

EESTI NSV TERVISHOJUMINISTEERIUM
ENSV NEUROLOOGIDE JA PSÜHNIAATRITE TEADUSLIK SELTS
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЭССР
НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО НЕВРОЛОГОВ И ПСИХИАТРОВ ЭССР

ENSV NEUROLOOGIDE JA PSÜHNIAATRITE
X VABARIIKLIK KONVERENTS

TALLINNAS, 20. JA 21. JAANUARIL 1961. A.

ETTEKANNETE TEESID

X РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
НЕВРОЛОГОВ И ПСИХИАТРОВ ЭССР

ТАЛЛИН, 20 и 21 ЯНВАРЯ 1961 г.

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

TALLINN 1961 ТАЛЛИН

A-235+2

EESTI NSV TERVISHOIUADMINISTEERIUM
ENSV NEUROLOOGIDE JA PSÜHHIAATRITE TEADUSLIK SELTS

ENSV NEUROLOOGIDE JA PSÜHHIAATRITE
X VABARIIKLIK KONVERENTS

TALLINNAS, 20. JA 21. JAANUARIL 1961. A.

ETTEKANNETE TEESID

TALLINN 1961

EKSTRAPÜRAMIDAALSETE SÜNDROOMIDE RAVIST STEREOTAKTILISTE OPERATSIOONIDEGA

Dotsent E. RAUDAM, R. PAIMRE ja E. HEINSOO

*Tartu Riikliku Ülikooli neuroloogiakateedrist ja Tartu Vabariikliku
Kliinilise Haigla neurokirurgiaosakonnast*

Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neurokirurgiaosa-
konnas kasutatakse parkinsonismi ja pallidaarsündroomi
ravimiseks alates 1959. a. maist kemopallidektoomiat ja
-talamektoomiat. Opereeriti 10 haiget kokku 11 korral, va-
nuses 20—65 aastat, haiguse kestusega 2—28 aastat.

Ravilt lahkus paranenuna 7, halvenenuna 1 haige. 2 hai-
get paranesid neuroloogiliselt, kuid surid hiljem kopsu-
põletikku.

Enne stereotaktilise seadeldise paigaldamist tehti hai-
gele pneumoentsefalograafia, et leida külgvatsakeste
asendi varal individuaalsed orientiirid trepanatsioonimul-
gulgu koha ja nõela asendi määramiseks.

Käsi puuriga tehti trepanatsioonimulk, kuhu kruviti TRÜ
õppetöökojas konstrueeritud stereotaktiline seadeldis.
Röntgenoloogilise kontrolli all viidi stereotaktilise seadel-
dise nõel globus pallidusse.

Järgmisel päeval süstiti haigele stereotaktilise nõela
kaudu 2%-list novokaiinilahust intratserebraalselt ja kont-
rolliti neuroloogilist leidu. Positiivse efekti olemasolul süs-
titi päev hiljem intratserebraalselt alkoholi 0,2—0,3 ml
ning jätkati alkoholi süstimist 2—3 päevaste vaheaega-
dega 2—3 nädala kestel. Kliinilise efekti puudumisel või
püramidaalsümptomatoloogia ilmnemisel korrigeeriti nõela
asendit.

Neuroloogiline paranemine avaldus rigiidsuse märgata-
vas vähenemises kemopallidektoomiale vastaspoolseis ja
mõningas vähenemises samapoolseis närimis- ning üla-
jäseme lihaseis, vähem alajäseme muskulatuuris. Rahu-
treemori amplituud vähenes, rütm harvenes suhteliselt

vähemal määral või jäi endiseks. Käimisel oli haige samm pikem, kaasliigutused paranesid.

Vaatamata meie vähestele kogemustele, tuleb kemo-pallidektoomiat pidada konservatiivsetest ravimeetoditest efektiivsemaks. Operatsiooni metoodika, näidustused ja vastunäidustused vajavad täpsemat väljatöötamist.

MÖNEDEST PATOLOOGILISTEST EKSTAATILISTEST SEISUNDITEST

*Meditsiinteaduste kandidaat S. KOPPEL
Tallinna Vabariiklikust Psühhoneuroloogiahaiglast*

ENSV suurima lahkusukoguduse liikmetel — baptistidel — esineb rida ekstaatilisi seisundeid. Ettekandes analüüsitakse kaht levinuimat nendest: «keeltega rääkimine» ja «ärkamine». Autori arvates tuleb mõlemaid seisundeid pidada patoloogilisteks.

Kliiniliste tunnuste poolest kujutab «keeltega rääkimine» enesest mitte mõne võõrkeele kõnelemist (kuigi sel puhul võib esineda ka üksikuid kõnelejale tuntud võõrkeelseid sõnu), vaid üksikute häälikute ja silpide, harva ka lihtsatest silpidest koosnevate sõnade kiiretempolist produtseerimist. Kuigi «keeltega rääkijad» oma kõnesid sageli «tõlkida» oskavad, ei oska nad reeglina anda igale produtseeritud häälikule, häälikuteühendile või sõnale konkreetset tõlget. «Keeltega rääkimisele» kaasub meeolelu ekstaatiline tõus ja mitmesugused stereotüüpilised liigutused, tõmbed lihastes, värisemine.

Patofüsioloogiliselt tuleb «keeltega rääkimist» pidada teises signaalsüsteemis toimuvaks reflektorseks tegevuseks, kusjuures see on kaootiline, suuremal või vähemal määral dissotsieerunud esimese signaalsüsteemi tööst ja sellega ka reaalsest tegelikkusest. Teise signaalsüsteemi tegevuse taset võib selle juures nii fülogeneetilises kui ontogeneetilises mõttes võrrelda primitiivse arenemisastmega. Refleksid kujunevad esmajoones mitte sisemiste vaid väliste (madalate) assotsiatsioonide printsiibil.

Tähtsaim ja paljude usklike edaspidisele saatusele suurt mõju avaldav baptistide ekstaatiline seisund on ärkamine. Reeglina esinevad teised seisundid inimestel, kes ärkamise on läbi elanud. Ärkamine on lühiajaline õnnetunne, mille esilekutsumiseks usklikele eelnevalt pika aja

vältel sisendatakse, et ta on patune. Patu vastandmõistena sisendatakse aga lunastamise ja andeksandmise kujutlusi. Ärkamisele vahetult eelneb tavaliselt avalik patukahetsus, mille toimel usklik patutunde emotsionaalselt väga sügavalt läbi elab, tavaliselt kisendab, nutab. See patutunne läheb äkki üle mõned minutid kestvaks ekstaatiliselt õnne-, patust vabanemise tundeks, mille kohta baptistide juhid ise väidavad: «Issand oli sinu juures». Nagu ka teisi ekstaatilisi seisundeid, esineb NSVL-s kaasajal ehtsaid ärkamisi vähe, mida tuleb seletada religiooni sotsiaalsete juurte purustamisega meie maal.

I. P. Pavlovi õpetuse alusel võib ärkamist seletada ajukoore nõrgestatud, ülepingutatud seisundiga, mille foonil toimuvad oma olemuselt haiguslikele lähedased protsessid. Ärkamise aluseks tuleb pidada ultraparadoksaalset faasi. I. P. Pavlovi arvates võib vastandlike talitluste omavahealise induktsiooni seadust ultraparadoksaalses faasis rakendada ka vastandlike kujutluste kohta, millistega seotud rakud moodustavad assotsieerunud paari. Ultraparadoksaalses faasis põhjustab teatava kujutluse ja sellega seotud emotsioonide tugev ärritamine vastupidiseid kujutlusi ja tundeid, viies ärritatud rakud piiriseaduse kohaselt pidurdusseisundisse. See pidurdusseisund tekitab vastastikuse induktsiooni seaduse järgi erutusseisundi rakkudes, mis ärritavatatega on vastandliku sisu alusel assotsieerunud.

On alust arvata, et ärkamine loob ajukoores patoloogilise dominandi, mis on aluseks rea teiste patoloogiliste ekstaasiseisundite tekkimisele.

VEE JA KLORIIDIDE AINEVAHETUSE HÄIRETEST AJUKOLJU TRAUMADE AKUUTSES STAADIUMIS

A. TIKK

Tartu Riikliku Ülikooli neuroloogiakateedrist

Ajukolju trauma akuutse staadiumi, eriti ajuturse, patogeneesis omistatakse suurt tähelepanu kudede ainevahetuse häiretele. Viimaste hulgas omavad olulist kohta vee ja mineraalide ainevahetuse nihked.

Käesolevas töös käsitletakse 61 ajukolju traumaga haige dünaamilise jälgimise tulemusi. Uuritavad haiged olid keedusoolavaesel dieedil ja dehüdreerimiseks ei kasutatud hüpertoonilist keedusoola lahust.

Kõige raskemad vee ja kloriidide ainevahetuse häired esinesid esimese haigusnädala lõpul, mis esines vee ja kloriidide retineerumine kudedesse. Retineeritud vee rohke eritumine neerude kaudu toimus teise haigusnädala vältel. Real raskematel haigetel täheldati vee ja kloriidide retensiooni organismis kahe esimese haigusnädala vältel ning nende väärtuste normaliseerumist alles 3.—4. nädalal.

Üheaegselt vee ja kloriidide eritumise dünaamikaga määrati real juhtudel ka vakat-hapniku näitajad, mis iseloomustavad kudede oksüdatsiooniprotsesside seisundit. Ilmnes kõigi nende näitajate tihe omavaheline seos ja paralleelne kulg.

Alati ei ole võimalik täheldada ilmset seost ainetevahetuse patoloogia raskuse ja trauma kliinilise raskuse vahel.

Süstemaatiline diureesi ja kloriidide eritumise jälgimine võimaldab lisaks muule ka otstarbekalt teostada ravi AKTH, kortisooni ja K-iooniga.

Sageli on harilikult rakendatavad diureetikumid (eufül-liin, fonuriit, urea jt.) raskete ajukolju vigastuste akuutses staadiumis olulise toimeta.

Mõnedel rasketel haigetel on võimalik AKTH ja kortisooni abil suurendada haiguse algperioodis esinevat madalat diureesi.

TŽEN-TZJUTERAAPIA KASUTAMISE KOGEMUSI

I. RUBINSTEIN

Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla neuroloogiaosakonnast

Alates 1957. aastast kasutatakse Nõukogude Liidus rea haiguste raviks tžen-tzjuteraapiat, s. o. ühte hiina klassikalise rahvameditsiini meetodit. Tžen-tzjuteraapia on reflektorse ravi meetod. Meetodi olemus põhineb hiina rahvameditsiini õpetusel kehakattedekudede ja siseelundite vastastikkudest suhetest.

Ettekandes antakse lühike ülevaade põletus- ja nõelravi meetodikast, mis koosneb kolmest põhimomendist — ärrituse kohast, ajamomendist ja ärrituse liigist.

Tžen-tzjuteraapia ei ole universaalne ravimeetod, kuid rea haiguste puhul on selle meetodiga saadud head ravi-efekti.

Tallinna Vabar. Psühhoneuroloogiahaigla neuroloogiaosakonnas raviti alates 1959. a. detsembrist 50 haiget mit-

mesuguste diagnoosidega. Ravi efektiivsuse analüüs näitab, et nõelravi meetod uue ravimeetodina annab küllaltki julgustavaid tulemusi rea haiguste — eriti väljendatud valusündroomiga perifeerse närvisüsteemi haiguste ja vasomotoor-allergiliste seisundite puhul.

INSULIINRAVI NÄIDUSTUSTEST JA TAKTIKAST SKISOFREENIAHAIGETEL

Dotsent J. SAARMA

Tartu Riikliku Ülikooli psühhiaatria ja kohtumediitsiini kateedrist

Insuliinravi on küll väga efektiivne, kuid mitte universaalne meetod skisofreenia ravimisel, mistõttu on oluline tema indikatsioonide täpsustamine. Vabariikliku Tartu Kliinilise Psühhoneuroloogilise Haigla viimaste aastate kogemus näitab, et skisofreeniahaigete neurofüsioloogiline uurimine võimaldab täpsemat prognoosi hindamist kui kliinilis-psühhopatoloogiline sündroom. Tuleb pidada vajalikuks neurofüsioloogiliste uurimismeetodite laialdasemat rakendamist psühhiaatrilistes haiglates.

Maksimaalse efekti annab insuliinravi ainult siis, kui ta on täisväärtuslik nii kvalitatiivselt kui ka kvantitatiivselt. Ainult küllaldase sügavusega hüpoglükeemilised koomad võimaldavad saavutada piisavat stimulatsiooni vegetatiivses talitluses. Koomade sügavuse hindamisel on oluliseks abimaterjaliks pulsi ja vererõhu süstemaatiline jälgimine.

Reaaljuhtudel tõstab insuliinravi efektiivsust tema kombineerimine elekterkonvulsiooniraviga. Ägeda alguse, eriti rahutuse ja hirmu esinemisel, on otstarbekas manustada insuliinkuuri alguses 2—3 elekterkonvulsiooni. Visalt taanduva stuporosse ja paranoilis-hallutsinatoorse sündroomi korral on soovitatav manustada peale 15—20 koomat 3—4 konvulsiooniseanssi.

Insuliinravi teostamisel tuleb vältida šablooni, milleks on vajalik raviarsti pidev aktiivne osavõtt raviprotseduuridest. Meie vabariigi psühhiaatria võrgu kaasaegne seisund võimaldab seda põhimõtet ellu viia.

ELEKTERKRAMPRAVI DITILIINIGA

I. PAULUS

Tallinna Vabariiklikust Psühhoneuroloogiahaiglast

Elekterkrampravi kasutamise üheks vastunäidustuseks on raskete tüsistuste, peamiselt luumurdude, tekke võimalus. Krambi, kui tüsistusi põhjustava kõrvaltoime, vältimiseks kasutatakse psühhiaatrias alates 1955. aastast ditiliini.

Tallinna Vabariiklikus Psühhoneuroloogiahaiglas rakendatakse ditiliini alates 1958. a. II poolest. Elekterkrampravi teostati koos ditiliiniga ainult neil juhtudel kus olid otsesed vastunäidustused elekterkrampraviks. Vastunäidustusteks olid: hüpertooniatõbi, kartsinoom, kahheksia, Basedovi tõbi, lülisamba deformatsioonid.

Töös on analüüsitud 21 naishaige ravitulemusi, neist 19 haiget preseniilse psühhooosi ja 2 reaktiivse psühhooosiga. Ditiliini süstiti 1,5—2,0 ml 1% lahü 15—25 sek. enne elektrivoolu lülitamist. Elektrivoolu kasutati tavalise doseeringuga (120—160 V 0,3—0,6 sek. vältel). Krambid esinesid kas väga nõrgalt või puudusid täielikult. Komplikatsioone ditiliini kasutamisest ühelgi juhul ei esinenud.

Remissioonid jagunesid: A-5, B-12, C-1, O-2. Ditiliini kasutamisel elekterkrampravi üldised omadused ei muutu. Hinnatav on võimalus rakendada elekterkrampravi neil juhtudel, mis jääksid ravimata somaatiliste vastunäidustuste tõttu.

TÄHELEPANEKUID DEPRESSIIVSE SÜNDROOMIGA HAIGETE RAVIST AMINASIINIGA

U. BREMS

Tallinna Vabariiklikust Psühhoneuroloogiahaiglast ja Jämejala Vabariiklikust Psühhoneuroloogiahaiglast

Aminasiini aastaid kestnud laialdane kasutamine psühhiaatrilistes raviasutustes lubab teha mõningaid järeldusi ta raviefektiivsusest mitmesuguste sündroomide puhul. Depressiivsete haigete juures on aminasiini kasutamine üldiselt tagasihoidlik.

Käesoleva töö eesmärgiks on selgitada, millise iseloomuga depressiooni korral võiks aminasiini kasutamine olla

näidustatud. Analüüsi valikuta 57 depressiivse sündroomiga haigusjuhtu 50 haigel (mehi 12, naisi 38).

Ainult aminasiini manustamise kõrval oli rakendatud ka kombineeritult elekterkrampravi või eelnevalt insuliinravi.

Haigusjuhtude kliinilis-psühhopatoloogiline analüüs lubab väita, et puhta depressiivse sündroomi puhul on aminasiin peaaegu efektitu. Mõningatel juhtudel täheldati isegi depressiivse sündroomi süvenemist.

Aminasiini efektiivsus osutus kõige paremaks, kui depressioonile kaasus hirm, kärsitus, unehäired, meelepetted. Esmajoones täheldati viimatimainitud sümptomide taandumist ning alles hiljem depressiooni aeglast kadumist.

Reaktiivse psühhoosi puhul, kui esines depressioon meelepetetega, osutus efektiivsemaks aminasiin kombineeritult elekterkrampraviga.

Insuliini kõrval osutub vajalikuks ja mõnikord isegi efektiivsemaks aminasiin skisofreeniahaigetel ja taandarengupsühhooside puhul.

PATOLOOGILISTEST VEREMUUTUSTEST AMINASIINRAVI KORRAL

E. ROSANOVA, O. SEMEVSKY ja E. UNTERA
Jämejala Vabariiklikust Psühhoneuroloogiahaiglast

Jämejala Vabariiklikus Psühhoneuroloogiahaiglas on aminasiinravi rakendatud alates 1958. a. Aminasiinravi toimel saavutati raviefekte nii akuutsetel haigusjuhtudel kui ka kroonilistel, kus teised ravimeetodid (insuliin, krampravi jt.) ei andnud positiivseid tulemusi. Aminasiinravi vältel on tekkinud mitmesuguseid patoloogilisi muutusi veres.

Käesolevas töös on uuritud 200 haiget, kes said pikemat aega aminasiini. Ravi vältel sedastatud muutustest olid sagedasemaks: settereaktsiooni tõus, eosinofiilia, leukotsütoos või leukopeenia, verehüübimisaja muutused ja positiivne Takata-Ara reaktsioon. Mainitud muutused olid intensiivsemad aminasiini parenteraalsel (muskliisesel) manustamisel.

On püütud täpsustada aminasiinravi katkestamise indikatsioone seoses ravi kestel tekkinud patoloogiliste muutustega veres. Patoloogiliste veremuutuste likvideerimiseks on rakendatud C-vitamiini, kaltsiumi, glükoosi, dimedrooli, diasoliini, pernoviini, suprastiini jt. vahendeid.

TÄHELEPANEKUID PSÜHHOGEENIA JA SKISOFREENIA SEOSEST NING DIFERENTSIAALDIAGNOSTIKAST

M. VÄRK

Vabariiklikust Tartu Kliinilisest Psühhoneuroloogilisest Haiglast

Eksogeensete faktorite (sealhulgas psühhogeenia) osa skisofreenia geneesis hinnatakse vastukäivalt. Psühhogeensete faktorite tähtsust on rõhutanud Sereiski, Rohlin, Burmistrova, Tšapurin, Mentešašvili jt. Jälgides vastavat haigematerjali Vabariiklikus Tartu Kliinilises Psühhoneuroloogilises Haiglas alates 1954 aastast, on autori poolt teostatud mõningaid tähelepanekuid psühhogeenia ja skisofreenia seose ning diferentsiaaldiagnostiliste kriteeriumide kohta.

Arvestades reaktiivselt alanud skisofreeniajuhtude suhteliselt väikest arvu, ei saa psühhogeeniat skisofreenia etiopatogeneesis pidada määravaks faktoriks. Real juhtudel ilmnes aga skisofreenia tihe seos psühhogeeniaga. Seejuures oli haigusprotsess kas algusest peale skisofreenise pildiva, paralleelselt nii psühhogeense kui skisofreenise sümptomaatikaga või algas haigus psühhogeense sümptomaatikaga, millele alles aegapidi lisandusid skisofreenised sümptoomid.

Samuti on täheldatud skisofreenise protsessi eksatserbatsiooni või retsidiivide teket seoses psüühiliste traumadega.

Leidub autoreid (Glaus, Burmistrova jt.), kes peavad võimalikuks diferentsida skisofreeniseid reaktsioone skisofreeniast. Vaadeldud materjalil leidunud skisofreenise reaktsioonina diagnoositud üksikjuhud osutusid aga katamnestiliselt skisofreeniaks.

Diferentsiaaldiagnostiliselt selgus järgmist: psühhogeense sümptomaatika esinemine ei ole küllaldaseks kriteeriumiks skisofreenia väljalülitamisele. Oluline ei ole mitte niivõrd psühhoreaktiivse elemendi olemasolu või puudumine, kuivõrd vahekord psühhogeensete elamuste ja haige reaktiivsuse adekvaatsuseastme vahel. Autori poolt teostatud kõrgema närvitalitluse eksperimentaalseid uurinuid (assotsiatsioonikatse, motoorse refleksi meetodika) tuleb hinnata kui diagnostilist abivahendit.

ALKOHOLISM JA SKISOFREENIA

K. ARU

Vabariiklikust Tartu Kliinilisest Psühhoneurooloogilisest Haiglast

Käesoleva kliinilis-statistilise töö eesmärgiks on uurida: 1) alkoholismi mõju skisofreenia sümptomaatikale ja kulule, 2) alkoholismi osatähtsust skisofreenia retsidiivide vallandumisel, 3) sekundaarset alkoholismi skisofreeniahaigetel.

Vabariikliku Tartu Kliinilise Psühhoneurooloogilise Haigla skisofreeniahaigete haiguslugude analüüs näitab, et alkoholism on üheks soodustavaks eksogeenseks faktoriks skisofreenia vallandumisel. Alkoholism muudab sageli skisofreenia sümptomaatikat, eriti ägedas faasis, mistõttu mõnikord esialgselt püstitatakse ekslik alkohoolse psühhooosi diagnoos. Tänapäeval saavutatakse aminasiiniga alkohoolsete psühhoooside kiire tervistumine, skisofreeniajuhtudel aga andis aminaasiini manustamine ainult seisundi paranemise ja osutus seega diferentsiaaldiagnostiliseks abivahendiks.

Alkoholismi baasil vallanduv skisofreenia evib mõningat alkoholismile omast sümptomaatikat. Skisofreeniale iseloomulike mõtlemishäirete, suhtumis- ja mõjutusluulu ees prevaleerub kiivusluul. Emotsionaalne lamenumine esineb juba skisofreenia algfaasis, sageli kaasuva kerge eufooriaga.

Alkoholism põhjustab skisofreenia retsidiivide vallandumist ka pikemat aega kestnud heade remissioonide (A ja B) korral. Retsidiivid vallanduvad nii lühema- kui ka pikemaajalise alkoholi tarvitamise järgi, ilma et kliiniliselt saaks tõestada kroonilist alkoholismi abstinentsisündroomiga. Retsidiivid kulgevad mõnel juhul esialgselt ebatüüpilise sümptomaatikaga (manikaalne ja delirioosne sündroom).

Kroonilistel skisofreeniahaigetel esineb mõnikord sekundaarne alkoholism. Sellised haiged kasutavad alkoholi süstemaatiliselt luulu või meelepetete tõttu, püüdes alkoholi abil oma haiguslikke elamusi kõrvaldada.

ALKOHOOLSETEST PSÜHHOOSIDEST JA NENDE RAVIST

L. TULMIN

Vabariiklikust Tartu Kliinilisest Psühhoneuroloogilisest Haiglast

Analüüsi Vabariiklikus Tartu Kliinilises Psühhoneuroloogilises haiglas 1940. a. kuni 1. okt. 1960. a. ravil viibinud 217 alkohoolse psühhooisiga haigusjuhtu. Diagnooside järgi jagunesid haiged järgmiselt: delirium tremens — 92, akuutne alkohoolne hallutsinoos — 75, krooniline alkohoolne hallutsinoos — 37, alkohoolne paranoid — 8, Korsakovi psühhoois — 3, alkohoolne dementsus — 1, Wernicke entsefaliit — 1.

Materjalist nähtub, et alkohoolsed psühhooisid moodustavad hospitaliseeritud haigete arvust 1,3 — 2,5%. Aastatel 1952.—1958. tõusis alkohoolsete psühhooiside arv (1952. — 13, 1956. — 14, 1957. — 18, 1958. a. — 23); järgnevatel aastatel hakkas uuesti langema (1959. a. — 15, kuni 1. okt. 1960. a. — 12). 1940.—1945. aastani prevaleerusid psühhooisidest deliiriumid, viimastel aastatel aga akuutsed ja kroonilised hallutsinoosid.

Uuritud materjalist nähtub, et alkohoolsete psühhooiside vallandumist soodustavad järgmised faktorid: varem läbi tehtud ajukolju traumad (50—60%), akuutsed ja kroonilised infektsioonihaigused, seedetrakti-, maksa- ja südamehaigused, aju arterioskleroos ja psüühilised traumad.

Alkohoolse deliiriumi tekkimise eel täheldati enamikul juhtudel suurte alkoholiannuste (0,5—1,5 liitrit päevas) tarvitamist lühema aja jooksul, kusjuures sageli kasutati puskarit, tehnilist piiritust jms. Enamik alkohoolse deliiriumiga haigeid tarvitasid alkoholi periooditi: lühike, kuid intensiivne alkoholi tarvitamine vaheldus paarinädalaste kuni kuuliste alkoholivabade perioodidega.

Akuutsele ja kroonilisele hallutsinoosile eelnes pikemaajaline, isegi aastaid kestnud süstemaatiline alkoholi tarvitamine, kusjuures alkoholi päevased annused enamasti ei ületanud 200—300 gr. Üksikutel kordadel vallandus alkohoolse hallutsinoosi retsidiiv ilma eelneva alkoholi kasutamiseta.

Alkohoolsete psühhooiside ravimeetodid on pidevalt täiustunud. Aastatel 1940—1945 rakendati psühhomotoorse rahutuse, meeletpetete ja abstinentsi kupeerimiseks insuliini väikestes annustes ja uinuteid (luminaali, veronaali, paral-

dehüüdi), saavutades alkohoolse deliiriumi tervistumise 4—12 ja akuutse hallutsinoosi tervistumise 20—30 päevaga. Järgnevalt hakati kasutama elekterkrampravi, mis tõstis akuutsete hallutsinooside raviefektiivsust. Kroonilised hallutsinoosid paranesid osaliselt või jäid muutusetu. 1952. a. alates rakendatakse desintoksikatsiooni soodustavat ja üldtugevdavat ravi (väävelhapumagneesiumi süsted glükoosiga, C ja B₁ vitamiinid, hapniku nahaalused süsted) ning pikemaids insuliinravi kuure.

Alkohoolsete psühhooside kompleksravis üheks efektiivsemaks vahendiks on fenotasiinpreparaadid, mida kasutatakse 1956. a. lõpust alates. Kõikidel juhtudel manustati aminasiini, üksikutel kordadel kombinatsioonis largactili'ga. Kõik alkohoolse deliiriumiga haiged tervenesis 1—3 päevaga. Paljudel kordadel kadusid meelepetted juba kahekordse aminasiini manustamise järgi. Akuutsed alkohoolsed hallutsinoosid tervenesis või paranesid 4—5 päevaga, harva kulus selleks 10—17 päeva. Kroonilised hallutsinoosid reageerisid ravile halvemini, kusjuures üksikutel juhtudel jäi ravi efektituks.

VERESEERUMI JA SELJAAJUVEDELIKU VALKUDE ELEKTROFOREETILINE UURIMINE SKISOFREENIAHAIGETEL

S. PARMASTO

Tallinna Vabariiklikust Psühhoneuroloogiahaiglast

Uuriti paralleelselt vereseerumi ja seljaajuvedeliku valke paber-elektroforeesi meetodiga 24 haigel. Neist 15 olid skisofreeniahaiged, ülejäänud 9 muude neuropsüühiliste haigestumistega. Skisofreeniahaigetel oli akuutse, hiljuti alanud haigestumisega 5, kroonilisi ägenemisperioodis 2, aastaid psühhootilises seisundis 8.

Kõikidel uuritud skisofreeniahaigetel oli albumiinide hulk vereseerumis tunduvalt vähenenud ja moodustas keskmiselt $38,4 \pm 1,3\%$. Kõikide globuliinifraktsioonide sisaldus oli suurenenud, kusjuures α_2 -globuliini suuremine oli ühtlasem. Üksikutel juhtudel esines silmatorkavalt suur α_1 — ja γ -globuliini hulga tõus.

Koefitsientide $\frac{A}{g}$ ja $\frac{A}{\alpha_2}$ väärtused olid madalad, suhteliselt madal oli ka $\frac{A}{\gamma}$.

Lihtne meetod seljaajuvedeliku valkude kontsentreeri-

miseks paber-elektroforeesi jaoks on dialüüs vastu destilleeritud vett sellele järgneva tsellofaankoti tuulutamisega, milles asub dialüüsitud seljaajuvedelik.

Antud meetodi puhul on valgu kadu 30—40%, mis jaotub ühtlaselt fraktsioonide vahel.

Kõikide uuritud skisofreeniahaigete seljaajuvedelikus esines prealbumiin. Haiguse akuutsel perioodil oli selle sisaldus tunduvalt kõrgeenenud — kuni 9,6%. Albumiinide hulk oli kõikidel juhtudel vähenenud, parallelism vereseerumi albumiinidesisalduse muutustega puudus. α_1 -globuliini hulk oli enamikul juhtudel mõõdukalt tõusnud. Üksikutel juhtudel oli kõrgeenenud γ -globuliini sisaldus.

Vereseerumi valgufraktsioonide muutustest on kirjanduses tehtud järeldusi haigusliku protsessi aktiivsuse ja organismi kaitsemehhanismide seisundi kohta.

Uuritud skisofreeniahaigete vereseerumis esinevad valgufraktsioonide muutused viitavad sellele, et kuigi haige on aastaid olnud kroonilises psühhootilises seisundis, võib protsess olla aktiivse iseloomuga ja kaitsemehhanismide mobiliseerimine on veel võimalik. On vajalik neid küsimusi lähemalt selgitada, kuna see on oluline aastaid kestnud protsessi prognostilisel hindamisel ja raviefekti taotlemisel.

Vereseerumi ja seljaajuvedeliku valgufraktsioonide paralleelne uurimine lubab teha mõningaid järeldusi hematosefaalse barjääri seisundi ja γ -globuliini päritolu kohta seljaajuvedelikus.

Teesides on toodud tulemused ainult skisofreeniahaigete kohta, kuna teised haigusvormid olid esindatud üksikjuhtudega.

Kontrollkatsete tulemused praktiliselt tervete inimeste vereseerumiga ühtivad kirjanduse andmetega.

MÕNEDEST MITTESPETSIIFILISE IMMUNITEEDI NÄITAJATEST PSÜHHIAATRILISTEL HAIGETEL

E. TIIGIMÄE

Vabariiklikust Tartu Kliinilisest Psühhoneuroloogilisest Haiglast

Töö eesmärgiks oli selgitada mõnede mittespetsiifilise immuniteedi näitajate määramise tähtsust psühhiaatria kliiniku jaoks.

Uurimisi teostati 1959.—1960. a. jooksul rohkem kui 400 psüühiliste ja somaatiliste haigestumistega haigel. Kõikidel haigetel määrati: 1) verekämpust vormelementide üht-

mise fenomeeni, 2) retraktsiooniindeks, 3) vereseerumi termilise koagulatsiooni aeg, 4) III fraktsiooni suurus.

Kõik uuringud teostati prof. Šapiro metoodilise juhendi järgi.

Verekämbust vormelementide uhtmise fenomeeni normaalset reaktsiooni saime vaimselt ja somaatiliselt tervetel inimestel, alkohoolikutel (ilma degradatsioonita) ja neurootikutel.

Verekämbust vormelementide uhtmise fenomeeni patoloogilist reaktsiooni (valget) saime aju orgaanilise kahjustuse korral, skisofreenia korral, degradatsiooniga kroonilistel alkohoolikutel, autointoksikatsioonide ja krooniliste infektsioonide puhul.

Ravi vältel toimus verekämbust vormelementide uhtmise fenomeeni muutumine paralleelselt kliinilise paranemisega.

Meie materjali andmetel retraktsiooniindeksi suurenemist skisofreeniahaigetel eriti ei täheldatud.

Neurasteenia puhul oli retraktsiooniindeks kõikidel juhtudel kuni 0,5.

Seerumivalgu termilise koagulatsiooniaja pikenemist täheldati mõnedel juhtudel ka vaimselt ja somaatiliselt tervetel inimestel, küll aga alkohoolikutel, aju orgaanilise kahjustuse puhul, skisofreenia puhul üle 100—600 min.

III fraktsiooni madalaid väärtusi esineb enam skisofreenia ja aju orgaanilise kahjustusega haigetel.

Nimetatud mittespetsiifilise immuniteedi näitajad on diagnostiliseks abimeetodiks ja näitavad haigete kliinilise paranemise dünaamikat.

VERE SEERUMIVALKUDE MUUTUSI VIIRUSLIKE NEUROINFEKTSIOONIDE PUHUL

A. LENDRE

Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neuroloogiaosakonnast

Vere seerumivalkude uurimine on tänapäeval omandanud kindla koha diagnostilise meetodina ja haigusseisundi jälgimisel ravimise vältel. Vere seerumivalkude muutuste kohta viiruslike neuroinfektsioonide korral leidub kirjanduses suhteliselt vähe andmeid.

Vabariikliku Tartu Kliinilise Haigla neuroloogiaosakonnas teostati vere seerumivalkude muutuste uurimist paber-elektroforeesi meetodiga 185 haigel, neist 159 poliomüe-

liidihaigel ja 26 mitteteadaoleva viirusliku etioloogiaga aseptilise meningiidiga haigel.

Paralüütilise lastehalvatustõvega haigetel esinesid serumiproteiinide fraktsioonides nihked haiguse akuutses perioodis. Nihked olid suuremad raskemini kulgevate kliiniliste vormide puhul, nii entsefalo-ponto-bulbospinaalsete, dissemineeritud spinaalsete ja ülemiste spinaalsete vormide ning Landry paralüüsiga haigetel. Väiksemad nihked esinesid alumiste spinaalsete vormide ja näonärvi halvatuse puhul.

Peamiseks muutuseks oli albumiinide fraktsioonide langus koos A/G koefitsiendi vähenemisega ja α_2 -globuliinide fraktsiooni tõus. γ -globuliinide fraktsiooni väärtus oli normi piirides või vähe tõusnud.

Poliomüeliitilise aseptilise meningiidiga haigetel esines märgatav albumiinide fraktsiooni langus, kuid α_2 -globuliinide fraktsiooni tõus oli mõõdukas.

Analoogilised muutused vereseerumi valgufraktsioonides esinesid mitteteadaoleva viirusliku etioloogiaga aseptilise meningiidiga haigetel. Võis täheldada albumiinide fraktsiooni langust ja α_2 -globuliinide fraktsiooni vähest kõrgenemist.

Vereseerumi üldvalgu hulga määramist teostati refrakto-meetriliselt. Üldvalgu väärtused püsisid üldiselt normi pii-rides. Kõigil letaalselt lõppenud juhtudel esinesid kõrged üldvalgu hulgad 8,09%—10,55%.

Võib järeldada, et viiruslike neuroinfektsioonide ägedas staadiumis esinesid akuutsele põletikulisele protsessile omased vereseerumi valgufraktsioonide muutused, albumiinide fraktsiooni vähenemine ja globuliinide fraktsiooni tõus, peamiselt α_2 -globuliinide fraktsiooni arvel. Muutused püsisid mitme kuu vältel ja olid suuremad raskemini kulgevate kliiniliste vormide puhul.

OMENTO — DURAALSE ANASTOMOOSI MODIFIKAT-SIOON ARESORPTIIVSE HÜDROTSEFAALIA PUHUL

*ENSV teeneline arst F. RAUDKEPP
Tallinna Vabariikliku Haigla neurokirurgiaosakonnast*

Aresorptiivse hüdroksefaalia kirurgilises ravis tuleb efektiivsemaks ja vähemtraumatiseerivaks pidada A. N. Baku-levi ja N. N. Burdenko meetodit — omento-durostoomiat.

Samal ajal on mõned meetodid, nagu näit. Dandy poolt soovitatud operatiivne peaajuvatsakeste plexus chorioideuse kõrvaldamine elektrokoagulatsiooni teel ja Heile meetod — ureterodurostoomia — väga traumatiseerivad, haigete poolt raskesti talutavad ning annavad kõrget letaalsust. Viimase operatsiooni juures on astsendeeruva infektsiooni hädaoht urogenitaaltee kaudu.

Omento — duraalse anastomoosi teostamine on väikesel lastel seotud teatavate raskustega omentumi mitteküllaldase väljaarenemise tõttu, millega seoses vajaliku pikkusega riba väljaprepareerimine võib osutuda raskeks.

Autori poolt kasutati kahel aresorptiivse hüdrotsefaalia juhul omento — durostoomiaks 12—15 cm pikkust ja 1 cm laiust polüetüleendioksüüdikile riba. Põhiliselt oli operatsioonimetoodika sama nagu on kirjeldatud A. A. Arendti poolt tema monograafias.

Esimene juht: 1 a. 9 k. vanune laps, väljakujunenud lah-tise aresorptiivse vesipeaga. Laps ei kõnele, ei istu, ei kõnni. Aasta jooksul peale operatsiooni hakkas kõndima ja rääkima, pea übermõõt vähenes esimeste kuude vältel.

Teine juht: 28 a. v. meeshaige, varases lapseas on põdenud meningoentsefaliiti. Esines väljakujunenud lah-tine aresorptiivne hüdrotsefaalus, üldised motoorsed epileptilised hood, torsioonüstoonia tüüpi hüperkineesid, tserebellaarsed ja püramiidsümptoomid. Peale omento — durostoomiat esines aasta vältel üks epileptiline hoog; hüperkineesid peaaegu kadusid, tserebellaar- ja püramiidsümptomaatika kadus.

Mõlemad juhud kinnitavad dreneaži head funktsioneerimist ja polüetüleendioksüüdikile kõlbulikkust dreneaži materjalina.

RADOONMÜELOGRAAFIA JA RADOONEPIDUROGRAAFIA DIAGNOSTILISEST VÄÄRTUSEST PATOLOOGILISTE SPINAALSETE PROTSESSIDE PUHUL

Dotsent E. RAUDAM, R. PAIMRE, H. VADI
Tartu Riikliku Ülikooli neuroloogiakateedrist ja
Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast

Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neurokirurgia ja neuroloogiaosakondades on rakendatud radoonmüelograafiat ja radoonepidurograafiat spinaalsete epiduriitide, arahnoidiitide ja kasvajate diagnoosimiseks alates 1958. a.

Radoonmüelograafia abil on võimalik määrata spinaalse bloki asukohta, diferentsida kasvajaid arahnoidiididest. Lumbaalse radoonmüelograafia abil on haige istuliasendis määratav patoloogilise protsessi alumine piir ja suboksi-pitaalse radoonmüelograafiaga haige Trendelenburgi asendis ülemine piir. Järsu langusega teravatipulised radioaktiivsuse kõverad osutavad kasvajate olemasolule, lamedad, mitmetipulised kõverad liiteliste protsesside esinemi-sele subarahnoidaalõones.

Radoonepidurograafia puhul, radooni viimisel haige istuliasendis III—IV või IV—V nimmelüli vahelt epiduraalõonde, tõuseb spinaalse patoloogiata haigetel radoongaas haige vertikaalse asendi puhul maksimaalsetes hulkades V rinnalüli kõrgusele, ulatudes vähesel määral ka VI—VII kaelalülini.

Radoonepidurograafia abil on võimalik diagnoosida patoloogilisi epiduraalseid protsesse, mis asuvad ülemises nimme- või alumises rinnapiirkonnas.

Radoonmüelograafia ja radoonepidurograafia on haigetele ohutud. Radoonepidurograafia puhul ei esine haigetel vaevusi. Radoonmüelograafia korral gaasi sattumisel peaaju piirkonda võib haigetel esineda peavalu ja iiveldus kuni kahe päeva vältel.

Radoonmüelograafia eelisteks võrreldes jodolipoolmüelograafiaga on, et tema teostamisele ei pea järgnema kirurgilist vahelesegamist ja tema abil on võimalik diagnoosida neid patoloogilisi protsesse subarahnoidaalõones, mis ei põhjusta blokisündroomi.

Radoonepidurograafia, võrreldes käesolevani rakendatud teiste epidurograafia meetoditega, näib ainukesena omavat väärtust praktilisel rakendamisel.

PNEUMOENTSEFALOGRAAFIA METOODIKAST

E. HEINSOO

Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast

Pneumoentsefalograafia puhul esinevate kõrvalnähtude vähendamiseks, selle uurimismeetodi kasutamisevõimaluste laiendamiseks ja diagnostiliste tulemuste parandamiseks on vajalik täiustada gaasi manustamise viise.

Esitatavas kirjeldatakse fraktsioneeritud ja suunatud pneumoentsefalograafia meetodit, mille puhul liikvor asen-

datakse gaasiga lihtsas kinnises süsteemis gaasiga täidetud tavalise süstla abil. Protseduur toimub mõninga kõrgendatud rõhuga liikvoriruumis, kuna alustatakse 8—12 ml gaasi manustamisega enne liikvori eemaldamist. Edasi jätkatakse fraktsioneeritult 1—2 ml kaupa vaheldumisi liikvorit eemaldades ja gaasi süstides. Pea paenutatud asendi juures täidetakse kõigepealt ajuvatsakesed, kuna kõrvalnähud tekivad peamiselt subarahnoidaalruumi sattunud gaasi toimel. Seeria röntgeniülesvõtete abil protseduuri ajal jälgitakse diagnostiliselt vajalikku liikvoriruumide täitumist ja määratakse manustatava gaasi optimaalne hulk. Intrakraniaalse hüpertensiooni, igal juhul aga tagumise koljukoopa protsessi kahtluse puhul, manustatakse gaas ilma liikvorit välja laskmata. Hapniku kasutamisel on vaevused vähemad ja mööduvad kiiremini. Pneumoentsefalograafia puhul esinevate kõrvalnähtude tekkes ja intensiivsuses on suur tähtsus kõrgema närvitallitluse seisundil. On vajalik haigete psühhopfülaktiline ettevalmistus enne protseduuri.

Kirjeldatava meetodiga on teostatud Tartu Vabariiklikus Kliinilises Haiglas alates 1957. aastast üle 400 lumbaalse ja üle 60 subokspitaalse entsefalograafia. Neist 35 haigel oli tegemist intrakraniaalse supratentoriaalse ekspansiivse protsessiga, 5 haigel protsessiga tagumises koljukoopas. Entsefalograafiast tingitud tüsistusi ei esinenud ühelgi juhul. Tekkinud kõrvalnähud olid märksa kergemad kui varem kasutatud entsefalograafia puhul lahtise meetodiga ja möödusid enamasti hiljemalt 4. päevaks.

Kirjeldatav meetod võimaldab vältida liikvori rõhu järske kõikumisi, piirduda suhteliselt väikese gaasihulgaga, valida väljalastava liikvori ja manustatava gaasi hulga vahekorda, manustada sobiva hulga gaasi ka liikvorit eemaldamata. Sellega väheneb aju osade dislokatsiooni ja pitsumise oht. See võimaldab antud uuringut kasutada ka väljakujunenud intrakraniaalse hüpertensiooni ja tagumise koljukoopa protsesside puhul.

INTUBATSIOONNARKOOS NEUROKIRURGIA KLIINIKUS

A. VELDI

Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast

Tänu intubatsioonimeetodile, omandab üldnarkoos kogu maailmas järjest suurema leviku ka neurokirurgiliste ope-

ratsioonide teostamisel. Intubatsioonnarkoos laiendab neurokirurgiliste vahelesegamiste indikatsioone ja muudab ohutumaks operatsiooniperioodi juhtimise.

Nõukogude Liidu neurokirurgilistes asutustes on viimasel ajal samuti üle mindud intubatsioonnarkoosi kasutamisele, kuid kogemusi üldistavaid artikleid on senini ilmunud väga vähe, mille tõttu on õigustatud allpooltoodavate vähete andmete esitamine.

Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neurokirurgiaosakonnas kasutatakse intubatsioonnarkoosi neurokirurgiliste operatsioonide teostamisel alates 1959. a. augustist.

Narkoosi läbiviimisel kasutame järgmist meetodikat: operatsioonipäeva eelõhtul antakse haigele luminali 0,1 ja aminasiini 0,025. Operatsioonipäeval operatsioonitoas süstitakse intravenoosselt 1 mg atropiini ja 20 mg promedoli (kõrge koljusisese rõhuga haigetele opiaate ei manustata). Peale atropiini toime saabumist süstitakse algdoosina veenisisesi 150 mg pentotaali 5% lahusena. Edasi lisatakse pentotaali umbes 20—30 sekundiliste vaheaegadega 50-mg-listes annustes kuni haige uinumiseni — keskmiselt kogudoosis 300—350 mg.

Kui haige magab küllaldaselt sügavalt, süstitakse intubatsiooni kergemaks läbiviimiseks depolariseerivat lihaste-relaksanti (Ditillini või Lusthenoni) keskmiselt 100 mg. Järgnevalt tekitatakse maski abil ventileerides mõõdukas hüperventilatsioon. Relaksatsiooni saabudes tehakse intubatsioon ja minnakse üle eeternarkoosile. Kuni spontaanse hingamise taastumiseni teostatakse manuaalset ventilatsiooni, edasi vastavalt vajadusele minnakse üle kas abistavale või iseseisvale hingamisele. Kogu operatsiooni kestel säilitatakse narkoosi sügavus I staadiumi piirides. Registreeritakse vererõhku, pulsi ja hingamise sagedust ning määratakse ligikaudselt verekaotus.

Kirjeldatud meetodikat oleme kasutanud 131 haigel 32 intrakraniaalse ja 99 spinaalse operatsiooni korral.

Peale intubatsioonnarkoosi kasutusele võtmist langes meie haiglas järsult postoperatiivne letaalsus. Haiged talusid operatsiooni hästi, mistõttu osutus võimalikuks teostada operatsioone radikaalsemalt kui varem. Intubatsiooni-meetodi ja abistava hingamise kasutamine andis võimaluse opereerida hingamislihaste nõrkusega ja teiste hingamishäiretega haigeid.

Ühelgi juhul ei saadud sedastada ajuturse suurenemist

narkoosi tõttu, küll aga täheldati narkoosi pidurdavat toimet akuutsete ajuvereringe häirete tekkimisele. Haigeid, kellel postoperatiivselt esines eluohtlik seisund, raviti anestezioloog ja neurokirurgi poolt respiratsioonitsentrumis.

Saadud kogemused lubavad järeldada, et intubatsioonnarkoos neurokirurgiliste operatsioonide korral õigustab end täielikult ja seda tuleb kasutada kui valikmeetodit. Hea ventilatsiooni olemasolu korral võib edukalt kasutada eeternarkoosi ka intrakraniaalsete operatsioonide puhul.

Narkoosist ärkamisel esines üksikutel juhtudel oksendamist ja kõri valulikkust. Tõsisemaid komplikatsioone ei esinenud.

KESKNÄRVISÜSTEEMI KAHJUSTUSEST SARKOIDOOSI (MORBUS BESNIER-SCHAUMANN- BOECK) KORRAL

*Med. tead. kand. K. PÖLDVERE
Tartu Riikliku Ülikooli neuroloogiakateedrist*

Kesknärvisüsteemi krooniliste infektsioonide etioloogilise põhjusena tuleb suhtelisele haruldusele vaatamata arvestada ka sarkoidoosi.

Käesolevas ettekandes kirjeldatakse 45-aastast naishaiget, kel kuu aega enne hospitaliseerimist tekkisid tasakaaluhäired, desorienteeritus, eufooria, kriitikalangus ja ajutine segasus.

Kliiniliselt sedastati algavaid paispapille, fatsiaalnärvi tsentraalset pareesi ja tugevat tserebellaarset ataksiat. Tserebrospinaalvedelikus esines pleotsütoos ($70/\text{mm}^3$), valgusisalduse tõus (1%) ja kloriidide kontsentratsiooni langus. Sisemise kommunitseeruva hüdrotsefaalia tõttu tehti tagumine eksploratiivne kraniotoomia. Diagnoositi võimaliku tuberkuloosi etioloogiaga kroonilist leptomeningiiti. Haige suri postoperatiivsetesse tüsistustesse.

Lahangul leiti mediastinaalne ja bronhopulmonaalne sarkoidoosne lümfadeniit ja interstitsiaalne pneumoonia. Sisemine hüdrotsefaalia oli tingitud sarkoidossest meningentsefaliidist.

GALVAANILISE VALUPROOVI TÄHTSUS LUMBOSAKRAALSETE RADIKULIITIDE DIAGNOS- TIKAKS JA RAVITULEMUSTE HINDAMISEKS

M. FARBER
Narva Linnahaiglast

Uurisime galvaanilist valuproovi 105 lumbosakraalse radikuliidiga haigel. Kõiki neid, välja arvatud 7 haiget, raviti vitamiiniga B₁₂. Uurimised sooritati N. N. Mištšuki süsteemi kombineeritud aparaadiga enne ravi, ravi vältel ja pärast ravi lõpetamist.

Galvaaniline valuproov oli positiivne enne ravi 95 haigel (90,5%). Pärast ravi lõpetamist jäi galvaaniline valuproov positiivseks 11 haigel.

Saadud tulemuste võrdlemine haigestumise kliinilise kuluga näitas, et kõikidel juhtudel, välja arvatud kaks, vastas galvaaniline valuproov valusümptomile.

Teostatud uurimised võimaldasid kindlaks teha, et galvaaniline valuproov võimaldab lumbosakraalse radikuliidi puhul objektiivselt hinnata ravipreparaatide ja füsioterapeutiliste protseduuride terapeutilisi tulemusi.

Galvaanilist valuproovi ei saa kasutada täiendava uurimisenä ajutise töövõimetuse diagnoosi ja ekspertiisi puhul lumbosakraalset radikuliiti põdevatel haigetel.

ELEKTROSTIMULATSIOON PERIFEEERSE NÄONÄRVI HALVATUSE RAVIMISEL

E. ROODE
Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neurooogiaosakonnast

Viimasel ajal omab näonärvi perifeerset tüüpi halvatusete ravimisel tähtsa koha elektrostimulatsioon eksponentsiaal- ehk impulssvooluga. Selleks on praegu kõige laialdasemalt kasutusel kodumaine aparaat ACM₂. Selle aparaadi eksponentsiaalvoolu sagedus ulatub 8—80 imp./sek. ja impulsside kestus 3—60 msec. Tänu vooluimpulsside kestuse ja sageduse muutmise võimalusele, saab igal üksikul haigel rakendada temale optimaalset voolu sagedust ja kestust, mis vastab kahjustatud närvi labiilsusele. Igal haigel tuleb enne ravi alustamist määrata antud närvi labiilsus ehk funktsionaalne seisund. Labiilsuse määramist ja

elektrostimulatsiooni ravi pole soovitatav teostada enne 10. haiguspäeva, kuna närv on haigestumise algul ärritusseisundis.

Labiilsuse määramist tuleb teostada ravi jooksul korduvalt, kuna labiilsus normaliseerub paralleelselt halvatuse kliinilise paranemisega. Labiilsust määratakse elektrodiagnostika meetodiga.

Ravi teostamisel fikseeritakse umbes 4—6 cm² suurune aktiivne elektrood haige näopole närvipunktile ja 50—100 cm² suurune inaktiivne elektrood kas kuklale või õlavarrele. Protseduuri kestus on 15—20 minutit, keskmine ravikuur 20 kuni 30 seanssi.

Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neuroloogiaosakonnas on kasutatud elektrostimulatsiooni 2 aasta jooksul näonärvi mitmesuguse etioloogiaga perifeerse halvatuse raviks nii ambulatoorsetel kui ka statsionaarsetel haigetel.

Kõigil haigetel määrati enne ravi algust labiilsus ja korraldati seda ravi käigus 10—14 päevaste vaheaegadega, et paranemise dünaamikast olenevalt sobitada raviks voolu, mis oleks vastavuses antud labiilsusega. Ravi tulemused on olnud head. Kõik haiged on paranenud kas täiesti ilma näomiimika defektita või väikse defektiga, kusjuures näo miimiliste lihaste kontraktuure ei esinenud ühelgi ravitud haigel. Paralleelselt kasutati ka medikamentooset ravi, füsioterapeutilisi soojendusprotseduure ja käsimassaaži. Keskmine paranemisaeg oli 2—3 kuud.

Paranemine sõltub suurelt osalt haigestumise etioloogiast ja haige ravile ilmumise ajast. Nukleaarse kahjustusega poliomüeliitilised näonärvi halvatused vajavad korduvaid ravikuure, samuti vajavad pikemaajalist ravi hilinevad haigusjuhud.

Õigesti teostatud elektrostimulatsioon kiirendab tunduvalt näonärvi perifeersete halvatuste paranemist.

SEÜRUM-KOLIINESTERAASI AKTIIVSUSE NIHETEST IONISEERITUD HAPNIKU NAHAALUSI MANUSTAMISEL POLIOMÜELIIDIIHAIGETELE

A. SIIMRE

Vabariiklikust Tartu Kliinilisest Haiglast

Poliomüeliidihaigete kompleksse ravi küsimused taastumisperioodis on käesoleval ajal meie vabariigis tähtsaks probleemiks.

1956. aastast alates kasutatakse Vabariikliku Tartu Kliinilise Haigla neuroloogiaosakonnas hapniku subkutaanset manustamist poliomüeliidihaigetele ühe ravikomponendina, kusjuures ravi on olnud tagajärjekas.

1958. a. mindi üle ioniseeritud hapniku subkutaansele manustamisele, mis on aeroionoteraapia uueks haruks. Ioniseeritud O₂ ravi viiakse läbi TRÜ Füüsika Kateedris valmistatud originaalse seadeldise abil.

Käesoleva uurimistöö ülesandeks on uurida ioniseeritud hapniku toimet seerum-koliinesteraasi nihetele poliomüeliidihaigetel taastumisperioodis.

Ioniseeritud ja mitteioniseeritud hapnikku manustati haigetele subkutaanselt, kusjuures kontrolliti seerum-koliinesteraasi aktiivsust enne ioniseeritud või mitteioniseeritud hapniku manustamist, teist korda 10—15 minutit ja kolmandat korda 60 minutit peale hapniku manustamist.

Käesolevani on teostatud 217 uuringut 36 haigel (31 poliomüeliidihaiget taastumisperioodis ja kontrolliks 5 haiget neurootiliste kaebustega).

Negatiivselt ioniseeritud hapniku manustamise järele esines kõikidel uuringutel seerum-koliinesteraasi aktiivsuse tõus. 60 minutit peale hapniku manustamist kõikus tõus erinevatel haigetel 6—84 ühiku piirides. Kõige sagedam oli tõus 20—50 ühiku võrra.

Kontrolliks teostati 66 uuringut mitteioniseeritud hapniku aplitseerimisega. 60 uuringu puhul oli koliinesteraasi aktiivsus tõusnud, kõikudes 4—76 ühiku piirides erinevatel haigetel uurituna 60 minutit peale mitteioniseeritud hapniku aplitseerimist. Kõige sagedamini esines tõus 15—30 ühiku ulatuses. Ainult 6 korral täheldati aktiivsuse langust 3—54 ühiku võrra 60 minutit peale mitteioniseeritud hapniku aplitseerimist.

Neil juhtudel, kus ühele ja samale haigele manustati algul negatiivselt ioniseeritud ja 3—4 päeva hiljem mitteioniseeritud hapnikku, ilmnis, et samal haigel negatiivselt ioniseeritud hapniku manustamise järgselt oli seerum-koliinesteraasi aktiivsuse tõus suurem ja jäi püsima kõrgematele väärtustele, kui mitteioniseeritud hapniku aplitseerimise järgselt. Ainult 5 haigel oli mitteioniseeritud hapniku aplitseerimise järele seerum-koliinesteraasi aktiivsus suurem, kui negatiivselt ioniseeritud hapniku manustamise korral.

Meie tähelepanekud näitasid, et negatiivselt ioniseeri-

tud hapniku manustamise järgselt patoloogiliselt pikenenud lihaste kronaksia lühenes, mis lubab arvata, et ioniseeritud hapnik ei mõjуста mitte ainult koliinesteraasi aktiivsust veres, vaid ka sünaptsides. Seepärast õigustab negatiivselt ioniseeritud hapniku kasutamine end poliomieliidi taastumisperioodi ravis.

IONISEERITUD HAPNIKU TOIMEST MÕNINGATELE TERMOREGULATSIOONI NÄITAJATELE POLIOMÜELIIDI TAASTUMISPERIOODIS

M. LEPP ja T. TANIMÄE

Tartu Riikliku Ülikooli neuroloogia- ja sisehaiguste propedeutika kateedrist.

Meie vabariigis on poliomieliidi taastumisperioodi kompleksse teraapia küsimused käesoleval momendil aktuaalseks probleemiks. Esitatavas töös on püütud selgitada ioniseeritud hapniku toime olemust ja ravilist rakendatavust poliomieliidi taastumisperioodis.

Meditiinilise hapniku ioniseerimiseks on kasutatud originaalset hapniku termoionisaatorit, mis on konstrueeritud TRÜ füüsika kateedris J. Reineti poolt. Positiivselt ja negatiivselt ioniseeritud hapnikku manustati kahel meetodil — inhalatsiooni teel ja subkutaanselt. Ioniseeritud hapniku manustamise järgselt jälgiti nahatemperatuuri, higistamise ja kehatemperatuuri dünaamikat. 24 haigel poliomieliidi taastumisperioodis ja 10 uuritaval teiste diagnoosidega teostati kokku 71 uuringut.

Ioniseeritud hapnik omab ioniseerimata hapnikuga võrreldes märgatavalt intensiivsema toime organismile, kusjuures toime iseloomu määrab iooni elektriline laeng. Negatiivselt ioniseeritud hapniku toimel nahatemperatuur tõuseb, higistamine väheneb ja enamikul juhtudel väheneb poliomieliidihaigeil esinev nahatemperatuuri asümmeetria. Positiivselt ioniseeritud hapniku toimel nahatemperatuur langeb ja higistamine suureneb.

Ioniseeritud hapniku toime avaldumise kiirus ja toime kestus oleneb manustamise viisidest. Inhalatsioonil saabub toime kiiresti (30 min.) ja vältab lühikest aega (60—90 min.). Subkutaanse injektsiooni puhul avaldub toime pikema ajavahemiku möödudes (45—90 min.) ja püsib märgatavalt kauem (2 tundi ja enam). Tõenäoselt on ioni-

seeritud hapniku toime mõlema manustamiseviisi korral reflektoorne. Subkutaansel manustamisel tekib süstekohal ka lokaalne reaktsioon (naha hüperemia, nahatemperatuuri nihked).

Poliomüeliidi taastumisperioodis on näidustatud negatiivselt ioniseeritud hapniku rakendamine, kuna negatiivselt ioniseeritud hapniku toimel tekib naha hüpotermilistes piirkondades nahatemperatuuri tõus, s. t. häiritud vegetatiiv — troofilistē funktsioonide normaliseerumine. On otsustavaks rakendada mõlemaid manustamisviise — inhalatsiooni ja subkutaanset injektsiooni — kombineeritult.

Positiivselt ioniseeritud hapniku üldtoime organismile on ebasoodne. Poliomüeliidihaikeil tekib positiivselt ioniseeritud hapniku manustamisel naha veresoonte ahene mine ja nahatemperatuuri langus, mistõttu positiivselt ioniseeritud hapniku kasutamine poliomüeliidi taastumisperioodis ei ole näidustatud.

ELEKTROAEROSOOLIDE TOIMEST ORGANISMI MÖNINGATESSE FUNKTSIOONIDESSE HINGAMIS- HÄIRETEGA POLIOMÜELIIDIHAIGETEL

E. KROSS ja R. ZUPPING

Tartu Riikliku Ülikooli neuroloogia kateedrist

Viimasel ajal on meditsiinis laialdaselt huvi äratanud elektroaerosoolide bioloogilise toime ja kliinilise kasutamise probleemid. Elektroaerosoolide kasutamisel on saadud häid tulemusi kopsuhaiguste ravis ja profülaktikas. Samal ajal leidub aga kirjanduses palju vastukäivaid andmeid elektroaerosoolide toime ja selle mehhanismi kohta.

Et kaasa aidata selle huvitava ravimeetodi probleemide selgitamisele, seadsime oma töö sihiks elektroaerosoolide toime uurimise hingamis- ja südamegevusele, arteriaalse vererõhule ja vitaalkapatsiteedile. Hingamistegevust registreerisime pneumograafilise meetodiga ja südamegevust Fleischi meetodikaga, mis seisneb pulsiaegade kümograafilises registreerimises ordinaatidena.

Teostasime 68 uuringut unipolaarse elektrilise laenguga vee- ja efedriin-aerosooli ning laenguta efedriin-aerosooli toime uurimisel 18 Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neuroloogiaosakonnas viibival hingamishäiretega poliomüeliidihaikeil. Aerosoolide produtseerimiseks kasutasime

TRÜ Üldfüüsika kateedris konstrueeritud originaalset elektroaerosoolseadeldist.

Negatiivselt laetud aerosoolide toimel enamikul hingamislihaste nõrkusest põhjustatud välishingamise alanemisega haigetel muutuvad hingamis- ja südametegevus ning nende koostöö füsioloogilisema taseme suunas, mis avaldub eelkõige madala respiratoorse arütmia suurenemises, osal ka kiirenenud hingamis- ning südametegevuse aeglustumises ning nende vahelise suhte normaliseerumises.

Positiivselt laetud aerosoolide toimel esinevad organismile ebasoodsate reaktsioonidena respiratoorse arütmia vähenemine, arteriaalse vererõhu tõus ja enesetunde halvenemine.

Vitaalkapatsiteedis meie poolt kasutatud elektroaerosoolid olulisi muutusi ei põhjusta.

Elektroaerosoolide toime sõltub organismi funktsionaalselt seisundist, kusjuures aga määravaks jääb negatiivselt laetud aerosoolide soodustav toime füsioloogilistesse talitlustesse.

Efedriinile aerosoolina ei saa omistada olulist kopstufunktsiooni mõjutavat toimet. Negatiivselt laetud efedriin-aerosoolil avaldus negatiivsele laengule omane, positiivselt laetud efedriin-aerosoolil positiivsele laengule omane toime.

Esitatud uurimistulemustest lähtudes peame näidustatuks hingamislihaste nõrkusest tingitud välishingamise alanemisega haigetel hingamis- ja südametegevuse ning nende vahelise koostöö parandamiseks negatiivselt laetud aerosoolide manustamist 10 minuti vältel, mille jooksul haige saab umbes 750 miljardit negatiivse elektrilise laenguga osakest. Sobiv on raviprotseduuri teostamine 1 kord päevas nädalate kestel. Kopsupatoloogiast sõltuvalt tuleb negatiivselt laetud aerosoolile lisada medikamente (antibiootikuid, hüaloronidaasi jm).

Positiivselt laetud aerosoolide analoogilist rakendamist peame vastunäidustatuks.

POKSI TOIMEST KESKNÄRVISÜSTEMILE

*Van. teaduslik töötaja A. CHEVALIER
Vabariikliku Tallinna Hälglä neurokirurgiaosakonnast*

Et kindlaks teha poksi toimet kesknärvisüsteemile, teostasime 16 poksija ambulatoorset uurimist ning analüüsisime 5 statsionaarsel ravil viibinud poksija haiguslugusid.

16 poksijast esines 3 anamnestilisi andmeid närvisüsteemi kahjustuse kohta; neist 1 on esinenud hemipleegia afaasiaga, mis oli esile kutsutud löögist pähe. Neurooloogilisel uurimisel avastati 7 poksijal kerged, kuid täiesti kindlad kesknärvisüsteemi orgaanilise kahjustuse tundemärgid. Vaid 8 inimest 16 läbivaadatud poksijast võis tunnistada neurooloogiliselt täiesti terveteks.

5 statsionaarselt uuritud poksijast:

1) 18-aastane noormees laialdase subduraalse hematoomiga, mis tekkis poksivõistlusel saadud hoobist oimupiirkonda, päästeti õigeaegselt teostatud kraniotoomia abil.

2) 23-aastane mees suri mitmetest verevalangutest — subduraalne, subarahnoidaalne ja ajutüvesisene — mis tekkisid võistluse ajal saadud hoopidest.

3) 27-aastane poksija viibis uurimisel hüdrotsefaalia ja traumaatilise arahnoidiidi puhul. Järgnes äkksurm, mille põhjuseks osutus peaaju tüvesse lokaliseerunud glios ja verevalangud, valgeolluse pehmenemised ja väljakujunenud hüdrotsefaalia.

4) 20-aastane mees tunnistati kõlbmatuks riviteenistuseks sõjaväes poksimisega seoses oleva traumaatilise entsefalopaatia tõttu.

5) 39-aastaselt poksijal pikema sportliku staažiga avastati väljakujunenud tserebellaarne sümptomaatika, mis täielikult mahub tüüpilise poksijate traumaatilise entsefalopaatia raamesse.

Eelpooltoodud peaaju raskete traumade juhud kahe letaalse lõppega ning noorte meeste invaliidistumine poksimise tagajärjel, samuti kesknärvisüsteemi kahjustuse tunnused pooltel läbivaadatud «tervetest» poksijaist, osutuvad selle spordiliigi kahjulikkuse ilmseks tõenduseks. Välismaa meditsiinilises kirjanduses leidub rohkearvulisi analoogilisi näiteid.

Analüüsides eelpooltoodud kliinilisi tähelepanekuid ning kõrvutades neid kirjanduse andmetega, oleme sunnitud tegema ainsa järelduse: poks tema praegusel kujul osutub nõukogude tervishoiu seisukohast kahjulikuks spordiliigiks; kujutades endast igandit sportlikul alal, mille otseks sihiks on füüsilise kahju tekitamine vastase tervisele. Massiline poks, eriti avaliku meelelahutuse näol, evib moraalselt laostavat toimet, on vastuolus nõukogude kehakultuuri humaansete printsiipidega ning peaks seepärast olema seadusega keelatud.

VÄIKESTE ALKOHOLIANNUSTE TOIMEST

Professor E. KARU

Tartu Riikliku Ülikooli psühhiaatria ja kohtumeditsiini
kateedrist

1. Et töötajad mõnikord töö eel ja ajal tarvitavad vähesel määral alkoholi, mida kliiniliselt on raske sedastada ja mida ei peeta ohtlikuks, on väikeste alkoholiannuste kahjustava toime mitmekülgne lähem selgitamine suure praktilise tähtsusega, eriti kaasajal, mil tööprotsesside ulatusliku mehhaniseerimise ja liicluse tihenemise tõttu on nõutav iga töötaja täieliku jõudlusvõime säilitamine.

2. Käesoleva töö raamides uuriti ühekordse alkoholiannuse (0,5 g/kg tühja kõhuga) toimet verepildile seoses alkoholi kontsentratsiooniga veres.

Uuritavateks olid 5 tervet isikut ja 10 kroonilist alkohoolikut, kelledest osa viibis ravil alkoholsete psühhooside tõttu.

3. Alkoholi sissevõtmisele järgnenud vere rakulise koostise ja seerumvalgu kontsentratsiooni nihked olid ulatuslikud ja mitmesuunalised.

a) Leukotsüütide arvus esines tervetel ainult väheseid kõikumisi. Kroonilistest alkohoolikutest osal olid nihked leukotsüütide arvus väikesed, osal aga esines tugev toite-leukotsütoos, mispuhul valgete vereliblede arv tõusis alkoholi sissevõtmise järele 2000—7000 raku võrra (üle 100%).

b) Seerumvalgu kontsentratsioonis ja erütrotsüütide arvus võis tervetel sedastada kahte tüüpi nihkeid. Esimese tüübi korral on erütrotsüütide arvu ja seerumvalgu kontsentratsiooni nihked ühesuunalised. Seejuures alkoholi kontsentratsiooni tõusule veres vastab kiire erütrotsüütide arvu (kuni 400 000 raku võrra) ja seerumvalgu kontsentratsiooni (kuni 1,15% võrra) langus, mis saavutab minimaalsed väärtused alkoholi kontsentratsiooni maksimumi ajaks veres (s. o. 30—40 min. pärast alkoholi sissevõtmist). Sellele järgneb nii seerumvalgu kontsentratsiooni (kuni 2,2%) kui ka erütrotsüütide arvu kiire tõus (kuni 50 000 raku võrra). Erütrotsüütide arvu tõus on kiirem. Vaatlusaja lõpuks, mil alkoholi kontsentratsioon veres on langenud endogeense alkoholi kontsentratsiooni lähedale, erütrotsüütide arv ja seerumvalgu kontsentratsioon uuesti langevad ja stabiliseeruvad.

Teise tüübi puhul esinevad erütrotsüütide arvus ja see-

rumvalgu kontsentratsioonis tugevad nihked, mis on üksteisele vastassuunalised. Enamasti vastab esialgsele alkoholi kontsentratsiooni tõusule veres seerumvalgu kontsentratsiooni langus ja erütrotsüütide arvu tõus. Sellele järgnevad mõlema näitaja küllalt ulatuslikud üksteisele vastupidised nihked.

c) Kroonilistel alkohoolikutel võis sedastada samasuguseid homeostaatilisi nihkeid punase vere ja seerumvalgu kontsentratsioonis kui tervetel.

Esimese tüübi korral kutsus esialgne alkoholi kontsentratsiooni tõus veres esile kiire seerumvalgu kontsentratsiooni (1,7% võrra) ja erütrotsüütide arvu (270 000 raku võrra) languse. Seejärel esines nende näitajate kiire tõus (seerumvalk 1,45% ja erütrotsüütide arv 480 000 raku võrra). Sellele järgnes erütrotsüütide arvus vähemaid nihkeid ja seerumvalgu kontsentratsiooni stabiliseerumine.

Teise tüübina esines seerumvalgu kontsentratsiooni ja erütrotsüütide arvu nihkeid, mis kogu aeg olid vastassuunalised ja esialgu väiksema ulatusega kui vaatlusaja lõpu-
poole.

Kolmanda tüübi juures valitses seerumvalgu kontsentratsiooni ja erütrotsüütide arvu nihetes ligikaudne ühesuunalisus, seejuures olid nihked ulatuslikumad 2—4 tunni vahel pärast alkoholi manustamist.

Seerumvalgu kontsentratsiooni nihked võisid uurimisa-
ja vältel ületada lähteväärtuse kuni 1,08% või langeda alla selle kuni 2,0%. Erütrotsüütide arv võis ületada lähteväärtuse kuni 700 000 raku võrra, või langeda samas ulatuses alla selle.

4. Seoses sellega, et mõnedel isikutel lühikest aega, teistel aga 2—4 tundi pärast alkoholi tarvitamist, leukotsüütide ja erütrotsüütide arv ja seerumvalgu kontsentratsioon võivad olla väga tunduvalt alla või üle tavalise tasapinna, ei või vere uurimisi teostada isikutel, kes on joobnud või isegi vähesel määral alkoholi kasutanud.

5. Alkoholi põlemise kiirus (koef. β) käesolevaks tööks kasutatud isikutel kõikus tervetel 0.0012^{0/00} ja 0.0033^{0/00} vahel, kroonilistel alkohoolikutel aga 0.001—0.0041^{0/00} vahel, olles keskmiselt $\beta=0.0027^{0/00}$.

VÄIKESE ALKOHOLIANNUSE TOIMEST KÕRGEMALE JA VEGETATIIVSELE NÄRVITALITLUSELE

Dotsent J. SAARMA

*Tartu Riikliku Ülikooli psühhiaatria ja
kohtumediitsiini kateedrist*

Kroonilistel alkohoolikutel on sõnaliste assotsiatsioonide latentsiaeg pikem, esineb rohkem primitiivseid assotsiatioone, uute sõnaliste seoste kujunemine on aeglasem, lihtsateks arvutusteheteks kulub rohkem aega ja motoorse refleksi latentsiaeg on pikem kui mittealkohoolikutel.

Väikese alkoholiannuse (0,5 g absol. alkoholi 1 kg kehakaalu kohta) toimel aeglustub uute sõnaliste seoste kujunemine tunduvalt, arvutusteheteks kulub rohkem aega ja motoorse refleksi latentsiaeg pikeneb. Sõnaliste reaktsioonide latentsiaeg veidi lüheneb, kuid primitiivsete vastuste arv suureneb. Toime on ühesuunaline nii mittealkohoolikutel kui ka kroonilistel alkohoolikutel, kuid viimastel tekivad muutused kiiremini ja on intensiivsemad.

Kroonilistel alkohoolikutel on pulss ja hingamine veidi aeglasemad ja naha elektriline takistus madalam kui mittealkohoolikutel. Alkoholi toimel sageneb hingamine ja aeglustub pulss. Nahataktus algul väheneb, hiljem suureneb. Kroonilistel alkohoolikutel on vegetatiivsete funktsioonide muutused vähema ulatusega ja aeglasemad kui mittealkohoolikutel.

Orienteerumisrefleksi vegetatiivne komponent on kroonilistel alkohoolikutel puudulikult väljendunud. Alkoholi toimel esineb osal alkohoolikutest orienteerumisrefleksi vegetatiivse komponendi ajutine elavnemine, mittealkohoolikutel aga alanemine.

Alkoholi toime ajal esineb ekstrasüstolite märgatav sa-genemine, eriti orienteerumisrefleksi puhul.

Saadud andmed näitavad, et alkoholi ühekordne manustamine ka väikeses annuses põhjustab pidurdussündi nii kõrgemas kui ka vegetatiivses talitluses. Kroonilise alkoholiintoksikatsiooni tagajärjel kujuneb välja püsiva iseloomuga pidurdussündroom, mida alkoholi igakordne tarvitamine ajutiselt veelgi süvendab.

SCLEROSIS MULTIPLEXI ESINEMINE ENSV-S

H. SAAR

*Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla
neuroloogiaosakonnast*

ENSV-s võib sclerosis multiplexi esinemissagedust pidada suhteliselt kõrgeks — ligikaudu 40 juhtu 100 000 elaniku kohta.

Ajavahemikul 1925.—1959. a. diagnoositi ENSV-s 660 esmast sclerosis multiplexi juhtu, neist naised 58%, mehed 42%. Haigestumiste enamus esines eluaastail 20.—40. a. (68%). Sagedasemat sclerosis multiplexi esinemist leiti põllutöölise hulgas.

Sclerosis multiplexi haigestumine algas enamuses monosümptomaatilisel (80%), vähem polüsümptomaatilisel (20%). Algsümptomide hulgas esimese koha omasid mootorihäired (47%), teise koha valusündroomid ja pareesid (20%). Harvemad olid koordinatsioonihäired (16%), nägemise- (7%) ja silmaliigutajate närvi häired (3%).

Sclerosis multiplexi sagedasemaks kliiniliseks vormiks osutus tserebrospinaalne (57%). Haigusprotsessi kulu seisukohast täheldati peamiselt kroonilist remiteeruvat eksatserbatsioonidega haigestumist (59%). Remissioonide pikkus ulatus tavaliselt 1—10 aastani. Kõige kestvamad remissioonid esinesid oftalmiliste vormide puhul (kuni 33 a.).

Sclerosis multiplexi kliiniliste vormide eristamine osutus vajalikuks haigestumise esmaste puhangute korral eelkõige diferentsiaaldiagnostilises mõttes. Viimast rõhutas suhteliselt suur kliiniliste eksidiagnooside hulk (13%).

Haigestumise prognoosi määramisel võis kliinilise vormi tähtsust hinnata ainult osaliselt. Kõige kergemat haiguskuulgu märgati krooniliselt remiteeruvate oftalmiliste vormide puhul, suhteliselt kerge või keskmise raskusega kiires osas tserebellaarsetest vormidest. Kõige raskemaiks osutusid polüsümptomaatilisel alanud tserebrospinaalsed vormid ja akuutselt alanud haigestumised.

EPILEPSIA MEDIKAMENTOOSSEST RAVIST

L. KIVIVARE ja H. VASAR

Vabariiklikust Tartu Kliinilisest Psühhoneurooloogilisest Haiglast

Analüüsitud on Vabariiklikus Tartu Kliinilises Psühhoneurooloogilises Haiglas 1945.—1959. a. viibinud 702 epilepsiajuhtu. On märgatav epilepsiahaigete hospitaliseerimise vähenemine. 1945. ja 1946. a. moodustasid epilepsiahaiged statsionaari vastuvõetud haigete üldarvust 14%; 1958. aastaks langes aga see % 3,8-le. Eriti järsk oli langus 1948. a. (14%-lt 9%-le. Sel aastal alustas tegevust Tartu Psühhoneurooloogiline Dispanser, mistõttu tõustus epilepsia ambulatoorne ravi. Kuni 1950. aastani moodustasid statsionaarsel ravil viibivaist langetõvehaigeist kaks kolmandikku mehed; 1951. a. alates aga viibis naised ravil rohkem. Vanuseline koosseis püsib kogu vaatlusperioodi vältel enam-vähem ühesugune, kusjuures pooled statsionaaris viibinud epilepsiahaigetest on olnud 16—30 aasta vanused.

Statsionaarsele ravile vastuvõtmise põhjustena esineb kahel kolmandikul juhtudest krampide sagenemine, seejärel hämarolekuseisundid ning töövõime ja kohtupsühi-aatrilised ekspertiisid. Diagnostiliseks otstarbeks on viimastel aastatel statsioneeritud vaid üksikuid haigeid. 1958.—1959. a. haiglasse vastuvõetud epilepsiahaigeist moodustasid peaaegu 96% kroonilised, korduvad haiged, kellel peale eelnevat, sageli edukat haiglaravi, kadus seisund halvenes. Seetõttu on vajalik veelgi tõhustada epilepsiahaigete dispanserses teenendamist.

Vaatlusperioodi vältel on haiglas kasutatud mitmesuguseid ravimeetodeid. Kui sõjajärgsetel aastatel olid peaaegu ainukesteks ravimiteks broom ja luminaal, siis viimase 10 aasta jooksul on kasutatud paljusid uusi ravimeetodeid. Suurte krambihoogude puhul on osutunud efektiivsemaks bromiidide manustamine eriti depooravina ning kombinatsioonis luminaali ja aloe-ekstraktiga. Väikeste krambihoogude puhul aga on paremat efektiivsust saadud trimentiniga kombineeritud Sereiski ravimeetodiga. Eriti suurt tähtsust omab ravimi õige päevase annuse määramine, mis on oluline ka krooniliste muutuste ravimisel.

Ravimeetodi, annuse ja prognoosi määramisel on peamiseks aluseks kasutatud krampide kliinilist iseloomu ja dünaamikat. On vajalik veelgi laiendada kasutatavate ravimeetodite diapasoni.

PSÜÜHILISTEST HÄIRETEST ALKOHOOLIKUTEL ANTABUSRAVI PUHUL

*Med. tead. kand. V. ZUHHAR ja T. PLATONOVA
Merevähospidalist ja Tallinna Vabariiklikust
Psühhoneuroloogiahaiglast*

Sellest alates, kui joomatõve raviks hakati kasutama antabust, täheldavad klinitsistid mitmesuguseid tüsistusi, esimeses järjekorras psüühilisi häireid — kergetest asteenilistest seisunditest kuni väljakujunenud protraheeritud kuluga psühhoosideni.

Alates 1952. a. oleme antabusega ravinud 457 haiget kroonilise alkoholismiga. Kõrvalnähud peavalude, peapöörituse, unisuse, kõrgenenud väsitatavuse, hirmu ja ärevuse, pistete ja suruvate valude südame piirkonnas jms. kujul esinesid 19 inimesel, mis moodustab 4% kõigist ravitud haigetest. Kõik loetletud sümptoomid kadusid varsti pärast antabusravi lõpetamist või annuse vähendamist.

Psühhoosid tekkisid 9 patsiendil (2%). 6 haigel esinesid lühiajalised psühhootilised seisundid (2 kuni 7 päeva), 3 haigel protraheeritud psühhoosid. On iseloomulik, et kahel haigel tekkisid antabuspsühhoosid ainult preparaadi sissevõtmise järele, enne alkohol-reaktsioonide teostamist. Ühel haigel põhjustas antabusravi psüühilise haigestumise (skisofreenia remissiooni staadiumis) retsidiivi. Psühhoosile eelnes tavaliselt teatav ebasoodne pind: nad tekkisid sagedamini ebasoodsa pärilikkusega isikutel, pärast psüühilist traumat või patsientidel kõrgenenud tundlikkusega antabuse suhtes.

Kõik ülaltoodu sunnib ettevaatlikult valida alkohoolikuid antabusraviks. Peale selle on vajalik hoolsalt jälgida mitmesuguseid, isegi väheseid neuropsüühilisi häireid antabusravi kestel. Psüühiliste häirete õigeaegne ravi mine aminasiiniga, insuliiniga, glükoosiga koos vitamiinidega B₁ ja C, väävelhapu magneesiumiga, hapnikuga jm. annab efektiivseid tagajärgi.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЭССР
НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО НЕВРОЛОГОВ И ПСИХИАТРОВ ЭССР

Х РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
НЕВРОЛОГОВ И ПСИХИАТРОВ ЭССР

ТАЛЛИН, 20 и 21 ЯНВАРЯ 1961 г.

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

ТАЛЛИН 1961

О ЛЕЧЕНИИ ЭКСТРАПИРАМИДАЛЬНЫХ СИНДРОМОВ СТЕРЕОТАКТИЧЕСКИМИ ОПЕРАЦИЯМИ

Э. И. РАУДАМ, Р. И. ПАЙМРЕ, Э. К. ХЕЙНСО
Из Тартуской республиканской клинической больницы

С мая месяца 1959 г. в нейрохирургическом отделении Тартуской республиканской клинической больницы для лечения паркинсонизма и паллидарного синдрома применяются хемопаллидэктомия и хемоталамэктомия. Всего таким операциям подвергнуто 10 больных. Возраст больных колебался от 20 до 65 лет. длительность заболевания — от 2 до 28 лет.

Выписано с улучшением 7, с ухудшением 1. У двух больных, умерших от воспаления легких как осложнения, наблюдалось улучшение в смысле неврологической симптоматики.

Больным еще до укрепления на черепе стереотактической установки проводилась пневмоэнцефалография, чтобы при помощи проекции боковых желудочков определить индивидуальные ориентиры для наложения трепанационных отверстий.

Затем, на основании полученных данных, при помощи ручного трепана образовывали фрезевое отверстие. При помощи винта в отверстии устанавливался стереотактический аппарат, изготовленный в учебных мастерских Тартуского государственного университета (конструктор А. К. Сузи). Конец иглы был введен в бледный шар под рентгенологическим контролем. На следующий день больному через стереотактическую иглу вводили интрацеребрально 0,2—0,3мл 2% раствора новокаина. При отсутствии клинического эффекта или при появлении пирамидальных симптомов положение иглы корригировалось. При наличии положительного эффекта, на следующий день интрацеребрально вводился алкоголь в количестве

0,2—0,3 мл. Повторные инъекции алкоголя производились с 2—3-дневными перерывами, в течение 2—3-х недель.

Неврологическое улучшение выражалось в значительном уменьшении ригидности в верхней конечности и в жевательных мышцах, противоположных хемопаллидэктомии, а также в некотором уменьшении ригидности на стороне хемопаллидэктомии, при том меньше в мышцах нижних конечностей. Амплитуда тремора покоя уменьшалась. Достигалось улучшение походки, увеличивались содружественные движения.

Несмотря на небольшой опыт, следует хемопаллидэктомию считать более эффективной, чем консервативные методы лечения. Нужна выработка точной операционной методики, показаний и противопоказаний к этому вмешательству.

О НЕКОТОРЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ ЭКСТАЗА

Канд. мед. наук С. Д. КОППЕЛЬ

Из Таллинской республиканской психоневрологической больницы

У членов самой большой в Эстонской ССР религиозной секты — баптистской, встречается целый ряд экстатических состояний.

В настоящем докладе проанализированы наиболее часто встречающиеся состояния: «языковещание» и «пробуждение».

В первом случае имеется быстрое продуцирование отдельных звуков, слогов, реже отдельных слов. Этому сопутствуют экстатическое повышение настроения и стереотипные движения.

Патофизиологически «языковещание» является рефлекторной деятельностью во второй сигнальной системе, протекающей хаотически, в большей или меньшей степени отделенной от работы первой сигнальной системы и поэтому оторванной от реальной действительности. Экстатическое состояние «пробуждения» состоит в том, что у человека появляется кратковременное ощущение блаженства. Ему предшествуют длительное убеждение верующего в греховности с противопоставлением возможности искупления и прощения грехов.

На основании учения И. П. Павлова «пробуждение» можно считать ультрапародоксальной фазой.

Есть основание предполагать, что «пробуждение» создается в мозговой коре патологическую доминанту, которая может дать начало другим экстатическим состояниям.

ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ ВОДНОГО ОБМЕНА И ОБМЕНА ХЛОРИДОВ В ОСТРОЙ СТАДИИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

А. А. ТИКК

Из кафедры неврологии Тартуского государственного университета

В патогенезе острой стадии черепно-мозговой травмы, особенно в патогенезе отека мозга, имеет большое значение расстройство тканевого обмена. При этом важное значение имеют изменения водного обмена и обмена хлоридов.

Динамические исследования выделения воды и хлоридов проводились у 61 больного. Все больные получали бессолевую диету и для дегидратации у них не применяли гипертонический раствор поваренной соли.

Наиболее выраженные расстройства обмена воды и хлоридов с их ретинированием в тканях мы наблюдали в конце первой недели. Обильное выделение воды и хлоридов у этих больных отмечалось в течение второй недели заболевания.

У некоторых тяжелых больных ретенционные явления имелись в течение первых двух недель и нормализовались только на 3-й—4-й неделе.

В ряде случаев параллельно с динамикой выделения воды и хлоридов определяли и колебания венозного кислорода, что характеризует состояние окислительных процессов в организме.

Оказалось, что выделение недоокисленных продуктов имеет тесную связь с изменениями обмена воды и хлоридов.

Не всегда существовала явная связь между тяжестью патологии обмена веществ и клинической картиной болезни.

Систематическое наблюдение за диурезом и выделением хлоридов дает возможность применять рациональную терапию АКТГ, кортизоном и ионами калия.

В острой стадии тяжелой черепно-мозговой травмы применение обычных диуретиков часто бывает неэффективно.

У некоторых больных при помощи АКТГ и кортизона можно увеличить умеренный диурез в первые дни болезни.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЧЖЕНЬ-ЦЗЮ ТЕРАПИИ

И. Я. РУБИНШТЕИН

Из неврологического отделения Таллинской республиканской психоневрологической больницы

С 1957 г. в Советском Союзе для лечения ряда заболеваний применяется метод чжень-цзю терапии — один из методов классической китайской народной медицины, существующий уже почти 3 тысячелетия и основанный на колоссальном эмпирическом материале многих поколений народных врачей. Чжень-цзю терапия является одним из методов рефлекторной терапии. Сущность метода — в учении китайской медицины о взаимоотношениях покровов тела с внутренними органами.

В докладе дается краткое описание методики иглоукалывания и прижигания, состоящей из 3 основных звеньев — места, момента и приема раздражения.

Чжень-цзю терапия не является универсальным методом лечения, но при лечении ряда заболеваний оказывает хороший терапевтический эффект.

Основными показаниями являются функциональные заболевания сердечно-сосудистой системы, желудка и кишечника, эндокринной системы, вазомоторно-аллергические состояния, заболевания периферической нервной системы. Основными противопоказаниями являются резкое истощение, грудной и старческий возраст, заболевания органов дыхания и кровообращения в стадии декомпенсации.

В неврологическом отделении Таллинской республиканской психоневрологической больницы с декабря 1959 г. методом чжень-цзю терапии лечилось около 50 больных с различными заболеваниями. Лечение проводилось в основном амбулаторно. Лечение проводилось курсами по 10 процедур, ежедневно или через день. В среднем каждый больной получил по 3—4—5 курсов,

в зависимости от состояния и показаний. Следует отметить, что большинство больных, поступивших на лечение, имели большую давность заболевания и до этого испробовали многие другие методы лечения без должного эффекта.

При анализе эффективности лечения на нашем небольшом материале мы получили следующие данные.

Из больных с невралгией тройничного нерва (9 случаев) — в 1 случае значительное улучшение, улучшение у 5 больных, без изменений — 3 случая.

У больных с пояснично-крестцовым радикулитом в 5 случаях из 6 отмечено значительное улучшение. При шейно-грудных радикулитах — в 2 случаях улучшение, 2 случая — без изменений.

У больных с головными болями отмечалось ослабление их на фоне общего улучшения состояния.

У больных с экземой — из 2 случаев в одном был получен очень хороший эффект — до полного обратного развития процесса, в 1 случае стойкой и распространенной экземы было отмечено частичное улучшение в виде уменьшения зуда и ослабления воспалительной реакции кожи.

Таким образом, метод иглоукалывания и прижигания — новый для нас метод лечения больных — дает вполне ободряющие результаты при лечении ряда заболеваний, в первую очередь заболеваний периферической нервной системы с выраженным болевым синдромом и вазомоторно-аллергических состояний.

Являясь одним из видов рефлекторной терапии, чжень-цзю терапия, конечно, не панацея, но может входить элементом в общий план комплексного лечения больных.

О ПОКАЗАНИЯХ И ТАКТИКЕ ИНСУЛИНОВОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Доц. Ю. М. СААРМА

*Из кафедры психиатрии и судебной медицины
Тартуского государственного университета*

Инсулиновое лечение, хотя и очень эффективное, не является универсальным методом лечения шизофрении и поэтому необходимо уточнение его показаний. Опыт Тартуской клиники за последние годы показывает, что ней-

рофизиологическое исследование больных шизофренией позволяет точнее оценить прогноз, чем клинико-патологический синдром. Нужно считать целесообразным широкое применение нейрофизиологического исследования в психиатрических больницах.

Наибольшую эффективность инсулиновое лечение дает только тогда, когда оно как количественно, так и качественно полноценно. Лишь достаточно глубокие гипогликемические комы позволяют достичь необходимую стимуляцию вегетативной деятельности. При оценке глубины ком систематическое наблюдение за пульсом и кровяным давлением является ценным дополнительным материалом.

В ряде случаев эффективность инсулинового лечения повышается комбинацией с электросудорогами. При остром начале, особенно с возбуждением и страхом, целесообразно применять в начале инсулинового курса 2—3 раза электросудорожное лечение. При затяжных ступорозном и галлюцинаторно-параноидном синдромах рекомендуется применять после 15—20 ком 3—4 электросудорожных припадков.

При проведении инсулинового лечения необходимо избегать шаблона, в связи с чем лечащий врач должен активно участвовать в процедурах. Современное состояние психиатрической сети нашей республики позволяет осуществить этот принцип.

ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ С ДИТИЛИНОМ

И. Ф. ПАУЛУС

Из Таллинской республиканской психоневрологической больницы

Одним из противопоказаний применяя электросудорожного лечения является возможность тяжелых осложнений (главным образом в виде переломов костей).

С 1955 года в психиатрии применяется дитилин как средство, устраняющее осложнения, вызываемые побочным действием судорожного припадков.

В Таллинской республиканской психоневрологической больнице применяется дитилин со второй половины 1958 г.

Электросудорожное лечение с дитилином проводили

только при наличии прямых противопоказаний для электросудорожной терапии.

Противопоказаниями являлись: гипертоническая болезнь, рак, кахексия, Базедова болезнь, костные деформации позвоночника.

В работе проанализированы результаты лечения 21 больной женщины, из них 19 с пресенильным психозом и 2 с реактивным психозом.

Дитилин вводился 1,5—2,0 мл 1% раствора за 15—25 сек. до включения электрического тока.

Электрический ток применяли в обычной дозировке — 120—160 вольт 0,3—0,6 сек.

Судорожные припадки были выражены слабо или вообще отсутствовали. Ни в одном случае применения дитилина осложнений не наблюдалось.

Ремиссии подразделялись: А — 5, В — 12, С — 1, D — 1, О — 2.

При применении дитилина действие электросудорожного лечения не изменяется.

Применение дитилина при электросудорожном лечении является ценным в тех случаях, где имеются соматические противопоказания.

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ АМИАЗИНОМ БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМ СИНДРОМОМ

У. Я. БРЕМС

Из Таллинской республиканской психоневрологической больницы и Ямеялской республиканской психоневрологической больницы

Результаты длительного применения аминазиотерапии в психиатрических учреждениях дают основание для его применения при различных синдромах. Назначение аминазина больным с депрессивным синдромом мало изучено.

Цель настоящей работы — выяснение вопроса, при какого рода депрессивных состояниях показана аминазиотерапия. Всего разобрано 57 случаев применения аминазиотерапии у больных с депрессивным синдромом.

В некоторых случаях применялась только аминазиотерапия, в других аминазин попутно с электросудорожной и инсулиношоковой терапией.

Клинико-психопатологические наблюдения дают право высказать предположение, что применение аминазино-

терапии при чистом депрессивном синдроме почти не дает эффекта. В некоторых случаях наблюдалось даже его усиление.

Из разработки указанного материала вытекает, что лучший эффект наблюдался в тех случаях, где депрессивное состояние сочеталось с испытываемыми большими страхом, беспокойством, бессонницей, галлюцинациями.

В перечисленных случаях под влиянием аминазинотерапии наблюдалось смягчение указанных симптомов, а затем и постепенное исчезновение депрессии.

При наличии депрессии и галлюцинаций у больных с реактивным психозом лучший эффект наблюдался при комбинированном лечении аминазином и электросудорожной терапией.

У больных с шизофренией и инволюционным психозом показано применение аминазинотерапии наряду с инсулином.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КАРТИНЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АМИАЗИНОМ

Е. Н. РОЗАНОВА, О. В. СЕМЕВСКИЙ, Э. П. УНТЕРА

Из Ямеяласской республиканской психоневрологической больницы

В Ямеяласской республиканской психоневрологической больнице лечение аминазином применяется с 1958 года.

В докладе приводятся результаты обследования 200 больных с различными психическими заболеваниями, получавших длительное лечение аминазином. Положительный лечебный эффект наблюдался как при острых, так и хронических случаях заболеваний, при чем нередко там, где другие методы лечения (инсулин, судорожная терапия и др.) не дали положительного эффекта. У многих больных в период лечения аминазином наблюдались различные патологические изменения в картине крови. Чаще всего отмечались: повышение РОЭ, лейкоцитоз или лейкопения, зозинофилия, а также изменения в скорости свертываемости крови и положительная реакция Таката-Ара. Указанные изменения чаще наблюдались при парэнтеральном введении аминазина.

Для устранения патологических изменений в картине крови больным назначались: витамин С, препараты кальция, глюкоза, димедрол, диазолин, перновин, супрастин и др.

НАБЛЮДЕНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО СВЯЗИ ПСИХОГЕНИИ И ШИЗОФРЕНИИ

М. Э. ВЯРК

*Из Тартуской республиканской клинической
психоневрологической больницы*

Роль экзогенных факторов (в том числе и психогенных) в генезе шизофрении оценивают противоречиво. Значение психогенных факторов подчеркивали Серейский, Уохтлан, Бурмистрова, Чапурин, Ментешашвили и др. Наблюдая соответствующий материал в Тартуской республиканской клинической психоневрологической больнице, начиная с 1954 года, автор приводит некоторые данные о связи психогении и шизофрении и о критериях дифференциальной диагностики.

Учитывая незначительное количество реактивно возникших случаев шизофрении, нельзя признать психогению в этиопатогенезе шизофрении определяющим фактором. Наоборот, в ряде случаев выявилась тесная связь шизофрении с психогенией. В этих случаях заболевание или с самого начала имело характер шизофрении как с психогенной, так и шизофренической симптоматикой, или же болезнь началась с психогенной симптоматики, к чему только постепенно присоединялись симптомы шизофрении.

Также велись наблюдения над процессами шизофрении, возникшими в результате экзацербации или рецидивов в связи с психическими травмами.

Некоторые авторы (Глаус, Бурмистрова и др.) различают и допускают дифференциацию шизоформных реакций от шизофрении. Случаи, диагностированные как шизофреническая реакция, катамнестически оказались шизофренией.

При дифференциальной диагностике выяснилось следующее: одна психогенная симптоматика является недостаточным критерием для устранения диагноза шизофрении. Существенным является не столько наличие или отсутствие реактивного элемента, как связь между психическими переживаниями и адекватной степенью реактивности больного. Проведенные автором экспериментальные исследования высшей нервной деятельности (опыт ассоциаций, методика моторного рефлекса) надо расценивать как вспомогательные диагностические средства.

НАРУШЕНИЯ В ПОЛОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК ОСНОВА ОБРАЗОВАНИЯ НЕКОТОРЫХ НЕВРОЗОВ

В. Т. ТУР

Из неврологического отделения Пярнуской городской больницы

Учение И. П. Павлова о высшей нервной деятельности раскрывает физиологическую сущность неврозов и роли ряда отклонений в половых процессах, как этиологического фактора невроза. В то же время в учении о неврозах Фрейда значение сексуального фактора переоценивается.

Половые нарушения являются частой причиной различных невротических состояний. Широко практикуемый *coitus interruptus* вызывает сшибку раздражительного и тормозного процессов, обуславливая этим образование невроза.

Для выявления отклонений в интимной жизни пациента необходимо предоставить врачам в условиях поликлиники возможность уделить больше времени больному.

Профилактика неврозов требует лекций, бесед и индивидуальных собеседований с пациентами. Разъяснительная работа врача с пациентом в комбинации с применением укрепляющего лечения может дать хороший терапевтический эффект.

АЛКОГОЛИЗМ И ШИЗОФРЕНИЯ

К. А. АРУ

*Из Тартуской республиканской клинической
психоневрологической больницы*

Целью настоящей клинико-статистической работы является изучение: 1) влияния алкоголизма на симптоматику и течение шизофрении, 2) значения алкоголизма для возникновения рецидивов шизофрении, 3) вторичного алкоголизма у больных шизофренией.

Анализ историй болезни в Тартуской республиканской клинической психоневрологической больнице показывает, что алкоголизм является одним из способствующих экзогенных факторов при возникновении и развитии шизофрении.

Алкоголизм часто модифицирует симптоматику шизофрении, особенно в ее острой стадии. В связи с этим, часто устанавливается ошибочный диагноз алкогольного психоза. При алкогольных психозах в настоящее время при помощи аминазина достигается быстрое выздоровление. В случаях же видоизмененной алкоголизмом шизофрении, аминазин давал только улучшение состояния и, таким образом, оказывался дифференциально-диагностическим вспомогательным средством.

Развившаяся на базе алкоголизма шизофрения обладает некоторыми чертами, свойственными алкоголизму. Среди расстройств мышления и бреда отношения и воздействия здесь преобладает бред ревности. Эмоциональное огрубение в этих случаях появляется уже в начале шизофрении, часто в сопровождении легкой эйфории.

Алкоголизм вызывает рецидивы шизофрении даже после длительных хороших ремиссий (А и Б). Рецидивы возможны как после кратковременного, так и после длительного употребления алкоголя. Рецидивы в некоторых случаях протекают с атипической симптоматикой (маниакальный и делириозный синдром).

У больных хронической шизофренией имеет место так называемый вторичный алкоголизм. При этом шизофреники систематически употребляют алкоголь из-за бреда или галлюцинаций, стараясь таким путем устранить свои болезненные переживания.

ОБ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗАХ И ИХ ЛЕЧЕНИИ

Л. И. ТУЛЬМИН

*Из Тартуской республиканской клинической
психоневрологической больницы*

В Тартуской республиканской клинической психоневрологической больнице за период с 1940 по 1 октября 1960 года было обследовано 217 больных, находившихся на лечении с алкогольным психозом. По диагнозам больные распределялись следующим образом: с белой горячкой — 92, с острыми алкогольными галлюцинациями — 75, с хроническими алкогольными галлюцинациями — 37, с алкогольным параноидом — 8, с корсаков-

скими психозами — 3, с алкогольным слабоумием — 1, с энцефалитом Вернике — 1.

Алкогольные психозы составляли из числа госпитализированных больных 1,3—2,5%. С 1952 по 1958 гг. число алкогольных психозов возросло; но в последние годы число их начало снова падать. С 1940 по 1945 гг. из психозов преобладали случаи белой горячки, а в последние годы — острые и хронические алкогольные галлюцинозы.

Распространению алкогольных психозов способствовали нижеследующие факторы: ранее перенесенные черепно-мозговые травмы (50—60%), острые и хронические инфекционные болезни, болезни желудочно-кишечного тракта, печени и сердца, церебральный артериосклероз и психические травмы.

При возникновении белой горячки в большинстве случаев наблюдалось употребление значительного количества алкоголя (дневное количество — 0,5—1,5 литра) за короткое время, причем часто употребляли самогон, технический спирт и т. п. Большинство больных белой горячкой употребляли алкоголь периодически, кратковременное интенсивное употребление алкоголя чередовалось с двухнедельными или месячными перерывами.

Острому и хроническому алкогольному галлюцинозу предшествовало длительное, даже годами продолжавшееся систематическое употребление алкоголя, причем дневные дозы алкоголя в большинстве случаев не превышали 200—300 грамм. В отдельных случаях рецидив алкогольного галлюциноза появлялся без употребления алкоголя до начала рецидива.

Методы лечения больных с алкогольным психозом постоянно совершенствуются. В 1940—1945 гг. применяли для купирования психомоторного возбуждения, галлюцинаций и синдрома похмелья инсулин в малых дозах и снотворные (люминал, веронал, паральдегид), добиваясь выздоровления от алкогольного делирия за 4—12 дней и от острого галлюциноза за 20—30 дней. В дальнейшем начали применять электросудорожную терапию, повысившую эффективность лечения. Начиная с 1952 г. применяют лечение общеукрепляющее и способствующее дезинтоксикации (магnezия с глюкозой,

витамины С и В, подкожные введения кислорода) и длительное введение инсулина.

При комплексном лечении алкогольных психозов одним из эффективных средств являются препараты фенотиазина, которыми пользуемся, начиная с конца 1960 года. Во всех случаях вводили аминазин, в отдельных случаях в соединении с ларгактилом. Все больные с белой горячкой выздоравливали в течение 1—3 дней. Во многих случаях обманы чувств исчезали уже после двукратного введения аминазина. Больные с острым алкогольным галлюцинозом выздоравливали или же чувствовали улучшение после 4—5-дневного, реже 10—17-дневного лечения. Хронические галлюцинозы поддавались лечению медленнее, причем в некоторых случаях лечение их оставалось безрезультатным.

ЭЛЕКТРОФОРЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БЕЛКОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ И СПИННО- МОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

С. Э. ПАРМАСТО

Из Таллинской республиканской психоневрологической больницы

Методом электрофореза на бумаге исследовались белки сыворотки крови и спинномозговой жидкости у 24 больных, в том числе у 16 больных шизофренией и 9 больных другими невропсихическими заболеваниями. Из больных шизофренией у 5 было острое, недавно начавшееся заболевание, у 2 — хроническая форма в периоде обострения и 8 больных много лет находились в психотическом состоянии.

У всех обследованных больных шизофренией количество альбуминов в сывороточном белке было значительно снижено и составляло в среднем $38,4 \pm 1,3\%$. Содержание всех фракций глобулинов было увеличено, причем увеличение количества α_2 — глобулина было более равномерным. В отдельных случаях наблюдалось значительное увеличение количества α_1 — и γ — глобулинов.

Коэффициенты $\frac{A}{G}$ и $\frac{A}{\alpha_2}$ были низкие, также относительно низким был коэффициент $\frac{A}{\gamma}$.

Простым методом концентрирования белков спинномозговой жидкости для электрофореза на бумаге является диализ с дистиллированной водой с последующим выветриванием целлофанового мешка, в котором находится диализированная спинномозговая жидкость.

При этом методе потеря белка составляет 30—40%, которая равномерно распределяется между фракциями.

В спинномозговой жидкости обследованных больных шизофренией имелся проальбумин. В остром периоде заболевания его содержание значительно повышено — до 9,6%.

Количество альбуминов во всех случаях было понижено, параллелизм с изменениями содержания альбуминов в сыворотке крови отсутствовал.

Количество α_1 — альбумина было в большинстве случаев умеренно повышено. В отдельных случаях содержание γ — глобулина было повышено.

На основании изменений фракций белков сыворотки крови в литературе делаются выводы об активности болезненного процесса и о состоянии защитных сил организма.

Изменения во фракциях белков сыворотки крови обследованных больных шизофренией указывают на то, что даже у больного, в течение ряда лет находящегося в хроническом психотическом состоянии, процесс еще имеет активный характер и возможна мобилизация защитных сил организма.

Эти вопросы нуждаются еще в изучении, так как они имеют значение для оценки прогноза годами длившегося процесса и для достижения возможного лечебного эффекта.

Параллельное исследование фракций белков сыворотки крови и спинномозговой жидкости дает возможность сделать некоторые выводы о состоянии гематоэнцефалического барьера и о прохождении γ — глобулина в спинномозговую жидкость.

О НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЯХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНИТЕТА

Э. И. ТИЙГИМЯЭ

*Из Тартуской республиканской клинической
психоневрологической больницы*

Задачей данной работы было выяснить значение некоторых показателей неспецифического иммунитета у психиатрических больных.

В течение 1959—1960 г. было исследовано более 400 больных с психическими и соматическими заболеваниями. У всех больных определялись: 1) феномен отмывания форменных элементов от сгустка, 2) индекс ретракции, 3) термическая свертываемость сыворотки крови, 4) количество третьей фракции.

Феномен отмывания форменных элементов от сгустка был нормальным у психически и соматически здоровых людей, у алкоголиков (без деградации) и невротиков.

Патологический феномен отмывания форменных элементов от сгустка (белый) наблюдался у больных с органическими поражениями центральной нервной системы, у больных шизофренией, хронических алкоголиков с деградацией, больных с аутоинтоксикациями и хроническими воспалительными процессами. В течение лечения феномен отмывания форменных элементов от сгустка изменяется параллельно с клиническим улучшением.

Заметного улучшения индекса ретракции у больных шизофренией мы не нашли. У больных неврастенией индекс ретракции был всегда ниже 0,5.

Удлинение термической свертываемости сыворотки крови наблюдалось у некоторых психически и соматически здоровых людей, но в особенности у алкоголиков, у больных с органическими поражениями головного мозга и у больных шизофренией до 100—600 минут.

Низкие показатели третьей фракции имелись у больных шизофренией и у больных с органическими поражениями головного мозга.

Показатели неспецифического иммунитета являются вспомогательными диагностическими метадомы и могут указывать на клиническое улучшение при динамическом наблюдении больных.

ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ БЕЛКОВЫХ ФРАКЦИЙ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ВИРУСНЫХ НЕЙРОИНФЕКЦИЯХ

А. И. ЛЕНДРЕ

Из Тартуской республиканской клинической больницы

Исследование белковых фракций сыворотки крови является в настоящее время ценным диагностическим методом, в то же время позволяющим наблюдать в процессе лечения динамику заболевания.

Об изменениях белковых фракций сыворотки крови при вирусных нейроинфекциях мы нашли в литературе сравнительно мало данных.

В неврологическом отделении Тартуской республиканской клинической больницы проводилось исследование белковых фракций сыворотки крови путем электрофореза на бумаге 185 больным, из них 159 больных полиомиелитом и 26 больных вирусным асептическим менингитом неизвестной этиологии.

При паралитической форме полиомиелита наблюдались сдвиги в протейнограмме в остром периоде заболевания. Сдвиги были наибольшие при клинически тяжелом течении заболевания — при энцефалопонтобульбоспинальных, диссеминированных спинальных и верхних спинальных формах и при формах, протекающих по типу паралича Ландри. Наименьшие сдвиги наблюдались при нижних спинальных формах и параличе лицевого нерва.

Сдвиги наблюдались главным образом в отношении уменьшения фракции альбуминов с уменьшением альбуминно-глобулинового коэффициента и повышением фракции α_2 -глобулинов. Фракция γ -глобулинов была в пределах нормы или немного повышена.

У больных с менингеальной формой полиомиелита наблюдалось значительное снижение фракции альбуминов, повышение же фракции α_2 -глобулинов было умеренное.

Аналогичные изменения в сдвигах белковых фракций сыворотки крови наблюдались у больных с асептическим менингитом неизвестной вирусной этиологии.

Определение общего количества белка сыворотки крови проводилось рефрактометрически, причем отклонений от нормы не наблюдалось. В случаях, закончившихся летально, наблюдалось повышение общего белка сыворотки — 10,55—8,09%.

Можно сделать заключение, что в остром периоде вирусных нейроинфекций наблюдаются сдвиги белковых фракций сыворотки крови, характерные для острого воспалительного процесса — уменьшение фракции альбуминов и повышение фракции глобулинов, — главным образом за счет α_2 -глобулиновой фракции. Сдвиги были наибольшие при тяжело протекающих формах и наблюдались в течение нескольких месяцев.

МОДИФИКАЦИЯ ОМЕНТОДУРАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ АРЕЗОРБТИВНОЙ ВОДЯНКЕ МОЗГА

Ф. Ю. РАУДКЕП

Из нейрохирургического отделения Таллинской республиканской больницы

Предложенный А. Н. Бакулевым и Н. Н. Бурденко метод хирургического лечения открытой арезорбтивной водянки мозга, так называемый оментодуральный анастомоз, является наиболее эффективным, наименее травматичным, наиболее физиологически и обоснованным.

Операция оментодурального анастомоза у маленьких детей ввиду малых размеров сальника значительно затрудняется, так как выкраивание достаточно длинного тяжа из него представляет известные трудности. Автором в двух случаях арезорбтивной гидроцефалии, для образования оментодурального анастомоза, были применены полоски из пленки полиэтилендиоксида длиной в 12—15 см и шириною в 1 см.

В основном операция производилась по методике, описанной А. А. Арендом в его монографии.

Первый случай: ребенок 1 г. 9 м. с выраженной нарастающей арезорбтивной гидроцефалией. Ребенок не ходил, не сидел, не говорил. После операции в продолжение года ребенок стал ходить, начал говорить. Размеры головы уменьшились.

Второй случай: мужчина 28 лет в раннем детстве перенес менингоэнцефалит с явлениями гидроцефалии, с общими двигательными эпилептическими припадками, с гиперкинезами по типу торзионной дистонии, с церебеллярными и пирамидными симптомами. После операции в продолжение 10 месяцев был один эпилептический при-

падок, гиперкинезы почти исчезли, а церебеллярные и пирамидные нарушения прошли.

Оба случая указывают на эффективность операции, а также на пригодность полиэтиленового дренажа при оментодуростомии.

О ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ РАДОНОВОЙ МИЭЛОГРАФИИ И РАДОНОВОЙ ЭПИДУРОГРАФИИ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СПИНАЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ

Э. И. РАУДАМ, Р. И. ПАЙМРЕ, Х. В. ВАДИ

Из нейрохирургического отделения Тартуской республиканской клинической больницы

В нейрохирургическом и неврологическом отделении Тартуской республиканской клинической больницы начиная с 1958 г. стали применять радоновую миелографию и радоновую эпидурографию для диагностики спинальных эпидуритов, арахноидитов и опухолей.

С помощью радоновой миелографии можно определить место спинального блока и дифференцировать опухоли от арахноидитов.

С помощью люмбальной радоновой миелографии, в сидячем положении больного, можно установить нижнюю границу патологического процесса, а при субокципитальной миелографии, в тренделенбургском положении больного, верхнюю границу патологического процесса.

Остроконечные, с резким падением кривые интенсивности радиоактивности указывают на наличие опухоли. Плоские, с несколькими вершинами кривые указывают на наличие спаечного процесса в субарахноидальном пространстве.

При проведении радоновой эпидурографии в сидячем положении больного, вводя радон в эпидуральное пространство между III—IV или IV—V поясничными позвонками, у больных без спинальной патологии радон, поднимаясь кверху, в максимальном количестве достигает уровня V грудного позвонка и в некоторой степени уровня VI—VII шейных позвонков.

С помощью радоновой эпидурографии можно диагностировать эпидуральные патологические процессы, которые располагаются на уровне верхнего поясничного или нижнего грудного отделов позвоночника.

Радоновая миелография и радоновая эпидурография безопасны для больных. При радоновой эпидурографии жалоб у больных не наблюдается.

При проведении радоновой миелографии у больных в течение одного-двух дней могут возникать головные боли и тошнота в случае проникновения радона в область головного мозга.

Преимуществом радоновой миелографии по сравнению с иодолипол-миелографией является то, что она не требует хирургического вмешательства и с ее помощью можно диагностировать патологические процессы в субарахноидальном пространстве, не дающие спинального блока.

Радоновая эпидурография по сравнению с применяемыми до сих пор другими методами эпидурографии, является единственным методом, имеющим практическую ценность.

К МЕТОДИКЕ ПНЕВМОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ

Э. К. ХЕЙНСО

Из Тартуской республиканской клинической больницы

Внедрение в практику новых, усовершенствованных методов введения газа при пневмоэнцефалографии представляется все более необходимым — как во избежание побочных явлений, так и для расширения возможностей применения этого метода исследования и для улучшения результатов диагностики.

В представленной работе описывается метод фракционированной и направленной пневмоэнцефалографии. При проведении его спинномозговая жидкость заменяется газом в простой закрытой системе, при помощи обыкновенного шприца. Так как процедуру начинают с введения 8—12 мл газа еще до выпуска жидкости, она протекает, таким образом, в условиях несколько повышенного ликворного давления. Далее производят фракционированную замену ликвора газом — выпуская по 1—2 мл жидкости, сразу же вводят столько же газа, придав голове согнутое на грудь положение; при этом прежде всего заполняется желудочковая система, уменьшая побочные явления, возникающие, главным образом, при попадании газа в подпаутинное пространство. Серийными рентгенов-

скими снимками во время процедуры устанавливают диагностически необходимое газовое заполнение ликворных пространств. Одновременно определяется и оптимальное количество газа.

Газ вводится без выпуска жидкости в случаях повышения внутричерепного давления, а также во всех случаях подозрения на процесс в задней черепной ямке.

При замене в качестве вводимого газа простого воздуха кислородом достигается уменьшение жалоб и побочных явлений. Последние, в случае применения кислорода, значительно быстрее проходят. В возникновении побочных явлений, а также в их интенсивности, большое значение имеет состояние высшей нервной деятельности. Необходимо проводить психопрофилактическую подготовку больных перед процедурой.

Начиная с 1957 г. в Тартуской республиканской клинической больнице по описанной методике проведено свыше 400 процедур люмбальной и свыше 60 процедур субокципитальной пневмоэнцефалографии. Из них у 35 больных установлены внутричерепные супратенториальные экспансивные процессы, у 5 — процессы в задней черепной ямке. У нас не было ни одного случая осложнений, вызванного пневмоэнцефалографией. Наблюдавшиеся побочные явления оказывались, как правило, по сравнению со старым, открытым методом, более легкими и проходили не позднее четвертого дня после процедуры.

Описанный метод позволяет избегать резких колебаний ликворного давления и ограничиваться сравнительно малыми количествами газа. Создается возможность для свободного выбора отношения выпускаемой жидкости к вводимому газу. Уменьшается опасность смещения и ущемления частей мозга. Все это создает предпосылки для применения этого способа исследования и в случаях выраженного повышения внутричерепного давления, а также при процессах в задней черепной ямке.

ИНТУБАЦИОННЫЙ НАРКОЗ В НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

А. Г. ВЕЛЬДИ

Из Тартуской республиканской клинической больницы

В нейрохирургическом отделении Тартуской республиканской клинической больницы интубационный наркоз

при нейрохирургических операциях применяется начиная с августа 1959 года.

Мы проводим наркоз по следующей методике: Накануне операционного дня больной получает 0,1 люминала и 0,025 аминазина. В день операции больному на операционном столе вводят внутривенно 1 мг атропина и 20 мг промедола. (В случаях повышения внутричерепного давления обычно опиаты не применяются). Через 2—3 минуты внутривенно впрыскивают 150 мг пентотала (5% раствор), прибавляя до засыпания больного каждые 20—30 сек. 50 мг пентотала. В среднем общая доза пентотала 300—350 мг.

Для проведения интубации больному вводят деполарирующий релаксант (дитилин или листенон) в дозе 80—100 мг. После наступления полной релаксации производят интубацию больного и переходят на эфирно-кислородный или газовый наркоз закисью азота. До появления спонтанного дыхания пользуются управляемым дыханием, дальше переходят на спонтанное или вспомогательное дыхание. В течение всей операции глубина наркоза сохраняется в пределах 1 стадии. Через каждые 5—10 мин. регистрируют кровяное давление, частоту пульса и дыхания и ориентировочно оценивают потерю крови.

По вышеуказанной методике наркоз проведен у 131 больного. Из них 99 больных оперировано по поводу спинальных и 32 по поводу интракраниальных процессов.

При проведении внутричерепных операций под интубационным наркозом в нашей клинике резко снизилась послеоперационная смертность. Пользуясь при интубационном наркозе вспомогательным дыханием, стало возможным оперировать больных и с расстройствами дыхания.

В послеоперационном периоде мы отмечали у некоторых больных болезненность при глотании и в единичных случаях рвоту. Более серьезных осложнений не было.

ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ГАЛЬВАНИЧЕСКОЙ ПРОБЫ НА БОЛЬ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И УЧЕТА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПОЯСНИЧНО- КРЕСТЦОВОГО РАДИКУЛИТА

М. А. ФАРБЕР

Из неврологического отделения Нарвской городской больницы

Мы исследовали гальваническую пробу на боль у 105 больных пояснично-крестцовым радикулитом. Все они, за

исключением 7 больных, лечились витамином В₁₂. Все исследования производились комбинированным прибором по системе Н. Н. Мищука до лечения, в процессе и после окончания лечения.

Гальваническая проба на боль была положительной до лечения у 95 больных (90,5%). После окончания лечения гальваническая проба на боль осталась положительной у 11 больных.

Сравнение полученных результатов с клиническим течением заболевания показало, что во всех случаях, за исключением двух, гальваническая проба на боль соответствовала динамике болевого синдрома.

Проведенные исследования дали возможность установить, что исследование гальванической пробы на боль при пояснично-крестцовом радикулите дает возможность вести объективный учет результатов терапевтического действия лекарственных препаратов и физиотерапевтических процедур.

Кроме того гальваническая проба на боль может быть использована как дополнительное исследование при диагностике и экспертизе временной нетрудоспособности у больных пояснично-крестцовым радикулитом.

О ЛЕЧЕНИИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПИРАБУТОЛОМ

Б. Г. БУДАШЕВСКИЙ

Из неврологического отделения Нарвской городской больницы

Под наблюдением находилось 125 человек с заболеваниями периферической нервной системы (в основном больные ишиасом). Проводилось лечение чешским препаратом пирабутолом, состоящим из бутадиона и паримидона.

Пирабутол оказывает выраженное анальгезирующее и противовоспалительное действие. Эффективность пирабутола тем выше, чем острее протекает заболевание.

Предпочтительнее внутримышечное введение пирабутола, так как при этом достигается хороший эффект и устраняется возможность раздражения слизистой желудочно-кишечного тракта.

Наиболее целесообразной является суточная доза в 3,0 мл внутримышечно в течение 5—7 дней.

ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ПАРАЛИЧА ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Э. А. РООДЕ

Из Тартуской республиканской клинической больницы

В лечении периферических параличей лицевого нерва в последнее время важное место занимает электростимуляция экспоненциальным или импульсным током. В настоящее время широко применяется отечественный аппарат АСМ₂. Частота экспоненциального тока этого аппарата в пределах 8—80 импульсов в секунду и длительность импульсов 3—60 м.сек. Благодаря возможности изменения длительности и частоты данного тока можно применять у каждого отдельного больного оптимальную частоту и длительность импульса, соответствующие лабильности поврежденного нерва. В связи с этим у каждого больного перед началом лечения необходимо определять лабильность или функциональное состояние данного нерва.

Определение лабильности и лечение электростимуляцией желательно начинать не ранее чем с 10-го дня заболевания, так как в начале заболевания нерв находится в раздраженном состоянии.

Определение лабильности в период лечения надо проводить повторно, так как лабильность нормализуется параллельно с клиническим выздоровлением пораженного лицевого нерва. Определяется лабильность методом электродиагностики.

При проведении лечения активный электрод площадью 4—6 см² фиксируется на нервной точке больной половины лица, а инактивный электрод площадью 50—100 см² помещается на затылке или плечевой области. Длительность процедуры около 15—20 минут. Средний курс лечения 20—30 сеансов.

В неврологическом отделении Тартуской республиканской клинической больницы электростимуляция применяется в течение двух лет при лечении периферического паралича лицевого нерва различной этиологии как у амбулаторных, так и у стационарных больных.

У всех больных перед началом лечения проводили определение лабильности. Определение лабильности повторяли в ходе лечения с интервалами около 10—14 дней,

так как в зависимости от динамики улучшения применялся ток соответствующий данной лабильности. Результаты лечения хорошие. Все наши больные поправились или полностью, или с небольшим дефектом лицевой мимики, причем контрактур мимических мышц лица не наблюдалось. Параллельно применялись медикаментозное лечение, физиотерапевтические тепловые процедуры и ручной массаж. Средняя длительность выздоравливания 2—3 месяца.

Результат лечения в большинстве случаев зависит от этиологии заболевания и времени поступления больного на лечение. Полиомиелитические параличи лицевого нерва с нуклеарным поражением и запоздалые случаи нуждаются в повторном и длительном лечении электростимуляцией.

Правильно проведенная электростимуляция значительно ускоряет выздоравливание периферических параличей лицевого нерва.

СДВИГИ АКТИВНОСТИ ХОЛИНЭСТЕРАЗЫ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ИОНИЗИРОВАННОГО КИСЛОРОДА ПОДКОЖНО БОЛЬНЫМ С ОСТАТОЧНЫМИ ЯВЛЕНИЯМИ ПОЛИОМИЕЛИТА

А. А. СИИМРЕ

Из Тартуской республиканской клинической больницы

Вопросы комплексного лечения в восстановительном периоде больных полиомиелитом являются в настоящее время в нашей республике одной из важнейших проблем.

С 1956 г. в неврологическом отделении Тартуской республиканской клинической больницы начали применять с хорошими результатами кислород подкожно в качестве одного из компонентов лечения больных полиомиелитом. В 1958 г. перешли к применению подкожно ионизированного кислорода. Лечение ионизированным кислородом проводится оригинальным прибором, изготовленным в Тартуском государственном университете на кафедре физики.

Задачей настоящей работы было исследовать влияние ионизированного кислорода на сдвиги активности холинэ-

стеразы в сыворотке крови у больных полиомиелитом в восстановительном периоде.

При применении больным подкожно ионизированного и неионизированного кислорода проверялась в сыворотке крови активность холинэстеразы 3 раза: первый раз перед применением ионизированного или неионизированного кислорода, второй — через 10—15 минут и третий раз через 70 минут после применения кислорода.

До настоящего времени проведено 217 исследований 36-ти больным. Из них 31 больному полиомиелитом в восстановительном периоде и в целях контроля 5 больным с невротическими жалобами. После применения отрицательно ионизированного кислорода во всех исследованиях активность холинэстеразы в сыворотке крови была повышена. При исследовании через 60 минут после применения отрицательно ионизированного кислорода у разных больных повышение активности колебалось в пределах 6—84 единиц. Чаще всего повышение было в пределах 20—50 ед.

В контрольной группе было произведено 66 исследований с неионизированным кислородом. В 60 случаях при исследовании через 60 минут после применения неионизированного кислорода у разных больных было повышение активности холинэстеразы в пределах 4—76 ед. Чаще всего повышение было в пределах 15—30 ед. и только 6 раз отмечалось понижение активности в пределах 3—54 ед.

Оказалось, что в случаях, когда одному и тому же больному применялся вначале отрицательно ионизированный, а через 3—4 дня неионизированный кислород, после применения ионизированного кислорода активность холинэстеразы в сыворотке крови повышалась больше.

Наши исследования показали, что после применения отрицательно ионизированного кислорода укорачивается патологически удлиненная хронаксия мышц. Последнее наблюдение позволяет считать, что ионизированный кислород действует не только на активность холинэстеразы в сыворотке крови, но и на синапсы.

На основании вышесказанного оправдывается применение отрицательно ионизированного кислорода в лечении полиомиелита в восстановительном периоде.

О ВЛИЯНИИ ИОНИЗИРОВАННОГО КИСЛОРОДА НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПОЛИОМИЕЛИТА

М. В. ЛЕПП и Т. А. ТАНИМЯЕ

*Из кафедры неврологии и пропедевтики внутренних болезней
Тартуского государственного университета*

Современная медицина придает большое значение изучению физиологического действия ионотерапии и аэроионов. В ТГУ изучается действие ионизированного кислорода на различные функции организма.

В настоящей работе мы пытались установить действие ионизированного кислорода и целесообразность его применения при лечении больных в восстановительном периоде полиомиелита.

В ходе работы нами обследованы 24 больных в восстановительном периоде полиомиелита и 10 больных с другими диагнозами. Изучалось действие отрицательных и положительных ионов на температуру кожи, аксиллярную температуру и потоотделение при разных способах введения ионизированного кислорода. Всего проведено 71 исследование.

Пользовались оригинальным термоионизатором, позволяющим вводить дозированный ионизированный кислород ингаляционным и подкожным путем. Аппарат сконструирован на кафедре физики ТГУ Я. Рейнетом.

Ионизированный кислород обладает более интенсивным действием по сравнению с неионизированным кислородом. Характер действия ионизированного кислорода определяется его электрическим зарядом. Под влиянием отрицательно заряженного кислорода повышается температура кожи, уменьшается потоотделение и в большинстве случаев исчезает температурная асимметрия у больных полиомиелитом. Действие положительно ионизированного кислорода противоположно описанному.

Время наступления действия и его продолжительность зависят от способа введения. При ингаляции действие наступает быстро (30 мин.) и длится недолго (60—70 мин.). При подкожном введении действие наступает позже (45—90 мин.) и проявляется более длительно (2 часа и более).

При подкожном введении кислорода наблюдается местная реакция на месте введения (гиперемия кожи, снижение или подъем температуры кожи). При обоих видах введения ионизированного кислорода мы, очевидно, имеем дело с общерефлекторным действием.

При лечении больных в восстановительном периоде полиомиелита показано применение ионизированного кислорода с отрицательным зарядом, так как от действия последнего возникает подъем температуры кожи в гипотермических областях, т. е. наблюдается нормализация вегетативно-трофических функций.

При лечении больных в восстановительном периоде полиомиелита ионизированным кислородом отрицательного заряда следовало бы комбинировать ингаляцию с его подкожным введением.

Ионизированный кислород с положительным зарядом оказывает неблагоприятное действие и суживает кровеносные сосуды кожи у больных полиомиелитом. При лечении этих больных его применение противопоказано.

О ДЕЙСТВИИ ЭЛЕКТРОАЭРОЗОЛЕЙ НА НЕКОТОРЫЕ ФУНКЦИИ ОРГАНИЗМА У БОЛЬНЫХ ПОЛИОМИЕЛИТОМ С РАССТРОЙСТВАМИ ДЫХАНИЯ

Э. Ю. КРОСС и Р. И. ЦУППИНГ

*Из неврологического отделения Тартуской республиканской
клинической больницы*

За последние годы в медицинской практике нашли широкое применение электроаэрозоли. При применении электроаэрозолей достигнуты хорошие результаты в предупреждении и лечении легочных заболеваний.

В то же время имеются разногласия в объяснении механизма биологического действия электроаэрозолей.

Целью данной работы является исследование действия отрицательно и положительно заряженных аэрозолей воды и аэрозолей эфедрина на частоту дыхания, на сердечную деятельность, респираторную аритмию, артериальное давление крови и на жизненную емкость легких у больных полиомиелитом с недостаточностью внешнего дыхания.

Запись дыхания проводилась по пневмографическому методу, сердечная деятельность методикой Флейша, при которой ординатами на кимографе с высокой точностью записываются промежутки времени между отдельными ударами сердца.

Проведено 68 исследований у 18 больных полиомиелитом с расстройствами дыхания, которые лечились в неврологическом отделении Тартуской республиканской клинической больницы.

Для получения электроаэрозолей мы использовали оригинальную установку, сконструированную на кафедре общей физики Тартуского государственного университета.

При действии аэрозолей с отрицательным зарядом у большинства больных с понижением внешнего дыхания от слабости дыхательной мускулатуры, дыхательная и сердечная деятельность, а также их взаимоотношение изменяются. После достигнутых изменений указанные показатели приближаются к физиологическим. Недостаточная до ингаляции дыхательная аритмия увеличивается, в большинстве случаев достигается нормализация ускоренной дыхательной и сердечной деятельности, а также их соотношения.

Аэрозоли с положительным зарядом вызывают в организме неблагоприятные реакции, которые проявляются в уменьшении респираторной аритмии, в повышении артериального давления и в ухудшении самочувствия.

В жизненной емкости легких нами использованные электроаэрозоли существенных изменений не вызывают.

Действие электроаэрозолей зависит от исходного функционального состояния организма. Ведущее значение при нормализации расстроенных функций организма имеют отрицательно заряженные ионы.

Исходя из своей работы, мы не можем приписать аэрозолям эфедрина избирательного действия на функции легких. Для последних равное значение имеют отрицательно заряженные частицы воды. Неблагоприятное действие положительно заряженных частиц наблюдалось при использовании как воды, так и эфедрина.

Исходя из представленного материала, для восстановления дыхательной и сердечной деятельности у больных с ослаблением внешнего дыхания, пострадавшего в результате слабости дыхательных мышц, для лечебных процедур должны применяться отрицательно заряженные аэро-

золи. Оптимальная продолжительность сеанса 10 минут, в течение которого больной получает около 750 миллиардов отрицательно заряженных частиц. Процедуры желательно проводить неделями, один раз в сутки. В зависимости от легочных осложнений, к аэрозолям следует добавлять соответствующие медикаменты (антибиотики, гиалуронидазу), частицы которых при этом также оказываются заряженными.

У больных с дыхательными расстройствами, перенесших полиомиелит, применение положительно заряженных аэрозолей безразлично и действует неблагоприятно на восстановление жизненных функций организма.

О ВЛИЯНИИ ЗАНЯТИЙ БОКСОМ НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ

А. В. ШЕВАЛЬЕ

старший научный сотрудник

*Из нейрохирургического отделения Таллинской
республиканской больницы*

С целью установления влияния занятий боксом на центральную нервную систему нами обследовано амбулаторно 16 боксеров и подвергнуты анализу истории болезни 5 боксеров, находившихся на стационарном лечении.

Из 16 боксеров у 3 в анамнезе имелись указания на признаки поражения нервной системы; из них 1 перенес гемиплегию с афазией, вызванную ударом по голове. При неврологическом обследовании у 7 человек отмечены легкие, но вполне достоверные признаки органического поражения центральной нервной системы. Только 8 из 16 осмотренных боксеров могли считаться с неврологической точки зрения вполне здоровым.

Из 5 стационарно обследованных боксеров: 1) юноша 18 лет с обширной субдуральной гематомой, возникшей вследствие удара в висок во время соревнования, был спасен своевременно предпринятой краниотомией; 2) мужчина 23 лет скончался от множественных кровоизлияний — субдурального, субарахноидального и в мозговой ствол в результате ударов, полученных во время соревнования; 3) боксер 27 лет обследуется по поводу

травматического арахноидита с гидроцефалией. Внезапный смертельный исход. На вскрытии очаговый глиоз и кровоизлияния в стволе головного мозга, размягчения в белом веществе мозга с выраженной водянкой мозга; 4) мужчина 20 лет в результате стационарного обследования признается негодным к военной службе в строю по поводу травматической энцефалопатии, связанной с боксом; 5) боксер 39 лет с длительным спортивным стажем имеет выраженную мозжечковую патологию, которая полностью укладывается в рамки типичной травматической энцефалопатии боксеров.

Приведенные случаи тяжелых травм мозга с 2 смертельными исходами и инвалидизация молодых мужчин в результате занятий боксом, а также обнаруженные признаки поражения центральной нервной системы у половины осмотренных якобы здоровых боксеров являются лишним доказательством вредных последствий этого вида спорта. Зарубежная медицинская литература изобилует подобными же, значительно более многочисленными наблюдениями.

Из анализа приведенных клинических наблюдений и сопоставления их с литературными данными нельзя не прийти к следующему выводу: бокс в его современной форме является вредным с точки зрения советского здравоохранения видом спорта; будучи пережитком кулачного боя, возникшего на низком уровне культуры человеческого общества, неизбежной целью которого всегда ставилось причинение физического ущерба здоровью противника, массовое занятие боксом, особенно в форме публичных зрелищ, оказывает морально разлагающее влияние и несовместимо с гуманными принципами советской физической культуры, а поэтому должно быть запрещено законом.

О ДЕЙСТВИИ МАЛЫХ ДОЗ АЛКОГОЛЯ

Э. Ю. КАРУ

*Из кафедры психиатрии и судебной медицины
Тартуского государственного университета*

В проведенной работе изучалось действие однократной дозы алкоголя (0,5 г/кг натошак) на картину крови, на высшую и вегетативную нервную деятельность. Параллельно с этим определялась концентрация алкоголя в

крови. Было исследовано 5 здоровых лиц и 10 хронических алкоголиков, из которых часть находилась на лечении с алкогольными психозами.

Сдвиги в морфологическом составе крови и в концентрации ее сывороточного белка после приема алкоголя были значительные и протекали в разном направлении.

а) Количество лейкоцитов у здоровых колебалось незначительно. У одной части хронических алкоголиков сдвиги в количестве лейкоцитов были слабо выражены, у другой части имелся интенсивный пищевой лейкоцитоз, причем количество лейкоцитов после приема алкоголя увеличивалось на 2000—7000 клеток в мм^3 (более 100%).

б) У здоровых лиц наблюдалось два типа изменений концентрации сывороточного белка и количества эритроцитов. При первом типе сдвиги количества эритроцитов и концентрации сывороточного белка протекали в одном направлении, причем увеличению концентрации алкоголя в крови соответствовало быстрое уменьшение количества эритроцитов (на 400 000 клеток в мм^3) и концентрации сывороточного белка (на 1,15%), достигая минимума к моменту максимальной концентрации алкоголя в крови (т. е. через 30—40 мин. после приема алкоголя).

За этим следовал быстрый подъем концентрации сывороточного белка (до 2,2%) и количества эритроцитов (до 500 000 клеток в мм^3). Количество эритроцитов увеличивалось несколько быстрее. К концу опыта, когда концентрация алкоголя в крови приближалась к уровню эндогенного алкоголя, количество эритроцитов и концентрации сывороточного белка крови снижались и стабилизировались.

При втором типе сдвигов количество эритроцитов и концентрации сывороточного белка колебались в противоположном друг другу направлении. Большей частью первоначальному подъему концентрации алкоголя в крови соответствовало снижение концентрации сывороточного белка и увеличение количества эритроцитов. Затем следовали значительные сдвиги этих показателей в противоположном друг другу направлении.

в) У хронических алкоголиков наблюдались такие же гомеостатические сдвиги красной крови и концентрации сывороточного белка, как и у здоровых.

При первом типе сдвигов первоначальный подъем концентрации алкоголя в крови вызвал быстрое падение концентрации сывороточного белка (на 1,7%) и количества эритроцитов (на 270 000 клеток в мм³), затем следовал быстрый подъем этих показателей (конц. сыв. белка на 1,45% и количества эритроцитов на 480 000 клеток в мм³). Позже наблюдались менее выраженные сдвиги количества эритроцитов и стабилизация концентрации сывороточного белка.

В качестве второго типа наблюдались сдвиги концентрации сывороточного белка и количества эритроцитов, более выраженные в конце опыта, и протекавшие противоположно друг другу.

При третьем типе сдвигов изменения концентрации сывороточного белка и количества эритроцитов протекали приблизительно в одном направлении и были более выраженными в промежутке от 2 до 4 часов после приема алкоголя.

Сдвиги концентрации сывороточного белка на протяжении всего опыта превышали исходный уровень на 1,08% или падали ниже его на 2,0%. Количество эритроцитов превышало исходный уровень или падало ниже его на 700 000 клеток в мм³.

В связи с тем, что у некоторых лиц кратковременно, а у других от 2 до 4 часов после приема алкоголя, количество эритроцитов и концентрация сывороточного белка могут быть значительно изменены, нельзя проводить исследования крови у лиц в алкогольном опьянении или даже у употребивших алкоголь в небольших количествах.

О ДЕЙСТВИИ МАЛЫХ ДОЗ АЛКОГОЛЯ НА ВЫСШУЮ И ВЕГЕТАТИВНУЮ НЕРВНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Доц. Ю. М. СААРМА

*Из кафедры психиатрии и судебной медицины
Тартуского государственного университета*

У больных хроническим алкоголизмом латентный период словесных ассоциаций длиннее чем у неалкоголиков, больше примитивных ассоциаций, новые словесные связи образуются медленнее, решение простых счетных задач требует больше времени и латентный период моторных реакций также длиннее.

Под действием малых доз алкоголя (0,5 г абс. алк. на 1 кг веса тела) значительно замедляется образование новых словесных связей и решение счетных задач, а также удлиняется латентный период моторных реакций. Латентный период словесных реакций немного укорачивается, но число примитивных реакций увеличивается. Действие алкоголя однородно как у неалкоголиков, так и у больных хроническим алкоголизмом, однако у последних изменения проявляются быстрее и сильнее.

У больных хроническим алкоголизмом пульс и дыхание немного реже и электрическое сопротивление кожи ниже, чем у неалкоголиков. Под действием алкоголя дыхание учащается, пульс урежается и кожное сопротивление сначала уменьшается, а потом увеличивается. У алкоголиков изменения вегетативных функций протекают медленнее и слабее, чем у неалкоголиков.

Вегетативный компонент ориентировочного рефлекса у больных хроническим алкоголизмом недостаточно выражен. Под действием алкоголя у некоторых алкоголиков возникает временное оживление, а у всех неалкоголиков — ослабление вегетативного компонента ориентировочного рефлекса.

Алкоголь вызывает значительное учащение экстрасистол, особенно во время ориентировочного рефлекса.

Полученные данные показывают, что однократное применение малого количества алкоголя обуславливает образование торможения как в высшей, так и в вегетативной нервной деятельности. Вследствие хронической алкогольной интоксикации образуется постоянный тормозной синдром, который при применении алкоголя каждый раз углубляется.

РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ В ЭСТОНИИ

Х. П. СААР

Из Тартуской республиканской клинической больницы

Заболеваемость рассеянным склерозом в Эстонии ССР надо считать сравнительно высокой — приблизительно 40 случаев на 100 000 жителей.

В период с 1925—1959 г. в Эстонской ССР диагноз первичного заболевания рассеянным склерозом установлен

в 660 случаях. Из них женщины составляли 58%, мужчины 42%. Наибольшее количество случаев падало на возраст от 20 до 40 лет (68%) и наиболее часто заболевание встречалось среди сельских жителей.

Заболевание рассеянным склерозом в подавляющем большинстве случаев являлось моносимптоматическим (75%), значительно реже полисимптоматическим (25%). Среди начальных симптомов первое место занимали нарушения моторики (47%), второе место — болевой синдром и парестезии (20%). Менее часто встречались нарушения координации (16%), нарушения зрения (7%) и глазодвигательных нервов (3%).

Наиболее часто встречающейся клинической формой рассеянного склероза оказалась цереброспинальная форма (57%). В отношении течения заболевания наиболее часто отмечалось хроническое ремитирующее течение с обострениями (50%). Длительность ремиссий колебалась от 1 года до 10 лет. При офтальмических формах ремиссии были самыми продолжительными (до 33 лет).

Разграничение рассеянного склероза по отдельным клиническим формам оказалось целесообразным при первичных вспышках заболевания, прежде всего в интересах дифференциальной диагностики. Последнее подчеркивается сравнительно большим количеством ошибочных диагнозов (13%).

Прогностическую ценность определения клинической формы полисклероза нужно считать только относительной. Все же, хронически ремитирующие офтальмические формы протекают наиболее легко. Тяжелыми оказались полисимптоматически начавшиеся цереброспинальные формы, а также случаи с острым началом.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ЭПИЛЕПСИИ

Л. А. КИВИВАРЕ и Х. И. ВАЗАР

*Из Тартуской республиканской клинической
психоневрологической больницы*

Проанализировано 702 случая эпилепсии, находившихся в Тартуской республиканской клинической психоневрологической больнице за период от 1945 по 1959 гг. В 1945 г. и 1946 г. больные эпилепсией составляли 14% от общего числа поступивших в стационар больных, а к

1958 году этот % упал на 3,8. Особенно резкое снижение было в 1948 году (с 14% до 9%). В этом же году был открыт Гартуский психоневрологический диспансер, в связи с чем улучшилось амбулаторное лечение больных эпилепсией. До 1950 года из общего числа больных эпилепсией, лечившихся в стационаре, мужчины составляли $\frac{2}{3}$, начиная с 1951 г. увеличивается количество женщин. Половина госпитализированных больных эпилепсией были в возрасте от 16 до 30 лет.

Причиной госпитализации являлись учащение припадков ($\frac{2}{3}$ случаев), сумеречные состояния, трудовые и судебно-психиатрические экспертизы. С диагностической целью за последние годы госпитализировались только единичные больные. В 1958—1959 гг. из всех больных эпилепсией, принятых в стационар, 96% составляли повторные больные, у которых после успешного лечения в стационаре наблюдалось в домашних условиях ухудшение состояния. Последнее указывает на необходимость улучшения амбулаторного лечения этих больных.

За наблюдаемый период в стационаре применялись различные методы лечения. При частых больших припадках оказались эффективными бромиды, особенно в виде «депо» и в комбинации с люминалом и экстрактом алоэ. При малых припадках эффективнее лечение по Серейскому, комбинированное с триметином. Особенно большое значение имеет правильное назначение суточной дозы лекарства.

Выбор метода лечения, дозы и установление прогноза зависят от характера припадков и их динамики. В дальнейшем необходимо еще больше расширить диапазон применяемых лечебных методов.

О ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ У АЛКОГОЛИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНТАБУСОМ

*Кандидат медицинских наук В. П. ЗУХАРЬ и Т. П. ПЛАТОНОВА
Из Таллинской психоневрологической республиканской больницы*

Со времени применения антабуса для лечения алкогольной болезни клиницистами стали отмечаться различные осложнения, и в первую очередь психические нарушения, начиная от незначительных астенических состояний и кончая выраженными психозами с затяжным течением.

Начиная с 1952 года, нами было проведено лечение антабусом 457 больных хроническим алкоголизмом. Побочные явления в виде головных болей, головокружения, сонливости, повышенной утомляемости, психической напряженности и страха, давящих и колющих болей в области сердца, тошноты, иногда рвоты, болей в области печени и др., наблюдались у 19 человек, что составляет 4% от всех лечившихся. Все перечисленные симптомы исчезали вскоре после прекращения приема антабуса или уменьшения дозы.

Психозы возникли у 9 человек (2%): у 6 больных наблюдались кратковременные психотические вспышки (от 2 до 7 дней), у 3 больных — затяжные психозы. Характерно, что у двух больных антабусные психозы возникли после одного лишь приема препарата, до проведения алкогольных проб. У одного больного антабусотерапия вызвала рецидив психического заболевания (шизофрении в стадии ремиссии). Обычно психозу предшествовала определенная неблагоприятная почва: чаще они возникали у лиц с неблагоприятной наследственностью, перенесших психические травмы или обнаруживших повышенную чувствительность к антабусу.

Все вышеуказанное заставляет более осторожно относиться к отбору алкоголиков для лечения антабусом. Кроме того, необходимо тщательно следить за различными, даже незначительными невропсихическими нарушениями во время антабусотерапии. Своевременно предпринятое лечение психических нарушений аминазином, инсулином, глюкозой с витаминами В₁ и С, сернокислой магнезией, кислородом и др., дает эффективные результаты.

Редактор А. В. Шевалье

Сдано в набор 2 I 1961. Подписано к печати 13 I 1961. Формат бумаги 54×84, 1/16. Печатных листов 4,5. МВ-00185. Заказ № 18. Тираж 200. Типография «Юхисэлу», Таллин, ул. Пикк, 40/42.

Бесплатно.

БЕСПЛАТНО

A

1961

23572

7502653

TÜ RAAMATUKOGU



1 0300 00750265 3