub kaasasündinud immuunsus süüfilise vastu.

Süüfilise värskete vormide puhul on tervistumine täielik, vanemad vormid aga, nagu siseelundite ja hiline närvisüsteemi süüfilis, võivad järele jätta defekte ja osalist töövõime vähenemist (aorta laienemine, tabes dorsalis).

#### BAKTERISTAATILISED RAVIVAHENDID.

1. Kõige vanem ravivahend on elavhõbe (Hg), mida kasutatakse süüfilise raviks Euroopas juba üle 400 aasta. Elavhõbeda süstimine lihastesse rakendati 1864. a. ning verre süstimine 1894. a.

Käesoleval ajal manustatakse Hg salvina ja süstidena.

a) Elavhõbedasalv - Ung. Hydrargyri cinereum simplex (sisaldab 33 % elavhõbedat) - toimib kahel viisil: 1) auru- ja kopsude kaudu sissehingamise teel, ning 2) nahapooride kaudu resorptsiooni teel. Salvi hõõrutakse nahasse 6 päeva järjest à 4 g kordamööda üksikutesse kehaosadesse. Seitsemendal päeval järgneb vann ja pesu vahetus. Sääraseid tsükleid korratakse kuus korda, mis moodustab ühe ravikuuri.

b) Süstimiseks kasutatakse vees lahustuvaid ja mittelahustuvaid elavhõbeda sooli. Lahustuvate soolade eeliseks on nende kiire toime ja täpne doseerimise võimalus, puuduseks aga kiire eliminatsioon. Mittelahustuvate soolade eeliseks on nende toime püsivus ja puuduseks ebatäpne doseerimine.

Lahustuvaid Hg sooli kasutatakse 2 %-lise lahusega (lastel 1 %-line) süstimiseks nii veeni kui ka intramuskulaarselt 3 x nädalas à 1,0 ml pro dosi, kogu kuuriks 20 süstet. Lahustuvatest sooladest valitakse Hydrargyrum cyanatum, Hydrargyrum oxycyanatum või Hydrargyrum bichloratum corrosivi (Sublimatum).

Mittelahustuva Hg soolana kasutatakse Hydrargyrum salicylicum, mis suspendeerituna steriilses õlis kõlbab ainult intramuskulaarseks süstimiseks (sattudes veeni annab emboli!). Ravim manustatakse 10 %-lises kontsentratsioonis à 1,0 ml pro dosi igal 5-ndal päeval. Kuuriks on 12,0 - 15,0 ml suspensiooni.

Kontraindikatsioonideks elavhõbedapreparaatide manusta-

misel on suulimaskestade põletikulised protsessid, karioossed hambad ja neerude kahjustused.

Profülaktika on suu saneerimine ning uriini analüüsid kord nädalas ravi ajal.

Komplikatsioonid: ägedad stomatiidid ja gingiviidid ning nefropaatia. Tüsistuste puhul katkestatakse ajutiselt ravi elavhõbedaga kuni nende möödumiseni.

2. Teistest rasketest metallidest kasutatakse süüfilise raviks vismutit, mis vees ei lahustu ja selle tõttu manustatakse emulsioonina steriilses õlis ainult musklitesse. Süüfilise raviks võeti vismut kasutamisele alles 1920. a. Sagedamini on kasutamisel Bismoverolum ja Bijochinolum. Bismoverooli ordineeritakse 2 korda nädalas ä 1,5 ml pro dosi, kuuriks 20,0 ml preparaati.

Bijohhinool on segu vismutist, joodist ja kiniinist, mis on suspendeeritud steriilses õlis. Süstitakse lihastesse, arvestades 1,0 ml pro die, üheks kuuriks 40,0 - 50,0 ml bijohhinooli.

Kontraindikatsioonid ja profülaktika on samad kui Hg kasutamise puhul. Komplikatsioonid: stomatiit ja must vismutviirg hammaste ja igemete piiril ning samuti nefropaatia.

3. Joodil on peale bakteriostaatilise veel resorbeeriv toime süfiliitilistele infiltraatidele ja teda kasutatakse selle tõttu eriti süüfilise vanemate vormide raviks. Värskete vormide puhul, manustatuna ravikuuride vaheaegadel, on joodil profülaktiline väärtus infiltraatide tekkimise vastu. Joodipreparaatidest on tähtsamad naatrium või kaalium jodatum

Rp. Natrii jodati 10,0

Aquae destillatae ad 150,0

MDS 3 x päevas 1 supilusikatäis piimaga sisse võtta. Üheks kuuriks manustatakse 50,0 - 60,0 g natrii või kalii jodati.

Teine preparaat on Sajodinum tablettides ä 0,5 g, millest

võetakse 3 tabletti päevas kuu aja vältel. Joodi kasutamisel kontraindikatsiooniks on idüosünkraasia selle aine vastu. Komplikatsioonid, mis tekivad ravi ajal, nimetatakse jodismi-nähtudeks. Siia kuuluvad joodakne, (vinnid, mis tekivad nahal rasunäärmete kohtadel ja erinevad harilikest acne vulgaris'test selle poolest, et kaovad niipea, kui lõpeb joodi manustamine) ja limaskestade ärritus (pisarvool ja joodnohu).

Komplikatsioonide profülaktikaks soovitatakse joodpreparaate sisse võtta leelises miljõõs (soodalahuse, piima, boržomi või narsaaniga). Jodismi tekkimisel ei katkestata ravi, vaid vähendatakse annust või vahetatakse preparaat.

#### BAKTERITSIIDSED AINED.

Siia kuuluvad arseen ja antibiootikumid.

1. Arseeni kasutatakse süstimiseks süüfilise vastu alles 1910. aastast (Paul Ehrlich'i preparaat Salvarsaan). Kasutamisel on arsenobensoolühendid: Novarsenolum (veeni) ja Myarsenolum (lihastesse). Mõlemad on helekollased hügrooskoopilised pulbrid, mis tulevad müügile kinnistes õhukindlates ampullides, annustes: 0,15, 0,3, 0,5 ja 0,6 g. Mõlemaid preparaate süstitakse, arvestades 0,1 g pro die, kogu kuuriks värskeste süüfilise vormide puhul 5,0 - 5,5 ja hilisvormide puhul 3,5 - 4,5 g substantsi. Novarsenooli lahustatakse 5,0 ml bidestilleeritud vees (või Calcium chloratum'i 10 %-lises lahuses) ning süstitakse ex tempore aeglaselt veeni (õhu käes seisest oksüdeerub preparaat, muutub pruuniks ja toksiliseks).

Myarsenolum lahustatakse 2,0 ml bidestilleeritud vees (või kaltsiumglükonaadi 10 %-lises lahuses) ja süstitakse musklisse. Kolmas arseenpreparaat Osarsolum on palju nõrgem ja lubatakse manustada süüfilise raviks ainult viimaste kombineeritud kuuride koosseisus. Osarsolum on kollakas pulber, tuleb müügile tablettides ä 0,25 g ja tarvitatakse suu kaudu tsükliliselt (iga tsükkel kestab viis päeva, millele järgneb 3-päevane vaheaeg). Esimene tsükkel on sissejuhatav ja tõusvates annustes, nimelt:

- |    |        |   |          |          |      |            |
|----|--------|---|----------|----------|------|------------|
| 1. | päeval | 1 | tablett  | hommikul | enne | sööki      |
| 2. | "      | 2 | tabletti | 1        | "    | ja 1 õhtul |
| 3. | "      | 3 | "        | 2        | "    | ja 1 "     |
| 4. | "      | 4 | "        | 2        | "    | ja 2 "     |
| 5. | "      | 4 | "        | 2        | "    | ja 2 "     |

Sellele järgneb kolmepäevane vaheaeg. Teine ja järgnevad tsüklid on juba 4 tabletti ( s on 1,0 g ) osarsooli päevas. Kogu kuuri vältel peab haige saama 30,0 - 40,0 g osarsooli.

Arseenpreparaatide määramine haigetele võib toimuda ainult siis, kui selleks ei esine kontraindikatsioone ja nimelt: aktiivne kopsutuberkuloos, dekompenseeritud südamehäired, äge gastroenteriit, haavandtõbi, rasked endokriinsed häired, rasked siseorganite, (eriti maksa ja neerude) haigestumised, laialdased nahapõletikud, hemorraagiline diatees, rasked mittesüfiliitilised kesknärvisüsteemi haigused ja mittesüfiliitilised silmahaigused, samuti iduosünkraasia arseeni vastu.

Komplikatsioonid, mis võivad tekkida arseenravi käigus, on lühidalt juba mainitud eespool (vt. lk. 26). Kergemad neist, nitroidsed kriisid, palavik, neuriit, kerged nahahäired, Miliani erüteem (ravi üheksandal päeval) ja Herxheimer-Lukaševitši reaktsioon nõuavad ainult ajutist ravi katkestamist, raskemad aga, nagu hepatiit, erüthrodermia ja haemorraagiline entsefaliit on haige elule ohtlikud ja sunnivad meid edaspidi arseenist täielikult loobuma. Sel puhul asendame arseeni penitsilliinikuuridega. Lukaševitši-Herxheimeri reaktsioon esineb ainult värskete vormide puhul, kus organismis leidub massiliselt kahkjaid spiroheete ning bakteritsiidse aine esimene annus, kui ta on väga suur, vabastab hulgaliselt endotoksiine ning kutsub esile intoksikatsiooninähud. Siia hulka kuuluvad kõrge t<sup>o</sup> tõus, peavalud, okse ja kõhulahtisus. Selle tüsistuse vältimiseks alustatakse ravi süüfilise värskete vormide puhul arseeni ja penitsilliini väikeste annustega ja ainult edaspidi suurendatakse neid ettevaatlikult. Süüfilise hilisvormide puhul säärast reaktsiooni karta ei ole.

Arseenravi kombineeritakse vismut- või elavhõbedapreparaatidega nende le ettenähtud annustes.

## 2. Penitsilliin.

Penitsilliin kuulub antibiootikumide hulka. Kasutamisele tuleb tema naatrium- või kaaliumsool. Penitsilliin lahustub vees, kuid lahus pole stabiilne. Olles termolabiilne aine, säilib penitsilliin ainult temperatuuris alla 10<sup>o</sup>. Vesilahus süstitakse lihastesse ä 50 000 ühikut iga 3 tunni tagant (lastele iga 4 tunni tagant), mis on läbiviidav ainult stationaarsetes tingimustes ja sellepärast eelistatakse ambulatoorseks raviks dürantseid preparaate. Selleks lahustatakse penitsilliin 0,5 %-lises novokaiinilahuses või lisatakse juurde 2 % mesilase vaha. Need ained fikseerivad penitsilliini süstimise kohale 12-ks tunniks, mille tõttu ööpäevane annus manustatakse kahe süstina. Veel pikemat aega püsib penitsilliin organismis, kui seda segada patsiendi oma verega. (2 - 3 ml verd) ja süstida naha alla. Valmis dürantsed preparaadid on Novocillinum (novokaiini ja penitsilliini segu) ja Ekmonovocillinum (segu kahest antibiootikumist: Ecmolinum ja Penicillinum koos Novocainumiga). Mõlemaid preparaate süstitakse 2 x päevas ä 300 000 ühikut. Kontraindikatsiooniks penitsilliiniravile on selle preparaadi mittetaluvus. Antibiootikumid võivad esile kutsuda allergilisi reaktsioone, nagu nõgesetõbe, erüteeme, palavikku, raskematel juhtudel kandidomükoosi. Ettevaatlikult tuleb määrata antibiootikume vanematele inimestele, rasedatele, epileptikutele ja süüfilise vanemate staadiumide puhul. Neile tuleb ravi alustada väiksemate penitsilliiniannustega või määrata teisi, vähema aktiivsusega antibiootikume.

Penitsilliiniannused määratakse olenevalt süüfilise staadiumist ja patsiendi kehakaalust. Täiskasvanutele diagnoosiga Syphilis I seronegatiiva ja Syphilis III activa manustatakse 80 000 Ü penitsilliini 1 kilo kehakaalu kohta, mitte vähem kui 4 800 000 Ü üheks kuuriks. Syphilis I seropositiiva, Syphilis II recens ja raseduse puhul antakse 100 000 Ü kilo keha-

kaalu kohta, kuuriks vähemalt 6 000 000 Ü penitsilliini, Haiged süüfilise retsidiivses staadiumis peavad saama 120 000 Ü kilo kohta, mitte vähem kui 7 200 000 Ü penitsilliinikuuriks. Viimasel ajal on hakatud rohkem kasutamisele võtma ka teist antibiootikumi - Bicillinum III, mille tarvitamise instruksioon on raamatu lisas 4 lk.60.

#### SÜÜFILISE RAVI SKEEMID.

A. Täiskasvanutele. Senini kehtivaid raviskeeme, mis on kinnitatud NSVL Tervishoiuministeeriumi poolt ja rakendatud üleliiduliselt, võib muuta ainult individuaalselt, olenevalt haige tervislisest seisukorrast ja sellest tingitud vastunäidustustest. Üldine instruksioon on järgmine:

1. Isikutel, kes on olnud sugulises kontaktis süüfilishaigega nakkavas staadiumis (mitte rohkem kui 15 päeva tagasi), määratakse 1 penitsilliinikuur.
2. Syphilis I seronegativa puhul: 1 penitsilliinikuur (4 80 000 Ü kilo kohta) ja (ilma vaheajata) üks kombineeritud kuur (Novarsenolum 5,0 - 5,5 g + Bijochinololum 40,0 - 50,0 ml kuuriks). Järelkontrollaeg kestab 2 aastat, mille järel haige kustutatakse arvelt.
3. Syphilis I seropositiva puhul antakse: üks penitsilliinikuur 100 000 Ü kilo kohta ja 3 kombineeritud kuuri (mille vahe on 1 kuu). Järelkontroll 5 aastat.
4. Syphilis II recens puhul: kaks penitsilliinikuuri (100 000 Ü kilo kohta) ja 3 kombineeritud kuuri. Järelevalve 5 aastat.
5. Syphilis II recidiva puhul eristatakse 2 gruppi a) ravimata haiged ja b) ravitud haiged, kellel ravile vaatamata tekkis süüfilise retsidiiv;  
a) ravimata haiged saavad retsidiivi puhul 2 penitsilliinikuuri (4 120 000 Ü kilo kohta) ja 4 kombineeritud kuuri,

b) juba ravitud haiged saavad 2 penitsilliinikuuri samades annustes ja 5 kombineeritud kuuri. Järelevalve 5 aastat.

6. Syphilis III activa ravi alustatakse bijohhinooliga, millest antakse pool kuuri (25,0 ml) paralleelselt sajodiiiniga või Kaliumi jodatum per os, selle järel lülitatakse vahele penitsilliinikuur (ä 80 000 Ü kilo kohta), mille lõpetamise järel jätkatakse poolelijäänud bijohhinoolikuuri koos joodpreparaadiga suu kaudu. Sellele järgneb 1 kuu vaheaega.

Teine kuur - penitsilliin samades annustes, mille järel ilma vaheta Novarsenolum (kuuriks keskmiselt 4,0g)+ + Bijochinolum + joodpreparaat per os, vahe 1,5 kuud.

Kolmas kuur: kombineeritud kuur - Novarsenolum + 2% Sol. Hydrargyri cyanati. Vahe 1,5 kuud.

Neljäs kuur: Novarsenolum 4,0 + Bismoverolum 20,0. Vahe 1,5 kuud.

Viies kuur: Osarsolum 40,0 ja 10 % suspensioon Hydrarg. salicylici steriilses õlis. Järelevalve 5 aastat.

#### B. Süüfilise ravi lastel.

Raviks tarvitatakse samu ravipreparaate, kuid väiksemates annustes, vastavalt lapse vanusele:

1. Lastel kuni 6 kuud antakse 6 antisüfiliitilist kuuri, neist 1., 2., 3. ja 5. kuur ainult penitsilliin, 4. ja 6. kuur kombineeritud (Novarsenolum + Bijochinolum - 4. kuur, ja Novarsenolum + 1 % Sol. Hydrargyri cyanati - 6. kuur). Penitsilliin doseeritakse 30 000 Ü iga nelja tunni tagant, 180 000 Ü pro die. Üheks kuuriks mitte vähem kui 2 miljonit Ü penitsilliini.

Lukaševitš-Herxheimeri reaktsiooni vältimiseks alustatakse esimene kuur väikeste annustega (2 500 Ü pro dosi), pikkamööda tõstetakse annust ja ainult alates 9. ravipäevast antakse lapsele täisannus - 30 000 Ü penitsilliini pro dosi. Nov. või müarsenooli üksikannus on selles

vanuses 0,03 - 0,15, kuuriks 0,8 - 1,0 g. Bijohhinooldi kuuriks 8,0, Sol. Hydr. cyanati 1 % 6,0 - 8,0 ml.

Vahe üksikute penitsilliinikuuride vahel on 2 nädalat; 4. kuuri järel 1 kuu, 5. kuuri järel 3 nädalat.

2. Lastel vanusega 6 - 12 kuud antakse 6 kuuri, neist 1., 2., 3. ja 5. kuur penitsilliiniga, 4. ja 6. kombineeritud, kilo kehakaalu kohta antakse penitsilliini 400 000 Ü, kuuri kohta vähemalt 3 miljonit. Esimesel päeval alustatakse ettevaatlikult 4 5 000 Ü pro dosi (Herxheimeri reaktsiooni oht!) tõstetakse pikkamööda (10, 15, 20, 30 tuhat Ü pro dosi) ning alles alates 6. ravipäevast täisannus - 40 000 Ü pro dosi, pro die 240 000 Ü penitsilliini. Kombineeritud kuuriks:

Novarsenoli 1,0 - 1,25 g

Bijochinoli ja Hg - 10,0 g

Kuuride vahed samad.

3. Lapsed 1 - 5 aastani saavad samuti 6 kuuri, neist 4 penitsilliini ja 2 kombineeritud, kilo kohta ordineeritakse 300 000 Ü penitsilliini, kuuriks vähemalt 3 miljonit. Süstitakse iga 4 tunni tagant 50 000 Ü (algul vähem!) pro dosi, 300 000 Ü pro die.

4. Lapsed 5. - 15. aastani (Syphilis congenita tarda!) saavad 8 kuuri, neist 1., 2., 3., 5. ja 7. penitsilliiniga, 4., 6. ja 8. kombineeritud, 200 000 Ü kilo kohta penitsilliini, vähemalt 4 miljonit kuuriks.

Üksikannus: 5 - 10 aastani - 60 000 Ü

10 - 15 " - 70 000 Ü iga 4 tunni tagant.

Herxheimeri reaktsioon ei teki, kuna tegemist on hilisvormidega. Kombineeritud kuuriks ettenähtud annused:

Lapse vanus	Novarsenolum	Bijochinolum	1% Sol.Hydr. cyanati
1 - 3 a	1,5 - 2,0	12,0 - 15,0	12,0 - 15,0
3 - 5 a	2,0 - 2,5	15,0 - 20,0	15,0 - 20,0
5 - 10 a	2,5 - 3,0	20,0 - 25,0	17,0 - 20,0
10 - 15 a	3,0 - 3,5	25,0 - 30,0	20,0 - 30,0

5. Lapsi üle 15 a. ravitakse nagu Syphilis III aktiva täiskasvanutel.

#### C. Rasedate ravi.

1. Aktiivse süüfilisega rasedad saavad 3 kuuri, neist esimene: 100 000 Ü penitsilliini kilo kehakaalu kohta, mitte vähem kui 6 miljonit kuuriks (50 000 Ü iga 3 tunni tagant). Sellele järgneb vaheajata kombineeritud kuur (Novarsenoli 4,0 - 4,5 g + Bijochinoli 40,0). Vaheaeg 1 kuu.  
Teine: penitsilliinikuur (samades annustes), sellele järgneb bismoverool - 20,0. Vahe 1 kuu.  
Kolmas: ainult penitsilliinikuur.
2. Rasedad korduva tugevalt positiivse WaR-ga:  
1) penitsilliinikuur + bijohhinool,  
2) samuti,  
3) ainult penitsilliin (annused samad nagu punktis I).  
Kuuride vaheajad 1 kuu.
3. Juba arvelt mahavõetud rasedad (esimese raseduse ajal peale tervistumist). Ravitakse samuti nagu punktis 2 märgitud.

#### D. Siseelundite süüfilise ja neurosüüfilise ravi.

Nende süüfilise vormide ravi peab olema spetsiifiline, kuid ka sümptomaatiline. Tähtis on ka korralik elurežiim, vitaminoteraapia, füsioteraapia ja teised mittespetsiifilised vahendid. Kuna tegemist on enamikul juhtudel vanemate isikutega ja elule tähtsate organite haigestumisega, peab siin spetsiifiline ravi olema ettevaatlik ja rangelt individualiseeritud.

Mida värskem süüfilise staadium on ja mida noorem ning tervem on patsient, seda energilisemalt võib ravida.

Hilisvormide puhul alustatakse ravi joodiga ja alles siis lülitatakse sisse penitsilliin koos raskete metallide-

ga (sobib kolmandase süüfilise raviskeem). Eriti ettevaatlik tuleb siin olla arseeni manustamisega; raskete aorta- ja mak-sakahjustuste, silma- ja kuulmisenärvi põletiku puhul jäetak-se arseen üldse ravist välja. Silma- ja kuulmisenärvi haiges-tumise puhul ordineeritakse B<sub>1</sub>-vitamiini ja täiendavalt när-vus acusticus'e funktsiooni stimuleerimiseks strühniini. Mõ-lemad haigusvormid ravitakse vastavalt oftalmoloogi või oto-loogi kontrolli all. Täpsemalt on vistseraalsest ja neurosüü-filist ravi käsitletud A. J. Kartamõševi õpikus: "Кожные и венерические болезни", Медгиз 1954.

## VI p r a k t i k u m .

### A. GONORRŌA (Gonorrhoea).

#### 1. Gonorröatekitaja ja nakatamisvormid.

Gonorröa- ehk tripperitekitajaks on diplokokk, mil-le avastas 1879. a. Neisser, (Gonococcus Neisseri). Kokid on neeru- või kohvioakujulised, paigutuvad paarikaupa ning neid leidub gonorröahaige poolt eritatud mädas gruppides nii mä-darakkude seas kui ka nende vahel. Kuivanud mädaplekkides su-revad gonokokid umbes 1 tunni jooksul, toatemperatuuris ela-vad 2 - 3 päeva. Temperatuur üle 40° C surmab nad aga mõne tunni jooksul. Puhtas vees võivad gonokokid püsida eluvõimeli-sena (22° C juures) 10 - 14 tundi, seebivees aga ainult 2 tun-di. Kõige soodsama keskkonna leiavad gonokokid tripperihaige poolt kasutatud niiskes pesukäsna, püsidid seal eluvõimelis-tena 24 tundi. Gonorröatekitajaid loomadele pookida ei õnnes-tu, kuid süstides neid looma kõhukelmesse (peritoneumi) või liigestesse, võib esile kutsuda kõhukelmepõletiku ja üldise sepsise, samuti ka liigeste põletiku.

Nakatamine gonorröasse võib olla otsene, enamasti sugulise kontakti teel või kaudne, tripperihaige poolt infitseeritud esemete kaudu. Selles mõttes on ohtlik koos magamine tripperihaigega, pesu, pesukausside ja käsnade tarvitamine. Lastele on eriti kardetavad õnõud. Küllaldase puhtuse puudumisel võib mustade kätega kanda tripperimäda silmadesse, mille tagajärjel tekib gonorroiline silmapõletik (Gonoblenorrhoea), Säärane infitseerimise viis võib tekkida ka lapsel sündimise momendil, kui ema sünnitusteedes leidub gonokokke. Ravimata jäädes põhjustab see silma haigestumine pimedaks jäämist. Gonorröa profülaktika peab järelikult seisma kõigi nakatamisvõimaluste vältimises. Selleks on tarvilik:

1. Vältida alkoholi liigtarvitamist ja juhuslikke tutvusi, mille kaudu kõige sagedamini nakatatakse.
2. Pidades kinni kõigist sanitaarhügieenilistest nõuetest (puhtusepidamine, omaette voodi jne.).
3. Võimaliku infektsiooni puhul pöörduda viibimata profülaktilisse punkti.
4. NSV Liidus kehtiva määruse põhjal tilgutatakse igale vast-sündinule silmadesse 1 tilk pörgukivilahust gonoblenorröa ärahoidmiseks.

## 2. Gonorröa üldine kulg.

Sattunud limaskestadele, põhjustab gonokokk haigestumist. Gonorröa inkubatsiooniaeg on umbes 3 päeva, selle aja vältel levib gonokokk limaskestal ja tungib ka koe sügavusse, kutsudes seal esile põletikku. Vere ja lümfiteede kaudu võivad gonokokid sattuda teistesse organitesse, põhjustades ka nende haigestumist (liigeste põletik, südame sisekestapõletik jne.). Esimesed kliinilised nähud on ägedad, väljendudes mädavoolus ja valudes (meestel). Mõne nädala jooksul tekib osaline immuunsus - haigusnähud vähenevad, haigus muutub krooniliseks. Tekib teatav harjumus infektsiooniga ning põletikuline reaktsioon vaibub, kuid peale alkoholi ja teravate maitseainete tarvitamist, samuti peale sugühet võib hai-

gus uuesti ägeneda. Kaasasündinud immuunsust tripperi vastu ei esine, samuti ei jäta kord põetud ja väljaravitud gonorröa immuunsust, mille tõttu korduv nakatamine - infektsioon on võimalik.

Ajaliselt jagatakse gonorröa värskeks (akuutseks, ägedaks) ja krooniliseks, kui see on kestnud üle 2 kuu. Epidemioloogilisest küljest on krooniline gonorröa suure tähtsusega, kuna oma väheste kliiniliste nähtude tõttu jääb see haigusvorm patsiendi poolt sageli tähele panemata ja osutub nakkusallikaks partnerile.

Samal põhjusel on ohtlik gonorröa latentne ja asümptoomne (ilma kliiniliste nähtudeta) vorm. Mõlemate puhul puuduvad kliinilised haiguse sümptoomid, kuid limaskestalt võetud preparaadis võib leida gonokokke.

On olemas veel ka batsillidekandjad, s. o. isikud, kes ise on terved, kuid kannavad gonokokke ning võivad infitseerida teisi.

Gonorröa on sotsiaalse tähendusega, kuna pikaldane põletik ja komplikatsioonid, mis tekivad haiguse vältel, põhjustavad suguelundite deformatsioone, mis omalt poolt võib esile kutsuda sigimatust. Seepärast on energiline gonorröavastane võitlus ka võitlus rahva live eest.

Olenevalt erinevast anatoomilisest ehitusest kulgeb tripper erinevalt meestel, naistel ja lastel.

### 3. Gonorröa meestel.

Meestel haigestub gonorröasse kusiti (urethra). Teiselkolmandal päeval peale nakatumist tekib ureetra limaskesta punetus, turse ning hakkab erituma algul serooset läbipaistvat, hiljem aga mädast vedelikku. Kusiti turse tõttu muutub urineerimine raskeks ja valulikuks. Säärasel kujul pöördub haige harilikult arsti poole ja temal diagnoositakse (mäda ja uriini mikroskoobilise uuringu põhjal) ägedat gonorröalist kusitipõletikku (Urethritis gonorrhoeica acuta).

Meeste ureetra koosneb kahest osast: umbes 3/4 kogu kusiti pikkusest nimetatakse kusiti eesmiseks osaks, (pars an-

terior), ülejäänud 1/4 aga nimetatakse ureetra tagumiseks osaks (pars posterior). Nende vahel asetseb Sphincter urethrae, mis normaalselt takistab infektsiooni edasipääsu. Ebasoodsate tegurite tolmel aga laieneb protsess ka ureetra tagumisse ossa kuni kusepõieni. Säärased ebasoodsad tegurid on järgmised:

1. Suguühe haiguse põdemise ajal.
2. Alkoholi ja võrtsitatud toidu tarvitamine.
3. Füüsilised pingutused (sport, tants, raskuste tõstmine).

4. Ebaõige ravi, nagu liiga suurel hulgal ravimite süstimine kusitisse, mis viib infektsiooni edasi. Ureetra tagumise osa haigestumisel tunneb patsient valu urineerimise lõpul, vahel kaasub uriinile isegi verd. Selleks, et välja selgitada põletikulise protsessi ulatust, lastakse haiget urineerida kahte klaasi. Normaalne uriin on läbipaistev kollane vedelik. Mäda juuresolekul muutub uriin esimeses klaasis ujuvate mädatükkide ja niitide tõttu sogaseks, mis näitab kusiti eesmise osa haigestumist (Urethritis gonorrhoeica anterior). On ka teises klaasis uriin sogane, siis on põletikuline protsess üle läinud ka tagumisse ossa ja esineb Urethritis gonorrhoeica posterior. Õigeks diagnoosimiseks on vajalik minna arsti juurde urineerimata, et saaks mikroskoobiliseks uurimiseks mäda ureetrast ning vajaliku hulga uriini. Jääb äge tripper diagnoosimata ning ravimata või jäetakse alustatud ravi pooleli, muutub haigus krooniliseks. Äge põletik vaibub, lakkab mädavool ning haige arvab, et on tervistunud. Aeg-ajalt, peale võrtsitatud toidu ja alkoholi tarvitamist, samuti peale suguühet tekib protsessi ägestumine, mille tunnuseks on nn. "hommikune tilk", see on läbipaistev, kleepuv või mädatilk, mis tekib järgneval hommikul kusiti välise avause juures. Haiguse diagnoosimiseks on vaja uurida seda tilka.

Kroonilise ureetrapõletiku tagajärjel võivad meestel tekkida kusitis ahendid (striktuurid), mis põhjustavad urineerimise takistust: uriin väljub kitsa joana ning aeglaselt.

Nii kulgeb meestel gonorröa kliiniline pilt, kui haigus areneb ilma eriliste tüsistusteta.

#### 4. Gonorröa naistel.

- a) Kuna nakatamine toimub enamikul juhtudel suguühete teel, haigestub eeskätt emakakaela limaskest - tekib emakakaela gonorroiline põletik -Cervicitis gonorrhoeica. Selle tunnuseks on valgetevoolus, mida naised sageli jätavad tähele panemata, eriti aga siis, kui nendel juba enne nakatumist tripperisse mingil muul põhjusel esines valgetevoolus.
- b) Teiseks haigestumise kohaks on kusiti - urethritis gonorrhoeica. Naiste kusiti on lühike (ümbes 4 cm pikk) ja lai; selle tõttu peaaegu ei valmista põletikuline protsess valu ega urineerimistakistusi ning kulgeb haigele märkamatuks. Ainult üksikutel juhtudel, kui põletik on väga intensiivne, kaebab naine kerge kipitustunde või valulikkuse üle urineerimisel. Arstlikul läbivaatusel ilmneb kusiti punetus ning mädane eritus.
- c) Umbes 30 % haigetest levib infektsioon ka pärasoolele ning tekib pärasoole limaskesta gonorroiline põletik proctitis gonorrhoeica. Ka siin võivad subjektiivsed kaebused täiesti puududa, võib aga tekkida kerge kipitus ja sügelemine või valulikkus, kui pärasoole ümbruses tekivad lõhed.
- d) Lõpuks võivad gonokokid sattuda Bartoliini näärmetesse, mille tulemusena tekib nende näärmete gonorroiline põletik. Suurte häbememokkade tagumises osas tekib näärmete kohal valulik paistetuse, millest pigistades eritub gonokokke sisaldavat mäda (Bartholinitis gonorrhoeica).

Üldust selgub, et tripperi tunnused naistel on väga ebamäärased, eriti kui haigus on muutunud krooniliseks ja niigi vähesed nähud peaaegu vaibunud. Sellepärast on täiesti usutav ja võimalik, et haige põeb tripperit aastaid märkamata ja saab oma haigusest teada alles siis, kui meespartner

teda haiguseallikana üles annab ning arst teda põhjalikult uurib.

##### 5. Gonorröa lastel.

Poeglapsed haigestuvad gonorröasse harvem kui tüdrukud, kelle suguelundite anatoomiline ehitus võimaldab kergemini infitseerumist. Nakatumine toimub siin põhiliselt mittedisgulaarsel teel, tripperihaigega ühes voodis magamise või tripperi mädaga määratud esemete kaudu. Nii võivad osutada ohtlikuks must pesu, käterätik, käsnad ja õõnõud. Nakatumise tulemusena tekib kusitipõletik, tütarlastel aga haigestuvad mitu kohta: kusiti (uretriit), pärasool (proctiit), häbeme ja tupe limaskest (vulvovaginiit gonorrhöia), kus esinevad gonokokkidele eriti soodsad elutingimused. Ureetra ja pärasoole haigestumisel esinevad samad nähud nagu täiskasvanud naistelgi. Sel puhul kaebavad lapsed valulikkuse üle urineerimisel. Vulvovaginiidi tõttu punetavad ja paistetavad suured häbememokad ning vaginast eritub mäda. Pesul, eriti püksikestel võib leida mädaplekke.

Siin tuleb aga silmas pidada, et mitte iga vulvovaginiit ei ole tripperist tingitud: rida nakkushaigusi (sarlakid, difteeria, gripp jt.) võivad tütarlastel esile kutsuda samasuguseid põletikunähte ning ainult mikroskoop ja mõnikord külv võivad otsustada haiguse etioloogia üle. Haigestunud laps vajab voodirežiimi, et mitte jooksmise, hüppamise ja tantsimisega põhjustada haiguse levikut organismis.

Põhjalik ja kannatlik ravi ning täpne arsti korralduste täitmine kindlustab lapse täieliku tervistumise. Laste gonorröa profülaktika huvides on vajalik, et igal lapsel oleks omaette voodi, pesu, nõud, eriti õõnõud. Juba haigestunud lapsel tuleb puhtuse eest hoolitsemisel kaitsta lapse silmi infektsiooni ülekandmise eest. Lasteasutuses ei võeta lapsi vastu enne, kui nad on uuritud suguhaiguste (samuti nakkavate nahahaiguste) suhtes ja tunnistatud terveks. Samuti kuulub perioodilisele kontrollile lasteasutuste personal, kes ilma selleta võib osutada haiguseallikaks lastele.

## 6. Tüsistused gonorröa puhul.

Ebasoodsate tegurite toimel (vt. ülalpool) võib tripper anda nii üldisi kui ka paikseid komplikatsioone. Üldised komplikatsioonid tekivad sel puhul, kui haigusetekitaja või tema toksiinid vere- ja lümfiteede kaudu laiali kantakse kaugemal asetsevasse elundeisse. Haiguspilt on ühine nii meestel kui naistel. Kõige sagedamini tekivad südame sisekesta põletik (endocarditis) ning liigeste põletik (Arthritis gonorrhoeica). Endokardiidi puhul tekib haigel mitmesuguseid kaebusi südame poolt, liigesepõletik aga põhjustab turset ning valu enamasti ühes liigeses. Harvem esinevad üldkomplikatsioonina gonorröahaigel lihaste ja närvipõletikud (Myositis, et neuritis gonorrhoeica), mõnikord aga ka tsentraalse närvisüsteemi haigestumine - ajukelmepõletik (Meningitis gonorrhoeica) palaviku, peavalu ning kuklakangestusega. Sagedamini kui üldised komplikatsioonid esinevad tripperi puhul paiksed tüsistused, mis on tingitud gonorroidilise protsessi levikust alt üles - astendeerumisest. Siin tekivad juba erinevad vormid olenevalt patsiendi soost.

### Lokaalsed komplikatsioonid meestel:

- a) Meestel võib gonorroidiline põletik edasi levida ureetrast põide, mille tulemusena tekib kusepõiepõletik (Gystitis gonorrhoeica). Selle tunnused on sagenenud urineerimine, valu urineerimise lõpul ja mõnedel juhtudel vere ilmumine uriinis.
- b) Edasi võivad haigestuda ureetra lisakäigud (Paraurethritis gonorrhoeica). Subjektiivseid vaevusi see tüsistus haigele ei põhjusta, kuid on epidemiloolilisest küljest suure tähtsusega. Kõrvalkäikudesse sattunud gonokokid jäävad sageli ravimitele kättesaamatuks ja võivad aegajalt põhjustada partneri nakatamist.
- c) Sattunud meeste eesnäärmesse (prostata), kutsuvad gonokokid esile põletikku - Prostatitis gonorrhoeica. Kergemal juhul tekib ainult prostata suurenemine ja valu urineerimisel, raskemal juhul aga võib kogu nääre muutuda mädaseks

koldeks - abstsessiks, mis põhjustab juba üldhäireid (kehateperatuuri tõusu jt.). Abstsess võib avaneda kas pärasoolde või kusepõide. Kroonilise prostatiidi puhul on sisesekretoorse häirete tõttu kaasa haaratud ka kesknärvisüsteem. Patsiendil esineb ärritatavus või depressioon, enneaegne seemnepurse, mis on sageli verrega segatud.

- d) Edasi võivad haigestuda seemnepõiekesed (Vesiculitis gonorrhöica), mille tunnusena eespool mainitud haigusnähtudele lisandub veel võrkeha tunne ning valu pärasoollepiirkonnas, eriti roojamise ajal.
- e) Eriti suurte subjektiivsete vaevustega on seotud protsessi levimine munandimanustele, mis põhjustab epididümiidi teket (Epididymitis gonorrhöica). Haigestumine kutsub esile üldhäired: kehateperatuuri tõusu ja halba enesetunnet. Munandimanus (mõnikord ka mõlemad) paistetak ja valmistab patsiendile suurt valu, eriti raskendatud on käimine ja istumine. Selline haige on töövõimetu ja vajab voodirežiimi.

#### Gonorröa komplikatsioonid naistel.

- a) Ka naistel võib tripper ureetras üle minna kusepõide, kutsudes esile samasuguseid tsüstiidi kliinilisi nähte nagu meestelgi.
- b) Emakakaelast levib haiguse astsendeeriv protsess emakaõõne limaskestale - (Endometritis gonorrhöica), munajuhadele ning munasarjadele (Adnexitis gonorrhöica).

Gonorröa astsendeerimise puhul tekivad naishaigetel teravad valud kõhu allosas, menstruatsiooni korrapäratus (verejooksud väljaspool menstruatsioonitsükli ning kehateperatuuri tõus. Säärases raskes olukorras vajab haige voodirežiimi. Eriti soodustab tüsistuste tekkimist naistel menstruaatsioon. Arstlikul läbivaatusel ilmneb nende tüsistuste puhul kõhu allosas valulik paistetus ning mädane voolus tupest.

Põletikuliste protsesside tagajärjel tekivad nii meestel kui naistel liited suguelundite ja teiste organite vahel, deformatsioonid ja kortsumised, mille tulemuseks on steriilsus või naistel kalduvus emakaväliseks raseduseks.

## 7. Gonorröa diagnoosimine.

Tripperi diagnoosimist on võimalik läbi viia mitmel viisil:

- a) Mikroskoobiliselt teostatakse uurimist sel teel, et võetakse seroosset või mädist eritust haigestunud limaskestast, ning hõõrudes seda preparaadi klaasil laiali, kuivatatakse ning värvitakse. Sellele järgneb ägepreparaadi mikroskoobiline uurimine gonokokkide olemasolu kindlakstegemiseks. Selleks on vaja võtta preparaat meestel ureetrast, naistel ureetrast, emakakaelast ning pärasoolest ja tütarlastel ureetrast, vulvast ja vagiinast ning pärasoolest. Preparaadid värvitakse 1 %-lise metüleensinise lahusega ja Grami järgi (gonokokid on gram-negatiivsed). Kroonilise ureetriidi puhul, kus gonokokke esineb vähe ja sageli deformeeritud kujul, on vajalik otsida tekitajaid uriinis ujuvatest mädaniitidest. Selleks on vajalik, et haige enne arsti juurde tulekut ei urineeriks.
- b) Juhtudel, kus mikroskoobiline uuring osutub negatiivseks, on vajalik tripperikahtlasel isikul teostada külvi gonokokkide avastamiseks. Selleks võetakse samadest kohtadest uurimismaterjali ning külvatakse erilistele söötmetele.

### GONORRÖA RAVI. ÜLDRAVI.

Gonorröa ravi toimub kindlaksmääratud skeemide ja instruksioonide järgi, mis on kinnitatud NSV Liidu Tervishoiu-ministeeriumi poolt.

Üldravi viiakse läbi kolmel viisil: kemoteraapia, immu-noteraapia ning paikse ravi abil.

- a) Kemoteraapia all mõistetakse haiguse ravi medikamentidega, nagu penitsilliin ja sulfaniilamiidid. Ettenähtud annus värske (ägeda), ilma komplikatsioonideta gonorröa puhul on 300 000 ühikut penitsilliini üheks kuuriks. On tripper aga juba krooniliseks muutunud või kui on lisandunud komplikatsioonid (vaata ülalpool), siis tuleb penitsilliini hulka kahekordistada (600 000), raskematel juhtudel isegi rohkem.

Paralleelselt penitsilliiniga võtab haige sisse sulfanilamiide: valget streptotsiidi 3,0 g päevas 10-12 päeva vältel või norsulfasooli päeva jooksul 5,0 g, kusjuures kuur kestab 4 päeva (kokku 20,0 g). Ägeda ja ilma tüsistuseta gonorröa puhul tervistub haige harilikult ainult keemoterapia abil. Ravile järgneb aga põhjalik 3 kuud kestev kontrollaeg, mille järel patsiendi võib arvelt maha võtta.

- b) Immunoterapiat tuleb kasutada nendel juhtudel, kus haigus on muutunud krooniliseks või haigusele on lisandunud komplikatsioonid. Immunoterapia otstarbeks ja sihiks on tõsta organismi reaktiivsust, aktiveerida tema kaitsevõimet võitluses infektsiooniga. Selleks võib kasutada gonovaktsiini, steriliseeritud piima-, omavere süsteid ning prof. Bogomolezi seerumit.
- 1) Gonovaktsiini valmistatakse soojenduse teel surmatud gonokokkidest. Müügile tuleb vaktsiin ampullides ning seda süstitakse tõusvates annustes. Gonovaktsiin kutsub esile üldreaktsiooni palaviku näol.
  - 2) Steriliseeritud piima manustatakse samuti tõusvates annustes süstetena sihiga palaviku abil aktiveerida organismi.
  - 3) Juhtudel, kus on tegemist eriti ägedate komplikatsioonidega (tugevad valud, kehatemperatuuri tõus), viiakse immunoterapiat läbi autohemoterapiaga. Selleks otstarbeks võetakse verd patsiendi veenist ning süstitakse tuharasse (3,0 - 10,0 ml). Eriti sobiv ning patsientidele subjektiivseid kergendusi toov on autohemoterapia epididümiidi ning adneksiidi puhul.
  - 4) On aga gonorröahaigel tekkinud laialdased infiltraadid ning sellest ureetra kitsendused ning liited, kasutatakse prof. Bogomolezi seerumit, mis süstituna naha alla kutsub esile infiltraatide resorptsiooni (imendumise).

Arsti ülesanne on valida igale haigele sobiv ravimeetod ja iga haige on kohustatud alluma sunduslikule ravile.

c) Paikne ravi.

Ureetra ravi rakendatakse nagu immunoteraapiatki kroonilistel ja komplitseerunud gonorröajuhtudel, kus kemoteraapiast üksi on vähe.

- 1) Ureetra raviks kasutatakse loputusi leige veega, millele lisatakse kaaliumpermanganaati nõrgas kontsentratsioonis (1 osa kaaliumpermanganaati 10 000 osale veele).
- 2) Veel võib ureetrasse süstida erilise klaassüstlaga (prof. Tarnovsky süste) lahuseid, mis sisaldavad hõbeda sooli (põrgukivi 0,5 - 1 % -line lahus, 1 - 2 % -line protargol, 0,5 - 1 % -line albargin. Hõbedapreparaadid toimivad surmavalt gonokokkidele. Neid hoitakse 2 - 3 min. ureetras, mille järel lastakse välja.
- 3) Et põrgukivi toime oleks kestvam, võib preparaati segada koos kakaovõiga peeneks pulgaks, mis asetatakse ureetrasse. Seal sulab kakaovõi ning põrgukivi satub kontakti haigusetekitajatega. Alles järgmine urineerimine eemaldab selle ureetrast.
- 4) Meestel, kellel kroonilise tripperi tõttu tekivad ureetras kitsendused (striktuurid), viiakse ülepäeviti ureetrasse bužiid, mis, olles 10 minutiks asetatud kusitisse, kutsuvad esile vere juurdevoolu ja soodustavad sellega vana infiltraatide resorptsiooni. Veel parem toime on sellel menetlusel, kui lokaalsele bužeerimisele lisatakse immunoteraapia prof. Bogomoletsi seerumiga. Hüperemeia suurendamiseks võib bužeerimise ajal teostada massaaži.
- 5) Tugevate liidete puhul ureetras kasutatakse nn. dilataatoreid (laiendajaid). Nendega laiendatakse striktuure (avades dilataatoreid ureetras), tekivad rebendid ja striktuurid kaovad.

## Gonorröa ravi naistel.

Emakakaela gonorroilise põletiku puhul peitsitakse haigestunud kohta põrgukivilahusega või süstitakse lokaalselt penitsilliini. Pärasoole raviks tehakse loputusi kaaliumpermanganaadiga ning õöseks asetatakse pärasoolde küünlaid (suposiide), mis koosnevad kakaovõist ja põrgukivist või teisest hõbedapreparaatidest. (6 %-line Protargol jt.).

## Gonorröa ravi lastel.

Üldravina manustatakse lastele penitsilliini samades annustes nagu täiskasvanutelegi ning sulfaniilamiide annustes, mis vastavad lapse vanusele.

Paikse ravina on ette nähtud kaaliumpermanganaadi kuumad istevannid (40° C) ka kummeli või boorhappe lisandiga. Peale vannitamist tuleb nahk hoolikalt kuivatada ning puuderdata talgiga. Mingil tingimusel ei tohi selleks kasutada kartulijahu, nagu seda kodustes tingimustes armastatakse teha, kuna kartulijahu kutsub lagunedes esile naha ärritust. Vulvovaginitide ravi teostatakse ettevaatlikult. Peene pehme kummikaetri abil teostatakse loputusi desinfitseerivate lahustega. Ureetra ja pärasoole ravi toimub nagu täiskasvanutel.

Peale põhjaliku ravi lõpetamist peetakse tripperihaiget veel 3 - 6 kuud arvel, mille vältel toimub korduv tervise kontroll.

## B. TRIHHOMONOOS.

1. Tekitaja ja nakatumisviisid. Trihhomonoos on nakkushaigus, mille tekitajaks on loomne parasiit - *Trichomonas vaginalis* (avastatud 1837. a. Donne poolt). On teada mitu trihhomonaadide liiki: suguorganites, eriti tupes, elutseb *Trichomonas vaginalis*, sooltes - *Trichomonas intestinalis*, suus - *Trichomonas elongata* ning väljaheites - *Trichomonas faecalis*.

Trihhomonas on üherakuline organism, varustatud 3-5 viiburiga. Soodsam temperatuur tema kasvule on 32° - 38° C. Kui-

vas ning jahedas keskkonnas hävib parasiit kiiresti. Trihhomonaadid põhjustavad mitte ainult lokaalset põletikku, vaid häirivad kogu organismi: tekivad unetus, depressioon, kehveresus, kõhetus ja naistel sageli hüsteeria. Sattunud organismi, tungib trihhomonaad verre ning selle kaudu mitmesugustesse organitesse, eriti seroosõntesse. Elundites võivad parasiidid viibida kahjutute saprofüütidena, kuid võivad ka keskkonna mõjul muutuda patogeenseteks ning välja kutsuda põletikulisi protsesse. Trihhomonoos esineb sageli koos teiste mikroobidega, eriti gonokokkidega, mis tunduvalt raskendab nende diagnoosimist. Haigus kulgeb ägedal ja kroonilisel kujul.

Nakatamine trihhomonoosi toimub enamikul juhtudel sugulise kontakti teel, eriti meestel, kuid on võimalikud ka teised viisid.

Genitaalsel nakatamisel etendab suurt epidemioloogilist osa analoogiliselt gonorröale haiguse krooniline vorm väga väheste kliiniliste nähtudega, samuti trihhomonoosi latentne ja asümptoomne vorm (vt. peatükk "Gonorröa"). Peale selle on olemas ka trihhomoonase kandjad, kes ise ei haigestu, kuid osutuvad nakkusallikaks teistele.

Ekstragenitaalne nakatamine võib toimuda infitseeritud esemete kaudu.

Toiduained (piim ja teised produktid, mis sisaldavad trihhomoonast) võivad nakatada samuti maosooletrakti. Ülekandjate osa mängivad sageli putukad (tarakanid, eriti aga kärbsed). Nad söövad trihhomonaade sisaldavaid väljaheiteid ja infitseerivad nendega toiduaineid, eraldades elusaid parasitte.

Trihhomonoosi peltejärg on kindlaks tehtud ainult sugulise nakatamise puhul ja kestab keskmiselt 3 - 10 päeva. Põetud nakkushaigused, suured verekaotused ja sellele järgnev kehveresus nõrgestavad organismi ja lühendavad inkubatsiooniaega.

## 2. Trihhomonoos meestel.

Meeste trihhomonoosiga hakati tegelema alles hiljuti seoses naiste sagedaste nakatumistega trihhomonoosi. Meestel tabab parasiit kusiti limaskestast, kutsudes seal esile vaevusi, mis on väga sarnased gonorröale.

Ägeda protsessi puhul kaebab haige kipitus- või valutunde üle ureetras. Urineerimine muutub sagedaseks. Ureetrast eritub limane või sagedamini mädane voolus, värvilt kollakasvalge ning mõnikord isegi vahutav.

Niisuguste haigete uriin on esimeses klaasis sogane ning sisaldab mädaniite, teine uriinikvantum on aga selge. Kroonilise trihhomonoosi puhul need nähud vaibuvad ja on vaevalt märgatavad. Komplikatsioon meestel trihhomonoosi puhul esineb harvem kui gonoröahaigetel ja nende kulg on võrdlemisi loid. Haigestuda võivad kusepõis, eesnääre ja munandimanused. Subjektiivsed vaevused sarnanevad gonorroiliste tüsistuste omadele.

## 3. Trihhomonoos naistel.

Naiste hulgas, kes põevad suguorganite põletikke, on palju trihhomonoosihaigeid (üksikute autorite järgi, kes teostasid massilisi läbivaatusi, kõigub haigete % 10,5 - 37, lastel aga 1,5 vahel).

Naistel haigestuvad eeskätt suguosad, hiljem ka kusiti ja jämesool. Trihhomonaadidest põhjustatuna tekib häbeme- ja tupelimaskestapõletik (Vulvitis et colpitis), võivad haigestuda tupeesiku-näärmed (Bartholinitis) ja emakakaela limaskest (Cervicitis trichomonadica). Naiste suguosade haigestumise puhul tekib kipitus- ja sügelemistunne tupes ja rikkalik valgetevool, mis võib muutuda kollakas-rohekaks või veriseks, sageli ka vahutavaks. Suured häbememokad võivad tursuda, muutudes punaseks ning valulikuks.

Kusiti haigestumine väljendub kipitustundes ja valulikus urineerimisel, mis muutub sagedaseks. Jämesooles leiduvad trihhomonaadid endale soodsad elutingimused (vähe hapet).

Jämesoolepõletiku tagajärjel esinevad seedehäired (vedel liimane väljaheide, sagedased ja valulikud defekatsioonid).

Tüsistuste puhul haigestuvad ka kõrgemal asetsevad organid (astsendeeruv haigusprotsess). Säärasel viisil võivad tekkida tsüstiit, emaka sisekesta põletik (endometritis) ja adneksiit (Adnexitis trichomonadica) samasuguste haigusnähtudega kui gonorröa puhul (vt. vastav peatükk).

#### 4. Trihhomonoosi diagnoosimine ja ravi.

Haiguse diagnoosimine toimub:

- 1) anamneesi põhjal, millest sageli selgub, et uuritava isikul on olnud kontakt trihhomonoosi põdeva haigega;
- 2) mikroskoobiliselt, kusjuures otsitakse haigestunud organite eritises trihhomonaade. Uretriidi puhul saab uurimismaterjali ka uriinis ujuvatest mädaniitidest. Preparaati võib uurida värvituna või ka värvimata kujul, mis puhul on võimalik leida elusaid liikuvaid parasiite. Sel puhul on tähtis säilitada preparaati soojas ja uurida seda kohe peale materjali võtmist, kuna jahtudes ja kuivades hävivad trihhomonaadid kiiresti, muutuvad liikumatuks ja kaotavad oma tüüpilise kuju.

Trihhomonoosi raviks puuduvad meil veel otse spetsiifilised vahendid. Kõige paremad tulemused on senini andnud üks arseenpreparaatidest - osarsool (Osarsolum), mida manustatakse haigele nii suu kaudu kui ka paikseks raviks. Peale selle kasutatakse lokaalseks raviks vanne ja loputusi desinfitseerivate vahenditega (klooramiin, karbolhape, keedusool jne.), pintseldamist (plimhappega, põrgukivilahusega jne.), tampoonne ja küünlaid. Päris häid tulemusi annab ka peenendatud sibul ja küüslauk (fütontsüüdid), mida asetatakse vaginiidi puhul marlist valmistatud kotis paariks tunniks tuppe.

Trihhomonoos on täiesti ravitav haigus, kuid nõuab nii arstilt kui haigelt palju hoolt ja visadust.

Tähtis on viia ravi lõpuni ja uurida partnerit, et vältida taasnakatamist. Immuunsust haigus ei jäta, mille tõttu on võimalik uuesti nakatumine. Peale ravi lõpetamist toimub

järelekontroll veel 2 - 3 kuu vältel, et veenduda haige täielikus tervistumises.

#### 5. Trihhomonoosi profülaktika.

Trihhomonoosi vältimiseks tuleks läbi viia järgmised abinõud: 1) rangelt kinni pidada kõigist sanitaar-hügieenilistest nõuetest, nagu puhtus, omaette voodi ja tualetteseemed jne., 2) iga trihhomonoosi juhu avastamisel keelata haigele suguline vahekord ning võtta tema partner põhjalikule arstlikule uurimisele. Sellega hoiame ära haige korduvat nakatumist; 3) trihhomonoosiga haiged tuleb võtta ravile ning rakendada nende suhtes kõik dispanseersed abinõud nagu suguhaigustegi puhul (arvelevõtmine, haigusallikate avastamine, kontaktide uurimine jne.).

Viimasel ajal on suurenenud nõudmine eriteadlaste poolt, et trihhomonoosi tuleks võtta suguhaiguste nimekirja.

#### C. SUGUHAIGUSTE PROFÜLAKTIKA.

Suguhaiguste profülaktika või nende vältimine võib olla isiklik ja ühiskondlik.

1. Isiklik profülaktika seisneb selles, et a) vältida alkoholi liigtarvitamist ja juhuslikku suguühet, mis võivad põhjustada nakatumist. Samuti kasutatakse preservatiive, mis ei võimalda absoluutset kaitset, b) teine profülaktiline võte on esmaabi kasutamine. Isik, kes arvab, et tal on olnud võimalus end infitseerida suguhaigustega, peab kohe külastama nn. profülaktilist punkti esmaabi saamiseks. Profülaktilist esmaabi antakse kõikides veneroloogilistes raviasutustes, suuremates dispanserites, nagu Tallinnas, Tartus, Pärnus, Viljandis, isegi öösel. Esmaabi seisneb selles, et peale urineerimist ja välissuguosade sooja seebiveega ning desinfitseeriva vedelikuga pesemist hõõrutakse välissuguosadesse profülaktiliselt süüfilise ja pehme šankri vastu 33 %-list kalomelisalvi. Gonorröasse haigestumise ärahoidmiseks süstitakse ureetrasse 10 %-list pro-

targoolilahust (hõbedapreparaat), mida hoitakse 2 - 3 min. ja lastakse siis välja urineerida. Hiljem kontrollitakse abitarvitaja tervist korduvalt vähemalt kuu aja vältel.

Kiirabi tulemused olenevad punkti pöördumise ajast: kogemused on näidanud, et kui esmaabi osutada  $\frac{1}{2}$  tundi peale nakatamist, on haigestumise % 0. Kui abi on antud kuni 2 tundi peale infektsiooni, haigestub 1 %, 2 - 4 tunnini - 4 % ja 4 - 6 tunnini - 7 % abitarvitajatest.

2. Ühiskondliku profülaktika alla kuulub elanikkonna materiaalse heaolu parandamine ning hoolitsus ema ja lapse tervise eest, millele meie riigis osutatakse eriti suurt tähelepanu, edasi noorsoo õige ideoloogiline kui ka keheline kasvatamine, kasvatav sanitaarselgitustöö elanikkonna keskel ja lõpuks kõik eespool mainitud dispanseersed töömeetodid, mis kaitsevad terveid iskuid nakkuse eest.

#### LABORATOORSED TÖÖD JA PROTSEDUURID.

- A. Laboratoorsed tööd suguhaiguste alal viiakse läbi parallelselt vastava praktikumi teostamisega.

1. Süüfilise alal: Arutatakse uurimismaterjali võtmise meetodikat ja uuritakse spiroheete pimevälja abil (kakkja spiroheedi puudumisel kasutatakse selleks spirochaeta dentium'i). Vajaduse korral võib kasutada Burri meetodit. (Segades süfiliitilist materjali hiina tušiga, näeme mustal foonil kahvatuid värvimata spiroheete).
2. Gonorröa diagnoosimiseks võetakse haigetelt materjali, tehakse äigepreparaadid ning värvitakse 1 %-lise metüleensinise lahusega 1 min. ja Grami järgi (gonokokid gram-negatiivsed!).

Värvimine Grami järgi:

- 1) fikseeritud äigepreparaat värvitakse gentsiaanvioletilahusega karboolvees - 1 min;
- 2) ilma loputamata valatakse peale Lygoli lahus -  $\frac{1}{2}$  min,
- 3) dekoloreeritakse 96<sup>o</sup>-se alkoholiga  $\frac{1}{2}$  - 1 min,

- 4) pestakse destilleeritud veega,
- 5) järelvärvitakse 1 - 2 %-lise neutraalpunaselahusega (või Ziehli fuksiiniga 1:9) - 1 min.

3. Trihhomonoosi diagnoosimiseks võetakse haigelt materjali ja uuritakse natiivpreparaadis. (Materjal ei tohi jahtuda ega kuivada!).

B. Protseduurid teostatakse praktikumi käigus protseduuritoas. Üliõpilased tutvuvad intramuskulaarsete ja intravenoossete süstimiste, verevõtmise tehnikaga ja arstiriistade steriliseerimisega. (Kuiva tilga valmistamine on märgitud lisas 5, lk. 65). Seroloogiliste reaktsioonide (Wassermanni, Citocholi ja Kahni reaktsioonid) ja külvide (gonokokid ja trihhomonaadid) tulemustega tutvustatakse üliõpilasi valmismaterjali alusel.

#### LISA.

1. Registreerimisvorm nr. 281.
2. Registreerimisvorm nr. 58.
3. Süüfilise klassifikatsioon.
4. Juhend bitsilliin 3 kasutamise kohta.
5. Kuiva veretilga valmistamise meetodika.

**С С С Р**  
**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Здравоохран. уч. ф. № 281  
Утверждена Министерством здравоохранения СССР 16.VII.1954 г.

наименование лечебного учреждения \_\_\_\_\_

**ИЗВЕЩЕНИЕ**

о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, трахомы, рака или другого злокачественного новообразования

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_
2. Пол \_\_\_\_\_ 3. Возраст \_\_\_\_\_ 4. Дата обращения \_\_\_\_\_  
гол. месяц, число
5. Адрес больного: населенный пункт \_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_  
улица \_\_\_\_\_ дом № \_\_\_\_\_ кв. № \_\_\_\_\_
6. Городской житель, сельский житель (вписать) \_\_\_\_\_
7. Подробный диагноз\* \_\_\_\_\_
8. Подтвержден ли диагноз лабораторными исследованиями, данными рентгена, биопсии, эндоскопии, для туберкулезных больных указать наличие БК \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

### \* ИЗВЕЩЕНИЕ СОСТАВЛЯЕТСЯ НА СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1. Активный туберкулез органов дыхания (с указанием наличия БК).
2. Туберкулезный менингит.
3. Активный туберкулез костей и суставов (с указанием локализации).
4. Туберкулез кожи, в т. ч. волчанка.
5. Прочие формы активного туберкулеза.
6. Сифилис I, II—свежий, II—рецидивный, III—активный.
7. Сифилис врожденный ранний активный.
8. Все прочие формы сифилиса.
9. Гоноррея острая, хроническая.
10. Трихофития
11. Микроспория
12. Favus
13. Трахома I, II, III стадии
14. Рак
15. Саркома
16. Другие злокачественные новообразования

С указанием локализации и клинической группы

### ИНСТРУКТИВНЫЕ УКАЗАНИЯ

1. Извещение составляется врачом на каждого больного с впервые в жизни установленным диагнозом как городского, так и сельского жителя.
2. Извещение составляется в каждом лечебно-профилактическом учреждении как общем, так и специальной сети.
3. Не следует вписывать два диагноза, например: сифилис скрытый и сифилис висцеральный, туберкулез легких и туберкулез коленного сустава. Надо уточнить какой диагноз является доминирующим и указать только этот диагноз.
4. В случае обнаружения двух инфекций у одного и того же больного, например: гонорреи и трихомонадного заболевания, заполняется отдельно два извещения.

**KIIRTEATIS NAKKUSHAIGUSE, TOIDUMÜRGITUSE JA  
ÄGEDA ELUKUTSEALASE MÜRGITUSE KOHTA**

1. Diagnoos .....
2. Perekonna-, ees- ja isanimi .....
3. Mees, naine (alla kriipsutada) 4. Varus ..... 5. Aadress ..... linn  
..... tänav, maja nr. .... krt. nr. ....
6. Töökoha, õppekoha (lastele lasteasutuse) nimetus ja aadress .....
7. Haigestumise kuupäev ..... 8. Esmase pöördumise kuupäev  
(antud haiguse puhul) ..... 9. Hospitaliseerimise koht ja  
kuupäev (korralduse nr.) .....
10. Mürgituse puhul märkida, kus toimus mürgitus ja millega mürgitatud .....

11. Läbi viidud epideemiatorje algabnõud ja täiendavad andmed .....

12. SEJ-le esimese teate edastandimise kuupäev ja kellaag (telefoni teel jne.) .....

Teate edastandnud isiku perekonnanimi .....

Teate vastuvõtja isiku perekonnanimi .....

13. Teatise saatnud asutuse nimetus .....

Teatis registreeritud nr. .... all žurnaalis vorm nr. 60-ravi

14. Teate saatmise kuupäev ja kellaag .....

Teatise saatnud isiku allkiri .....

15. Teatise SEJ-sse saabumise kuupäev ja kellaag .....

Registreeritud nr. .... all SEJ žurnaalis.

Teatise vastu võtnud isiku allkiri .....

Koostatakse meditsiitaja poolt, kes avastab üksipuha mis olukorras nakkushaiguse, loidumürgituse, ägeda kutsesealse mürgituse või nende kahtluse korral, samuti diagnoosi muutmisele ming saadetakse kohaliku SEJ-le hiljemalt 12 tunni jooksul haige avastamise momendist.

Diagnoosi muutmised punktis 1. näidatakse uus diagnoos, selle kindlastegemise, kuupäev ja esialgne diagnoos.

L i s a 3 .

Registreerimiseks ettenähtud süüfilise klassifikatsioon.

1. Syphilis I seronegativa.
2. " I seropositiva.
3. " I latens.
4. Syphilis II recens.
5. " II latens.
6. " II recidiva.
7. Syphilis III activa.
8. Syphilis III latens.
9. Syphilis latens (süüfilis kuulub ka ignorata).
10. Syphilis congenita praecox.
11. " " tarda.
12. " " latens.
13. Varajane neurosüüfilis.
14. Tabes dorsalis.
15. Paralysis progressiva.
16. Syphilis visceralis.

## J u h e n d

arstidele bitsilliin 3 kasutamise kohta süüfilishaigetele.

1) Bitsilliin 3 on penitsilliini dürantne preparaat ja sisaldab võrdsetes annustes bensüülpenitsilliini kaaliumi või naatriumi kristalset soola, penitsilliin novokaini soola ja bitsilliini 1.

2) Bitsilliin 3 väljastatakse steriilse pulbrina, mis on ette nähtud intramuskulaarseks kasutamiseks. Segatud kolm penitsilliini soola on erineva lahustumisega vees, mis kindlustab erineva penitsilliini kontsentratsiooni veres ja kudedes. Juba esimestel tundidel peale bitsilliin 3 süstimist tekib kõrge kontsentratsioon veres ning püsib pikemat aega organismis terapeutilisel tasemel. Segatuna füsioloogilise lahusega või destilleeritud veega annab bitsilliin 3 püsiva suspensiooni, mis kergelt läbib süstimise nõela läbimõelduga 0,8 mm.

3) Bitsilliin 3 manustatakse ainult intramuskulaarselt, tingimata kahemomentse meetodiga. Lubamatu on preparaadi süstimine veeni.

4) Bitsilliin 3 on dürantne antibiootikum. Süstituna annuses 1 200 000 Ü püsib penitsilliini terapeutiline kontsentratsioon veres keskmiselt 4 - 6 päeva, 2 400 000 Ü süstimise järel 7 kuni 10 päeva.

Võrreldes bitsilliin 1-ga on bitsilliin 3 injektsioonid vähem valusad ja tavaliselt ei põhjusta temperatuuri tõusu, välja arvatud ägenemisreaktsioon, mis tekib ravi algul.

5) Kuuri annus arvestatakse välja haiguse staadiumis ja haige kehakaalu järgi:

preventiivravi ja esmase seronegatiivse süüfilise puhul antakse 80 000 Ü ühe kilo kehakaalu kohta, esmase seropositiivse ja teisese värskse süüfilise puhul - 100 000 Ü ja teisese retsidiivsüüfilise puhul - 120 000 Ü ühe kilo kehakaalu kohta.

6) Bitsilliin 3 ühe kuuri annus jagatakse üksikutesse injektsioonidesse: 1) a 1 200 000 ühikut igal viiendal päeval neljapäevase vaheajaga või 2) a 2 400 000 ü igal 8-ndal päeval seitsmepäevase vaheajaga.

Bitsilliin 3 ühekordne annus ei tohi ületada 2 400 000 ü, kusjuures ühekordne doos süstitakse kahes poolikus annuses eraldi kummassegi tuharasse.

7) Vaheajad üksikute kuuride vahel on:

1. ja 2. kuuri vahel 3 nädalat, järgnevate kuuride vahel 4 nädalat.

8) Bitsilliin 3 - kuuride arv on järgmine:

preventiivravi puhul - 1 kuur, esmase seronegatiivse süüfilise puhul 2 kuuri, esmase seropositiivse süüfilise puhul 3 kuuri, teise värskelt süüfilise puhul 4 kuuri, teisese retsidiivse süüfilise puhul 5 kuuri.

Märkus: Haiglast kirjutatakse haigeid välja alles peale teise bitsilliinikuuri lõpetamist.

9) Haigeid, kes põevad "teadmata" süüfilist või süüfilise hilisvormi, ravitakse teise retsidiiv-süüfilise raviskeemi järgi, kombineerides seda mittespetsiifilise teraapiaga juba alates esimesest ravikuurist. Haigetele, olenemata haiguse staadiumist, kelle seroreaktsioonide tiiter kolmanda bitsilliinikuuri järel jääb muutuseta, kombineeritakse edaspidine ravi samuti mittespetsiifilise teraapiaga.

10) Süüfilishaiged, staadiumile vaatamata, kelle seroreaktsioonid jäävad positiivseteks, peavad kuue kuu vältel peale ravi lõpetamist saama täiendavalt bitsilliini retsidiivse süüfilise annuste suuruses või harilikkude ravimeetoditega. Kuuride arv peab olema kolm, kombineerides neid mittespetsiifilise teraapiaga.

11) Ravimata haigetele seropositiivse latentse süüfilisega määratakse ägenemisreaktsiooni ärahoidmiseks enne bitsilliinikuuri kolm bijohinoolinjektsiooni a 3 ml iga kolme päeva tagant.

Haigetele, kes põevad kolmandat ja hilist kaasasündinud süüfilist ja kes on enne seda ravimata, antakse enne bitsil-

liiniravi  $\frac{1}{2}$  kuni 1 kuur vismutipreparaatidega.

12) Ravi bitsilliin 3-ga teostatakse haigetele, kes alaliselt elavad antud linnas, sihiga läbi viia pidevat diapanseerset järelevalvet.

13) Enne bitsilliiniravi alustamist peavad kõiki selleks määratud haigeid läbi vaatama terapeut, oftalmoloog ja neuropatoloog; enne süstimist mõõdetakse kehatemperatuuri ja vererõhku. Peale seda uuritakse vere morfoloogilist koosseisu ja seroreaktsioone WaR kvantitatiivse määramisega enne ravi ja peale selle lõpetamist.

#### Bitsilliin 3 süstimise meetodika.

Intramuskulaarseks süstimiseks viiakse igasse bitsilliiniampulli, mis sisaldab 1 200 000 Ü, 2,0 - 2,5 - 3,0 ml värskest valmistatud steriilset füsioloogilist lahust või värskest steriliseeritud destilleeritud vett.

Suspensioon segatakse hoolikalt, keerates ampulli 1 - 2 min. vältel peopesade vahel ja tõmmatakse süstlasse. Algul viiakse tuhara välisesse ülemisse kvadraati steriilselt süstlanõel läbimõelduga 0,8 mm, 60 mm pikk, siis tõmmatakse bitsilliini suspensiooni. Kui nõelast ei välju verd, asetatakse süstal nõela külge ning süstitakse aeglaselt bitsilliini. Vere ilmumine nõelast on tundemärgiks, et nõel on sattunud veresoonda. Sel puhul tõmmatakse nõel välja ning injektsioon peab toimuma teise kohta. Süstides tuleb vältida nõela sattumist infiltraati, mis on tekkinud eelmiste süstimiste tagajärjel. Pole soovitatav tõmmata verd süstlasse sihiga proovida, kas pole nõel sattunud veresoonda, kuna sel puhul võib toimuda nõela kõrvalenihkumine ning veresoone vigastamine.

Pestud süstalt ja nõela tuleb keeta mitte vähem kui 30 minutit. Nõelad keedetakse mandrääniga. Injektsioon peab toimuma aseptilistes tingimustes.

Süstimine katkestatakse viivitamatult, kui haigel tekib bitsilliini süstimise ajal halb enesetunne.

Korduv süstimine on keelatud nendele haigetele, kellel esimese injektsiooni puhul tekkisid ebatavalised reaktsioonid bitsilliinile.

Nõrgad haiged patsiendid vanusega üle 55 aasta, naised, kelle rasedus kestab üle 3 kuu, jäetakse dispanseris peale bitsilliini süstimist arsti järelevalve alla vähemalt kolmeks tunniks. Üksik annus neile ei tohi ületada 1 200 000 Ü (kummassegi tuharasse ä 600 000 Ü).

Injektsioone teostavad arstid statsionaaris. Mõõdetakse peale kahte esimest bitsilliini 3 injektsiooni haige kehatemperatuuri mitu korda päevas kahe päeva vältel.

Haigusloos märgitakse:

- a) Bitsilliin - 3 seeria number.
- b) Injektsiooni taluvus, valu suurus ja kestus.
- c) Palaviku reaktsiooni kestus.

Vastunäidustused bitsilliini 3 kasutamiseks.

Bitsilliini 3 ei tohi kasutada:

- 1) Haigetele, kes põevad bronhiaalastmat, nõgesetõbe, heinapalavikku ning teisi allergilisi seisundeid ja reaktsioone.
- 2) Haigetele, kes ei talu penitsilliini.
- 3) Haigetele, kel on kõrgendatud tundlikkus mitmesuguste ravimite vastu, nende hulgas antibiootikumide, sulfaniilamidide jt. vastu. See küsimus tuleb selgitada haige põhjaliku küsitluse teel.
- 4) Haigetele, kes põevad hüpertooniatõve rasket vormi, kes põdesid müekardi infarkti, sisesekretsiooninäärmete haigestumise või anomaaliate puhul, ägedate mao-sooletrakti haiguste puhul, aktiivse tuberkuloosi ja vereloome süsteemi haigestumise puhul.
- 5) Haigetele, kes põevad raskeid kesknärvisüsteemihaigusi (mitte süüfilise etioloogiaga).
- 6) Kahhektilistel haigetel.

Vältimatu abi bitsilliiniga ravi tüsistuste puhul.

Isegi kõige kergemate enesetundehäirete ilmnemisel (peapööritus, rõhumistunne ja valu rinnus, hingeldus, nõrkus, peavalu, higistamine) määratakse haigele viivitamatult:

- 1) range voodirežiim ning olenevalt haige seisundist

- 2) nuuskpiirituse sissehingamine,
- 3) 0,1 %-lise adrenaliini 1 ml või 5 %-lise efedriinilahuse 1 ml süstimine,
- 4) dimedrooli 0,05 (pulbris suu kaudu) või 1 ml 2 - 5 %-lise dimedroolilahuse süstimine,
- 5) kunstlik hingamine.

Rasketel juhtudel on vajalik 0,1 %-lise atrepiinilahuse 0,5 kuni 0,8 ml süstimine.

Haiged, kellel tekkisid ebatavalised reaktsioonid bitsilliinile, peavad jääma arsti pideva ja otsese järelevalve alla kuni reaktiivsete nähtude täieliku kadumiseni.

Tuleb silmas pidada, et säärastel haigetel võib enesetunne paraneda, kuid sellele võib järgneda raske tervislik seisukord.

Bitsilliini säilimisel ja transportimisel tuleb vältida kõrgemate temperatuuride (üle 20°) mõju preparaadile.

## Kuiva veretilga valmistamise meetodika.

Vastavalt NSVL Tervishoiuministeeriumi Ravi-Profülakti-  
lise Abi Peavalitsuse Ülema instruksioonile 11. detsembrist  
1954. a. seerumite kuivatamise ja saatmise kohta süüfilise  
serodiagnostikaks teatame järgmist:

1. Uuritaval isikul tuleb verd võtta söömata olekus. Verd ei  
tule võtta haigetel palavikuga ja peale alkohoolsete joo-  
kide tarvitamist.
2. Verd tuleb võtta täiskasvanutel 5 - 7 ml kubitaalveenist,  
imikutel 3 - 4 ml oimuveenist või kannalõike teel.
3. Veri võetakse suure valendikuga nõela abil süstlaga või  
ilma süstlata kuiva puhtasse katsutisse. Hemolüüsi välti-  
miseks peavad nõel ja süstal olema täiesti kuivad või lo-  
putatud steriilse füsioloogilise lahusega. Süstlast tuleb  
veri kallata katsutisse mööda selle seina ilma vahtu te-  
kitamata, nõela süstlast enne eraldades.
4. Katsuti verega suletakse vatist või marlist korgiga ja  
jäetakse 2 tunniks seisma toatemperatuuri juures. Selle  
aja jooksul tekkinud verekämp tuleb eraldada katsuti sei-  
nast leegis kuumutatud ja ärajahutatud traadiga, peenikese  
klaaspulgaga või katsuti kerge kloppimisega vastu peopesa.  
Katsuti verega asetatakse seejärel jahedasse kohta, kuid  
mitte jääle, kuni järgmise päevani. Verekämba kohale tõu-  
seb selge kollakas vedelik - vereseerum.
5. Kuiva süstlaga või pipetiga võetakse täpselt 1 ml seeru-  
mit ilma erütrotsüütidega segamata ja asetatakse kahekord-  
sele vahapaberile, tsellofaanile või kirjutuspaberile  
(8 x 10 cm) kahe tilgana, kumbki 0,5 ml.
6. Kuivatamiseks väljavalatud seerumile lisatakse silmapipe-  
tiga 3 tilka värskelt valmistatud 40 %-list söögisuhkru-  
lahust iga 0,5 ml seerumi peale. Tavalisel viisil kuiva-  
tatud seerumite puhul on tähele pandud, et 10 - 15 % po-

sitiivseid seerumeid (WaR) annab negatiivseid tulemusi. Sellele muutusele tuleb vaadata kui seerumi valgufraktsioonide osalisele denaturatsioonile, mis toimub seerumi kuivamisel. 40 %-lise söögisuhkrulahuse lisamine seerumile enne viimase kuivamist tingib seerumi valkude stabiliseerimist ja väldib nende denaturatsiooni.

7. Enne seerumi asetamist vahapaberile, tsellofaanile või paberile kirjutatakse sellele tavalise pliiatsiga haige perekonna- ja eesnimi, vere võtmise kuupäev ja kuivatatud seerumi hulk.
8. Seerumit tuleb kuivatada toatemperatuuris kuivas kohas, mis kaitstud kärbestest, tolmu ja päikesekiirte otsese toimega. Seerumeid ei tohi katta Petri kausikestega, klaaskuplitega, kuna nad takistavad ventilatsiooni ja seega ka kuivamist. Seerumeid ei tohi kuivatada kauem kui üks ööpäev.
9. Järgmisel päeval tuleb vahapaber või tsellofaan kuivanud seerumiga kokku keerata apteegipakendi kujuliselt.
10. Sellisel viisil pakitud seerumid pannakse ümbrisse ühes saattekirjaga, millele peab olema märgitud arvatav diagnoos või uurimise põhjus (näiteks "rase", "profülaktiline läbivaatus" jne.).
11. Samal päeval saata seerumid ära posti teel lähimasse laboratooriumi. Seerumi positiivsuse langus algab juba teisel päeval peale seerumi kuivamist. Mingil juhul ei tohi viivitada seerumi ärasaatmisega, kuna seerumi kõlblikkus uurimiseks ei ületa 5 päeva (arvestades tema valmistamise momendist) NSVL lõunarajoonides ja 10 päeva NSVL teistes osades.
12. Ei ole lubatud kuivtilgameetodi abil vassermanniseerida doonoreid.

## S I S U K O R D .

### E E S S Õ N A .

I p r a k t i k u m .	1. DISPANSERILINE TÖÖMEETOD . . . . . 4
	2. SUGUHAIGUSTE MÕISTE . . . . . 8
	3. SÜÜFILISETEKITAJA JA NAKATA- MISE VIISID . . . . . 8
	4. SÜÜFILISE ÜLDINE KULG . . . . . 9
II p r a k t i k u m .	1. ESMANE SÜÜFILIS . . . . . 10
	2. TEISENE SÜÜFILIS . . . . . 12
III p r a k t i k u m .	1. KOLMANDANE SÜÜFILIS . . . . . 15
	Süüfilis III tuberkuloosne vorm . . . . . 15
	Süüfilis III gummeosne vorm. 15
	2. KAASASÜNDINUD SÜÜFILIS . . . . . 16
	Loote süüfilis . . . . . 17
	Kaasasündinud varajane süü- filis . . . . . 17
	Kaasasündinud hiline süüfilis . . . . . 18
IV p r a k t i k u m .	1. NÄRVISÜSTEMI SÜÜFILIS . . . . . 20
	Varajane neurosüüfilis . . . . . 20
	Hilisneurosüüfilis . . . . . 21
	2. SISELUNDITE SÜÜFILIS . . . . . 22
	3. SÜÜFILISE DIAGNOOSIMINE. . . . . 23
V p r a k t i k u m .	SÜÜFILISE RAVI. ÜLDOSA . . . . . 25
	A. Spetsiifiline ravi . . . . . 25
	B. Mittespetsiifiline ravi . 26
	Süüfilise prognoos . . . . . 27
	BAKTERISTAATILISED RAVIVA- HENDID . . . . . 28
	1. Elavhõbe . . . . . 28
	2. Vismut . . . . . 29
	3. Jood . . . . . 29

BAKTERITSIIDSED AINED . . . . .	30
1. Arseen . . . . .	30
2. Penitsilliin . . . . .	32
SÜÜFILISE RAVI SKEEMID . . . . .	33
A. Täiskasvanutele . . . . .	33
B. Süüfilise ravi lastel . . . . .	34
C. Rasedate ravi . . . . .	36
D. Siseelundite süüfilise ja neurosüüfilise ravi . . . . .	36
VI p r a k t i k u m .	
A. GONORRÖA . . . . .	37
1. Gonorröatekitaja ja nakatamisvormid . . . . .	37
2. Gonorröa üldine kulg . . . . .	38
3. Gonorröa meestel . . . . .	39
4. Gonorröa naistel . . . . .	41
5. Gonorröa lastel . . . . .	42
6. Tüsitused gonorröa puhul . . . . .	43
7. Gonorröa diagnoosimine . . . . .	45
GONORRÖA RAVI . . . . .	45
a) Kemoterapia . . . . .	45
b) Immunoterapia . . . . .	46
c) Paikne ravi . . . . .	47
Gonorröa ravi naistel . . . . .	48
Gonorröa ravi lastel . . . . .	48
B. TRIHHOMOONOOS . . . . .	48
1. Tekitaja ja nakatumis- viisid . . . . .	48
2. Trihhomonoos meestel . . . . .	50
3. Trihhomonoos naistel . . . . .	50
4. Trihhomonoosi diagnoosi- mine ja ravi . . . . .	51
5. Trihhomonoosi profülak- tika . . . . .	52
C. SUGUHAIGUSTE PROFÜLAKTIKA . . . . .	52
LABORATOORSED TÖÖD JA PROTSE- DUURID . . . . .	53
LISA . . . . .	54



Hind 10 kop.

A-25294<sub>11</sub>

79160

TÜ RAAMATUKOGU



1 0300 00425384 7