



NÕUKOGUDE EESTI **TERVIS- HOID**



EESTI NSV TERVISHOIAMINISTEERIUMI AJAKIRI

3 · 1987



CHLOZEPIDUM

Sünonüümid: *Chlordiazepoxid, Elenium*

Klosepiid vähendab või kõrvaldab täielikult hirmutunde, erutuse, emotsionaalse pinget.

Ravim on näidustatud neuroosi ja psühhopaatia korral, samuti nendega sarnaste seisundite korral, kui haigusvorm on esikohal erutuvus, rahutus, emotsionaalne pinget, luulud.

Täiskasvanuile antakse 0,005 ... 0,01 g (1 ... 2 tabletti) klosepiidi 2 ... 4 korda päevas. Lastele määratakse ravimi annus vastavalt vanusele.

Pakendis on 50 kattega tabletti à 5 mg toimeainet.

PYRIDITOLUM

Sünonüümid: *Encephabol, Enerbol, Pyritinol*

Püriditool on psühhofarmakon, mis mõjutab kesknärvisüsteemi metaboolseid protsesse.

Ravim avaldab nõrka psühhostimuleerivat, depressioonivastast ja sedatiivset toimet.

Kasutatakse pidurdatud oleku ja kerge depressiivsete seisundite korral, samuti asteeniliste seisundite ning tserebraalateroskleroosi korral.

Püriditooli ordineeritakse ka neuroleptikumide toime korrigeerimiseks.

Originaalpakendis on 60 tabletti à 0,1 või 0,05 g toimeainet.

SISU

E. Palo, M. Kivilo — Tervishoiusüsteemi peaspetsialistide osa sanitaarharidustöös 163

TEORIA JA PRAKTIKA

I. Sor — Kaasasündinud südameriketega vastsündinute spetsialiseeritud kardiokirurgilise ravi korraldus 165

J. Aru, T. Kask, R. Lai, T.-A. Sulling — Intraaortaalse balloompulsatsiooni kasutamise taktika aortokoronaarse šunteerimise korral 167

T. Aareleid, M. Rahu — Pahaloomuliste kasvajatega haigete elulemus Eestis 1968... 1981 171

J. Kaik, Y. Kalde, M. Vainu, V. Mahhotina, I. Vertman, M. Malviste — Südamevatsakeste programmeeritava elekterstimulatsiooni ja Holteri monitorjälgitamise andmete võrdlus eluohtlikest rütmihäiretest ohustatud haigete väljaselgitamisel 173

M. Lember, A. Tamm, M. Uusküla — Laktoosi malabsorptsiooni ja harjumuslik piimatarbimise müokardiinfarktihaigetel 177

ÜLEVAATED

M. Otter, K. Kukk — Lasteravimite probleeme 180

Š. Gulordava, H. Poola — Ägeda pankreatiidi kirurgiline ravi 185

R. Heiman — Maoerosioonid 194

T. Podar — Difuusse toksilise struuma patogenees 197

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

R. Geine, L. Paavel — Goodpasture'i sündroom lastel 200

H. Vallikivi — Vältigem laste põletustrauumasid! 202

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

T.-A. Sulling — Jaak Maaroo meditsiini-doktoriks 203

J. Eha — Uusi meditsiinkandidaate 204
Tartu Meditsiiniakadeemia 1987. aasta lõpetajaid 205

ARSTITEADUSE AJALOOST

V. Kalnin, M. Lõvi-Kalnin — XIX sajandi Tartu palbrid 206

H. Gustavson — Apteekide juubelid 1987. aastal 207

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

A. Talihärm — Transkraniaalse elektroanalgeesia alane konverents 210

I. Vahula — Üleliiduline õppemetoodika-konverents 210

H. Sillastu — Rahvusvahelise Tuberkuloositõrje Liidu juhtorganite nõupidamised 211

ARSTIDE SELTSIDES

P. Zobel — Eesti Farmatseutide Seltsi tegevusest 212

KRIITIKA JA BIBLIOGRAAFIA

V. Kalnin, M. Lõvi-Kalnin — Tartu Ülikool Läti teadusloos 214

MEIE JUUBILARE 217

Gerda Bürger, Linda Espar, Roman Tsurenkov, Piia Zobel, Ellen Blinova, Edgar Madis, Haldi Ernstson, Artur Lind, Hans Väre, Jaan Lepp, Lea-Mai Mitt, Kaljo Mitt

VÄLISMAALT

N. Elštejn — Reisimärkmeid Lõuna-Ameerikast 221

UUSI RAVIMEID

A. Jürison — Karfetsilliinnaatrium 223

IN MEMORIAM

Marionella Tsetverikova 25. III 1919... 18. XII 1986 224

Olga Vössotskaja 18. IX 1920... 29. XII 1986 224

Ernst Mill 2. XII 1896... 17. II 1987 225
Endel Kingisepp 28. IX 1928... 18. II 1987 225

Marika Paal 18. IV 1960... 24. II 1987 226

Agnessa Upart 14. IV 1909... 3. III 1987 226

Boris Liberman 8. VI 1925... 18. III 1987 227

Anto Korp 12. II 1905... 2. IV 1987 227

QUAESTIONES LINGVAE ESTONICAE IN MEDICINA 228

KROONIKA 228

NB

«Nõukogude Eesti Tervishoid»

ilmub 6 korda aastas. Tellimishind aastaks 3 rbl., poolaastaks 1 rbl. 50 kop. Tellimusi võtavad vastu «Ajakirjanduslevi» osakonnad ja kõik sidekontorid. Tellimusi välismaale saab vormistada aadressil

Москва Г. 200, «Международная книга».

Toimetuskolleegium

L. Allikmets, P. Bogovski, N. Elstein, K. Gross, A.-E. Kaasik, M. Kivilo, V. Laos (peatoimetaja asetäitja), J. Saarma, U. Sibul, R. Silla, R. Zupping, O. Tamm (peatoimetaja), E. Tomberg.

Toimetusunõukogu

A. Adamsoo (Tartu), A. Haavel (Kingissepa), V. Ilmoja (Tallinn), T. Ilves (Hiiumaa), M. Johanson (Tartu rajoon), A. Juhasoo (Põlva), T. Kadastik (Rapla), R. Kariis (Viljandi), A. Klink (Võru), H. Raaga (Harju rajoon), P. Rahu (Valga), T. Randlane (Rakvere), V. Randrüt (Paide), L. Rebane (Pärnu), A. Rodin (Kohtla-Järve), M. Silland (Narva), M. Tarum (Jõgeva), T. Vlosius (Haapsalu).

Korrektor T. Peep. Tehniline toimetaja L. Art. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19, Kallaku 3. Tel. 44 43 70. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pärnu mnt. 8, tel. 44 24 84. Ladumisele antud 20. 04. 1987. Trükkimisele antud 22. 05. 1987. Trükiarv 6000. Ofsetpaber nr. 1. 70×100/16. Trükipoognaid 5,0. Tingtrükipoognaid 6,5. Arvestuspognaid 8,74. Tell. nr. 1665. MB-05427. ЕКР Keskkomitee Kirjastuse trükikoda. Tallinn, Pärnu mnt. 67-a.

Журнал «Ньюкогуде Ээсти Тервисхойд» (Здравоохранение Советской Эстонии). Выходит 6 раз в год. На эстонском языке. Резюме на русском и английском языках. Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР. Издательство «Периодика», Таллин. Тираж 6000. Печ. лист. 5,0. Усл.-печ. лист. 6,5. Уч.-изд. лист. 8,74. Заказ № 1665. MB-05427. Типография Издательства ЦК КП Эстонии. Таллин, Пярну маантеэ, 67-а.

© Kirjastus «Perioodika».
«Nõukogude Eesti Tervishoid», 1987

Käsitõrjad esitatakse toimetusele kahes eksemplaris masinakirjas, ridade vahe kaks intervalli. Tõõ olgu aktuaalne ja tänapäeva teaduse tasemel. Artikkel koosnegu pealkirjastatud osadest: sissejuhatus ja tõõ eesmärk, uurimismaterjal ja -meetodid, tulemused, arutelu, kokkuvõte ja järeldused. Käsitõri peab olema keelelt korrektne, terminid, valemid, mõõtühikud, tsitaadid, nimed, initsiaalid kontrollitud, ka 3... 7 võtmesõna lisatud. Uudse termini või mõiste kasutuselevõtmisel tõõs esitatu su ee võimalikult mitmes keeles (ladina, vene, inglise, saksa). Artiklid esitatu su kokkusurutult mitte üle nelja ja ülevaated mitte üle kümne lehekülje, kirjandus sealhulgas kuni 10 ja 30 nimetust. — Asutuse tõõnd, kas tõõ on plaaniline või mitte või dissertatsiooni fragment, esitatakse koos käsitõrjaga. Teadusliku tõõ käsitõrja viseerib teaduslik juhendaja. — Andmed kõikide autorite kohta (perekonna-, ees- ja isanimi, asutuse nimetus, kodune aadress, tõõkoha ja kodune telefon, sünniaasta, perekonnaseis, laste arv) lisatakse käsitõrja lõppu koos kõikide autorite allkirjadega. Kõrgkoolide ja uurimisinstituutide tõõtajad märkigu ka kateedri või osakonna nimetus. — Resümeed esitatu su vene keeles (15... 20 rida masinakirjas) ja inglise keeles (8... 12 rida) või lisatu su tõõkimiseks sobiv eesti-keelne kokkuvõte. — Kirjandus. Bibliograafias paigutatakse üldreeglina ette ladina tähestikuga ja nende järele venekeelsed kirjandusallikad. Mõlemas rühmas järjestatakse autorid tähestikuliselt. Raamatutel märgitakse autori perekonnanimi, initsiaalid, pealkiri, väljaandmise koht ja ilmumisaasta. Ajakirjade puhul tuuakse kõikide autorite perekonnanimed ja initsiaalid, artikli pealkiri, ajakirja täielik nimetus, ilmumisaasta, kõide, anne või number, artikli lehekülgede algus- ja lõpunumbrid. — Fotod ja joonised koos allkirjadega paigutatakse käsitõrja lõppu. On soovitatav foto, eriti mikrofoto tagaküljele märkida ülemine serv.

Lubamatu on toimetusele saata tõõid, mis on teistes väljaannetes või monograafia osana juba trükitud.

Toimetus ei tagasta fotosid ja jooniseid ning avaldamisele tulevate artiklite käsitõrju.

Honorari makstakse Tallinna autoritele 11., 12. ja 26. ning 27. kuupäeval kirjastuse «Perioodika» kassas Pärnu mnt. 8. Väljaspool Tallinna elavatele autoritele saadetakse honorar koju posti teel.

TARTU ÜLIKOOLI
RAAMATUKOGU

UDK 614.2

Tervishoiusüsteemi peaspetsialistide osa sanitaarharidustöös

Ene Palo Maano Kivilo · Tallinn

tervishoiusüsteemi peaspetsialistid, sanitaarharidustöö, ülesanded, kaader, emad, lapsed, terviseõpetus

Koos tervishoiu profülaktilise suuna tähtsamaks muutumisega suureneb üha enam arstide kasvatuslik funktsioon — rahva tervisliku eluviisi kujundamine.

Tervishoiu peaülesanne tänapäeval ongi tervisliku eluviisi kujundamine. Iga inimene peab oma tervist säilitama ja parandama. Selle suuna tähtsustamist näitab ka Üleliidulise Sanitaarhariduse Teadusliku Uurimise Keskinstituudi ümbernimetamine Üleliiduliseks Meditsiiniprobleemide ja Rahvastiku Tervisliku Eluviisi Kujundamise Teadusliku Uurimise Instituudiks. Selles kajastub eelkõige paljude uuenduste rakendamine sanitaarharidustöös. Kuid oma kirjutises piirdume peaspetsialistide osa ja ülesannete käsitlemisega sanitaarharidustöös.

Lühidalt formuleerituna võib peaspetsialisti pidada sanitaarharidustöös esmatähtsusega lüliks. See seisukoht ei ole tulnud seoses uutmisega, vaid on kehtiv ammust ajast. Paraku on paljud selle unustanud või siis hoopiski arvesse võtmata jätnud. Ent praegu, mil sanitaarharidustöö on omandanud eriti suure tähtsuse, ei saa peaspetsialisti osast sanitaarharidustöös enam mööda vaadata.

Nii kerkib kolleegiumide, ravinõukogude koosolekutel ja muudel nõupidamistel päevaprobleemidest kõneldes ja meditsiiniküsimustele hinnangut andes üsna sageli pävakorrale tõsiasia,

et rahvastiku sanitaarharidusalased teadmised on vähesed, et inimesed on selles valdkonnas isegi harimatud. Näitena tooksime siinkohal laste suremuse, kirurgilist ravi vajavate haigete hilise arsti poole pöördumise, alkoholi hilinevad avastamise ja mitme nakkushaiguse levimise. Rahva vähesed sanitaarharidusalased teadmised on meedikute seni veel puudulikult tehtud töö otsene kajastus.

Sanitaarharidustöötajate koosseisulise kaadri vähesuse tõttu ei ole aga võimalik neid rakendada igapäevases sanitaarharidustöös. Sanitaarharidustöötajate põhikohustus on sanitaarharidustöö metoodiline juhendamine. Tegelik sanitaarharidustöö on aga kõigi medikute ülesanne, mis on fikseeritud kohustuses, mille järgi kõik tervishoiutöötajad peavad iga kuu neli tundi oma tööajast tegelema sanitaarharidustööga. Ehk teisisõnu — iga tervishoiutöötaja on ühe kalendrikuu jooksul ühtlasi ka neli tundi sanitaarharidustöötaja.

Kuigi see säte on üldiselt teada ja tuntud, ei täideta seda nõuet alati ega igal pool. Tihtipeale puuduvad isegi võimalused eelnimetatud kohustuse täitmiseks. Meedikute töögraafikute koostamisel ei ole tavaliselt üldse arvestatud neid nelja tundi, mis on ette nähtud sanitaarharidustööks. Kuid kõrvuti ravi- ja profülaktikaasutuse administratsiooniga peab selle eest hea seisma ka iga eriala peaspetsialist. Kes siis veel, kui mitte tema peaks huvituma oma erialal tehtavast sanitaarharidustööst! See on ju haigestumuse vähendamisel kõige olulisem.

Veel suuremad on eriala peaspetsialisti ülesanded sanitaarharidustöö planeerimisel ja analüüsimisel, mis on otsese kohustusena sätestatud. Eesti NSV Tervishoiuministeriumi korraldusega juba 1981. aastal. Ent paraku esineb just selles valdkonnas oma ülesannete mittetäitmist ja isegi nende väärsti mõistmist.

Vabariiklik Sanitaarharidusmaja palub kõiki peaspetsialiste esitada oma ettepanekud sanitaarhariduslike üri-

tuste planeerimiseks, raamatute kirjas- tamiseks ning teadete edastamiseks mas- siteabevahenditele. Vaatamata sel- lele, et iga eriala peaspetsialistid peav- vad kindlaks tähtjaks esitama oma- poolsed ettepanekud, ei ole osa neist ka pärast korduvaid meeldetuletusi oma kohustust täitnud. Seetõttu ei ole käes- oleva aasta kirjastusplaanides, ka muu- des plaanides nende erialade sanitaar- haridustöö vajalikul määral kajasta- mist leidnud. Sisuliselt kujuneb olu- kord järgmiselt: rajoonihaiglate soovitud trükised jäävad mõne eriala kohta saamata, sest neid ei ole. Vabariiklik Sanitaarharidusmaja saab pakkuda ainult neid trükiseid, mille kirjastami- ne on õigel ajal planeeritud.

Lähtudes kirjastamistsükli kestu- sest ning sellestki, et trükki võetak- se ainult kirjastamisplaanis olevaid käsikirju, tuleb arvestada, et trükise ilmumiseks kulub vähemalt pool aastat, sageli aga koguni terve aasta. Jutt on ajast, mis kulub käsikirja esitamisest trükise ilmumiseni. Arusaadavalt pike- neb see aeg veelgi, kui kirjastusplaan- i koostamiseks tehtud ettepanekud on formaalsed ja autoriga kooskõlastama- ta. On selge, et autor peab olema eriala kõige paremini tundev arst. Peaspet- sialist tunneb kõige paremini oma eri- alal töötavaid kolleege ning otsustab, kes tema kolleegidest peab vastava kir- jutise käsikirja koostama või lektorina esinema jne. Seepärast palume mõista, et nõudmisi sanitaarhariduslike plaka- tite ja trükiste järele saame täita üks- nes sel juhul, kui peaspetsialist on oma erialal vajamineva õigel ajal töösse pla- neerinud. Jaotada saame ainult olemas- olevaid trükiseid. Seetõttu on kumma- line, et peaspetsialist teatab Vabariik- likule Sanitaarharidusmajale: «... meie erialal puuduvad sanitaarhariduslikud näitvahendid, mistõttu palun astuda samme selle lünga täitmiseks...».

On päevselge, et sanitaarhariduslike trükiste täpset vajadust kohtadel tea- vad kõige paremini peaspetsialistid. Ja seepärast peame õigeks, et trükiste jaotamist juhendaks peaspetsialist. Lae- kunud tellimustele vastavalt korrigeer-

rib eriala peaspetsialist olemasolevate sanitaarhariduslike trükiste ja muude meetodiliste ning näitmaterjalide jaotamist ning vajaduse korral ka nende ümberjaotamist. Tema on ka see isik, kes planeerib kordustiraaži. Peaspet- sialistid on küll tööga väga hõivatud, ent see tööloik kuulub siiski nende kont- rolli alla.

Alus inimese tervisele, tema keha- lisele ja vaimsele arengule pannakse juba lapseas. Tervislik eluviis, ratsio- naalne toitumine, õiged hügieeniharju- mused peavad tagama inimesele tervise tema sünnist alates. Akušöörgüneko- loogide, pediaatrite ja ka teiste erialade spetsialistide töö eesmärk on, et tervel emal sünniks terve laps ja tervest lap- sest kasvaks terve inimene. Selle ees- märgi saavutamiseks ei piisa ainult meedikute erialatööst, vaid on vaja, et meedikud teeksid inimeste hulgas ka sanitaarkasvatustööd.

Sanitaarharidusalane kasvatustöö peab algama inimese elu algul. Esmase õpetuse saab laps eelkõige oma emalt, seepärast on lapse tervise huvides esma- tähtsusega emade sanitaarhariduslikud teadmised. Emade sellealane õpetamine on meedikute üks olulisi kohustusi. Mõistagi on sama kohustus oma laste õpetamisel vanematel. Asotsiaalsete pe- rekondade tervisekasvatustöö puuduste kõrvaldamisele peaksid kaasa aitama lasteasutuste töötajad ja meditsiinitöo- tajad. Kasvavad ju ka nendes pere- kondades tulevased emad ja isad.

Väikelastele ja koolilastele mõeldud sanitaarhariduslikud meetodilised väl- jaanded peaksid olema eakohased, hästi illustreeritud ja vaimukad.

Inimeste vähesed sanitaarharidusala- sed teadmised on ka meedikute pooli- kult või halvasti tehtud töö tagajärg. Et hügieenialase kasvatustöö tõhusust ei ole konkreetsete näitajate põhjal või- malik hinnata, siis kaob selle töö tege- misel meedikute isiklik vastutustunne. Loengute, vestluste ja kuulajate arv ei ole sanitaarharidustöö kvaliteedi hindamise kriteeriumiks.

Sanitaarharidustöö ei ole omaette te- gevus ega seisa raviarsti kohustusest

väljaspool. Ei ole ega saagi olla mingit kahtlust sanitaarharidustöö vajalikkuses. Vaidlused tekivad vaid selle üle, kes peab sanitaarharidustöös ühte või teist konkreetset ülesannet täitma.

Mõnigi kord arvatakse, et sanitaarharidustöö olgu sanitaarharidusmaja ja koosseisuliste sanitaarharidustöötajate ülesanne. Mida aga suudaksid teha viisteist koosseisulist sanitaarharidusarsti? Just niipalju neid Nõukogude Eestis on. On ju selge, et poolteise miljoni inimese kohta on neid liiga vähe. Nende tööks saab olla ja on ainult sanitaarharidustöö metoodiline korraldamine ja juhendamine. Otsene suhtlemine elanikkonnaga, inimeste tervishoiualane õpetamine ja kasvatamine jääb ikkagi Eesti NSV-s töötava kuue tuhande arsti ülesandeks, keda juhendavad eriala spetsialistid. Just neist 6000 arstist oleneb, kui edukas on igapäevane sanitaarharidustöö, kui kiiresti võtavad inimesed omaks tervisliku eluviisi, mille tulemusena väheneb haigestumus. Sanitaarharidustöö mõjususest oleneb arstide erialase koormuse vähenemine. Sanitaarharidustööd ei saa lahutada ravist ega diagnoosimisest oma erialal.

Tulevaste arstide õpetamisel tuleb silmas pidada, et neil on vaja tegelda ka sanitaarharidustööga. Arsti tegevus toetub ju õpinguaastatel omandatud kogemustele, arusaamadele ja suhtumisele tervisliku eluviisi vajalikkusesse ja mõjusse inimeste tervise säilitamisel, parandamisel ning töövõime suurendamisel.

*Eesti NSV Tervishoiuministeerium
Vabariiklik Sanitaarharidusmaja*

T **eooria** **ja praktika**

UDK 616-053.31 : 616.12-008.1-089

Kaasasündinud südameriketega vastsündinute spetsialiseeritud kardiokirurgilise ravi korraldus

Igor Šor · Tartu

kaasasündinud südamerike, kriitiline seisund, kardiokirurgilise ravi korraldus

Erinevate autorite andmeil moodustab südameriketega laste sündimus 0,7...1,2% kõigi elusalt sündinud vastsündinute omast (2, 3). See tähendab, et keskmiselt kaheksal vastsündinul 1000-st on kaasasündinud südamerike.

Mitmel maal tehtud uuringud on näidanud, et ligikaudu 30%-l kaasasündinud südameriketega lastest kulgeb haigus esimesel eluaastal raskelt. Neil kujuneb välja kriitiline seisund, mis vajab erakorralist kardioloogilist ravi (1). Areneb tugev tsüanoos ja/või ravimatu vereeringepuudulikkus, mis on peamised kaasasündinud südamerikke kriitilise seisundi kriteeriumid. Iseloomulikud on ka hingeldus-tsüanootilised hood, korduvad kopsupõletikud, suur mahajäämus kehalises arengus, kehakaal on üle 30% normist väiksem.

Imikute eristamise haigete üldkontingendist tingib asjaolu, et enamik kaasasündinud südamerikke korral esinevaid surmajuhatusid on just selles vanuserühmas. Kui ravi ei ole küllaldane ja operatsiooniga viivitatakse, ei ela 90% nendest haigetest teise eluaastani (5). Just selles vanuses ilm-

nev kriitiline seisund ja sellest põhjustatud suurem tingivad kirurgilise ravi vajaduse. Seepärast on vaja korraldada spetsialiseeritud kardiokirurgilist abi kaasasündinud südameriketega laste raviks esimesel eluaastal.

Lastekardioloogide ja lastekardiokirurgide suur huvi kogu maailmas selle probleemi vastu on põhjendatud, sest enamik kaasasündinud südameriketega imikuid on kirurgiliselt ravitavad. 80% neist vastsündinuist on võimalik terveks ravida (4).

Et kaasasündinud südameriketega laste suurem on suur esimestel elukuudel, on vaja need haiged välja selgitada kohe pärast sündi. See oleks õigeaegse ja tänapäevase ravi vältimatu eeltingimus. Tuleb rõhutada, et nende vastsündinute ja imikute ravi on vältimatu ega kannata edasilükkamist. Varajane haigete avastamine ja ravi on nende ellujäämise tagatis. Arstiabi põhiastapid on: 1) haiguse kiire ja varajane diagnoosimine; 2) haige kiire üleviimine spetsialiseeritud ravikeskusesse; 3) täpse anotoomilise ja füsioloogilise diagnoosi määramine; 4) viivitamatu adekvaatne medikamentoonne ja kirurgiline ravi.

Sünnitusmajadel ja väikelasteasutustel peab olema spetsialiseeritud kesksuga hea kontakt; ent ka sünnitusmajades ja väikelasteasutustes peavad olema instruksioonid, kus on selgitatud kriitilises seisundis olevate kaasasündinud südameriketega vastsündinute ja väikelaste intensiivravi. Ka haigete laste õigeaegse transpordi eest vastutab suunav asutus. Seega tuleks tähelepanu pöörata eelkõige vastavate asutuste (sünnitusmajade, enneaegsete ja vastsündinute osakondade) tegevuse koordineerimisele kaasasündinud südameriketega imikute väljaselgitamisel. Kaasasündinud südamerikete kahtluse korral tuleb konsulteerida kardiokirurgiga.

Edukaks kirurgiliseks raviks on vajalik täpne diagnoos: tuleb välja selgitada südamesisese hemodünaamika iseärasused, südame vaheseina defektide asukoht, südameõõnte ja suurte arterite mõõtmed ja vahekorrad ning muud

anotoomilised iseärasused. Paljudel juhtudel võimaldab haige ehokardiograafiline uurimine määrata lõpliku anotoomilise diagnoosi. Enamikul juhtudel on aga täpne toopiline diagnoosimine võimalik ainult südameõõnte sondeerimise ja angiograafia teel. Ehhokardiograafia võimaldab kavandada ka südamesisese uuringu plaani.

Laste raske seisund nõuab uuringu suurt informatiivsust, kasutada tuleks kaheprojektsioonilist kiirkinoangiokardiograafi liikumiskiirusega 50...90 kaadrit ühes sekundis. Et kriitilises seisundis olevatel kaasasündinud südameriketega lastel on pärast intrakardiaalset uuringut sageli näidustatud operatsioon, siis peaks seadeldis olema varustatud videomagnetofoniga. See võimaldaks dubleerida röntgenkinovõtteid ja vajaduse korral videokirjutist korduvalt läbi vaadata.

Tuleb meeles pidada, et laps ei ole väike täiskasvanu. Elutähtsate talitluste suur labiilsus lastel esimestel elukuudel, eriti vastsündinutel, nõuab tekkivate häirete täpset kontrolli ja õigeaegset ravi. Kardiokirurgilised operatsioonid, isegi kinnised, tehakse arteriaalse ja veinose rõhu, pulsi, kehatemperatuuri monitorjälgimisel, kontrollitakse ka happeleelise tasakaalu, vere elektrolüütide-sisaldust, diureesi. Vastsündinute puhul on vaja tähelepanu pöörata ka hüpoglükeemia ja hüpokaltseemia tekkimise võimalusele. Väikelaste organismil on kalduvus erakordselt kergesti maha jahtuda. Operatsioonilauda on vaja soojendada, samuti voodit. Palati õhutemperatuur peab olema vähemalt 24 °C, infusioonilahuseid tuleb üle kanda soojendatult, soojendada ja niisutada on vaja sissehingatavat gaasisegu. Kui verekaotus ületab 10% tsirkuleeriva vere mahust (s. o. 20...40 ml vastsündinutel), tuleb see verehulk viivitamatult asendada.

Niisiis, kriitilises seisundis olevate kaasasündinud südameriketega laste intensiivraviks peab ravikeskuses olema aparaatuur, millega saab monitori abil pidevalt jälgida elutähtsaid parameetreid (EKG-d, arteriaalset ja ve-

nooset rõhku, happe-leelise tasakaalu, vere gaasilist koostist ja biokeemilisi näitajaid). Samuti on vajalikud vastsünninute ning väikelaste respiraatorid kunstliku hingamise tegemiseks.

On vaja ka kardiokirurgide ööpäevast valvet, et tagada kõigile kriitilises seisundis olevaile kaasasündinud südameriketega väikelastele erakorraline abi — intensiivravi, südame erakorraline sondeerimine, angiokardiograafia, vajaduse korral operatsioon, operatsiooni-järgne hooldus.

Kaasasündinud südameriketega väikelaste arstiabi edukus oleneb võrdsel määral nii organisatsiooniliste küsimuste õigest lahendamisest kui ka spetsialiseeritud keskuse varustusest.

Eesti NSV-s sünnib igal aastal umbes 250...300 kaasasündinud südameriketega last, kellest 90...100 on kriitilises seisundis. Ilma kirurgilise sekkumiseta sureb üle 90% neist lastest enne esimest eluaastat. Nüüdisaja südamekirurgia saavutused võimaldavad anda kirurgilist abi lastele, olenemata vanusest ja kehakaalust. Ka meie vabariigis on kaasasündinud südameriketega laste jaoks vaja luua spetsialiseeritud ravi võimalus.

KIRJANDUS: 1. *Fyler, D. S.* Pediatrics, 1980, 65, 2, (Suppl.). — 2. *Keith, J. D., Rowe, R. D., Vlad, P.* In: Heart disease in infancy and childhood. New York, 1978, 3—9. — 3. *Mitchell, S. C., Korones, S. B., Berendes, H. W.* Circulation, 1971, 43, 323.

4. *Францев В. И., Безменова Е. В.* Хирургическое лечение врожденных пороков сердца у детей первого года жизни. М., 1976. — 5. *Чернова М. П., Фальковский Г. Э., Шор И. Г.* В кн.: Актуальные вопросы сердечно-сосудистой и гастроэнтерологической хирургии. I. Таллин, 1982, 99—101.

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia
Instituut

UDK 616.12-005.4-08

Intraaortaalse balloompulsatsiooni kasutamise taktika aortokoronaarse šunteerimise korral

Jaak Aru Tiiu Kask Riho Lai Toomas-
Andres Sulling · Tallinn · Tartu

intraaortaalne balloompulsatsioon, aortokoronaarne šunteerimine, müokardiinfarkt

Intraaortaalse balloompulsatsiooni (IABP) näidustused ja taktika on üldjoontes välja töötatud meetodi veerandsajandilise kliinilise kasutamise käigus (1, 8, 17). Kardiokirurgiakeskustes võib IABP-i vajajad jaotada kolme rühma (11). Esimesse rühma kuuluvad haiged, kelle seisundit on vaja stabiliseerida enne kirurgilist ravi. Teise rühma kuuluvad need, kellel IABP tehakse operatsiooni ajal, suure osa neist moodustavad haiged, kelle puhul on raskusi kunstliku vereringe lõpetamisega. Kolmandasse rühma on arvatud haiged, kellel operatsioonijärgsel perioodil, vaatamata medikamentoosle ravile, ei suudeta südame minutimahtu vajalikul tasemel hoida.

Koronaarkirurgia aspektist vaadatud meid nii laiade piiridega näidustused ei rahulda, vaid need vajavad täpsustamist. Nii on kirjanduses andmeid selle kohta, et IABP-i alustatakse enne üldanesteesiast vasaku pärgarteri peatüve stenoosi korral (15, 16) ja patsientidel, kellel enne operatsiooni vasaku südamevatsakese funktsioon on nõrgenenud (2,5). Seda alustatakse ka enne müokardiinfarkti raviks tehtavat revasculariseerimisoperatsiooni (3, 10) ja perkutaanse transluminaalse koronaarangioplastika (PTKA) tüsistuse korral, millele järgneb erakorraline aortokoronaarne šunteerimine (7). IABP-i kasutamine on käsitamist leidnud ka aortokoronaarse šunteerimise operatsiooni järgsel perioodil (14).

Ent ülevaadet IABP-i kasutamise kohta koronaarkirurgiakeskuses, kus

toimuvad nii plaanilised kui ka erakorralised revaskulariseerimisoperatsioonid, trombolüüs ja perkutaanne transluminaalne koronaarangioplastika, selle artikli autorid endile kättesaadavas kirjanduses ei ole leidnud. Ka koronaarkirurgia ülevaateartiklites (4, 12) on IABP-i probleeme vaid põgusalt puudutatud. Seetõttu edastame meie tööühma kogemused Tallinna Kiirabihaigla kardioreanimatsiooni- ja kardiovaskulaarkirurgiaosakonnas, kus järgnevalt kirjeldatava taktika järgi oleme IABP-i rakendanud 1985. aasta jaanuarist 1986. aasta 1. septembrini. Sellel ajavahemikul oleme IABP-i teinud 80 patsiendil, aortokoronaarse šunteerimise operatsioone samal ajal 162.

Haiged võib jaotada kolme suurde rühma (vt. tabel). Esimesse kuuluvad kroonilist südame isheemiatõbe põdejad, kellele IABP-i tehakse profülaktiliselt nn. riski summa järgi (13). Viimane kujutab endast üldistust koronaarterite kahjustuse astmest, südamevatsakese funktsioonist ja anamneesist (põetud infarkt). Eesmärgiks nende patsientide puhul on ära hoida isheemiat revaskularisatsioonielsetel etapidel. Kui operatsiooni põhietapp on kulgenud edukalt, siis lõpetame IABP-i operatsioonitoas pärast sternumi sulgemist. Kui aga esineb perioperatiivse infarkti oht mittetäieliku revaskularisatsiooni tagajärjel või tekivad raskused hemodünaamika stabiliseerimisega kunstliku vereringe järgselt, jätkame IABP-i pärast operatsiooni. Kroonilist südame isheemiatõbe põdejate seas moodustavad alarühma südamepuudulikkuse (EF alla 30 %) ja difuusse koronaarkahjustusega haiged, kes kliiniliselt kuuluvad NYHA III... IV klassi. Nendel haigetel, kellel südame pumbafunktsioon on niigi puudulik, võib pikka aega kestev kardiopleegia, mis distaalsete anastomooside suure arvu tõttu (5...6 anastomoosi) on möödapääsmatu, haige seisundit lähemal operatsioonijärgsel perioodil veelgi halvendada (9). Just siin aitab operatsiooni eel ravi eesmärgil alustatud IABP, soodustades energeetilise substraadi taastu-

mist südamelihases (17). Nendel patsientidel alustame IABP-i kardioreanimatsiooniosakonnas operatsiooni eelõhtul ja jätkame operatsioonijärgse päeva hommikuni (vt. haigusjuht 1), tüsistuste korral aga hemodünaamika stabiliseerumiseni.

Teise suure rühma moodustavad müokardiinfarkti põdejad, keda opereeritakse haiguse ägedas faasis, s.o. kahe kuu jooksul. Ka siin võib tinglikult välja tuua kaks alarühma: need haiged, kellel revaskulariseerimisoperatsioon toimub 24 tunni jooksul, ja need, kellel kirurgiline ravi edasi lükkub. Esimestel alustame IABP-i pärast erakorralist koronarograafiat ja trombolüüsi kardioreanimatsiooniosakonnas, jätkame kogu operatsiooni ajal ning esimese operatsioonijärgse öö jooksul. Niisuguse taktika eesmärk on kaasa aidata nekroosi piiramisele koronaarverevoolu suurendamise ja südame töö optimeerimise teel (vt. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1987, 1, 25—29). Kui operatsioon edasi lükkub, alustame IABP-i operatsioonitoas enne üldanesteesi ja lõpetame operatsioonijärgsel hommikul.

Kolmanda rühma moodustavad patsiendid, kellel esinevad südame isheemiatõve ebastabiilsed vormid, põhiliselt vasaku pärgarteri peatüve stenoos ja ebastabiilne stenokardia. Esimestel nendest langeb IABP-i kasutamine kokku selle kasutamisega plaaniliselt opereeritavatel haigetel. Ähvardava müokardiinfarkti korral oleme IABP-i üksikujuhtudel alustanud kardioreanimatsiooniosakonnas või pärast koronarograafiat, kui revaskulariseerimisoperatsiooni on võimalik ette võtta lähema ööpäeva jooksul. Tüsistusteta kulgenud operatsiooni puhul lõpetame IABP-i mõlema rühma haigetel operatsioonitoas.

Tingliku rühma moodustavad haiged, kellel IABP-i teeme kardiokirurgiliste protseduuride ajal tekkinud tüsistuste raviks. Siia kuuluvad perkutaanse transluminaalse koronaarangioplastika puhuselt tekkinud veresoonesulgus ja ähvardav infarktioht, mille korral IABP-i alustame kohe, jätkame operat-

Tabel. IABP-i kasutamine südame isheemiatõve kirurgilise ravi kompleksis

Haigete rühmitamine diagnoosi järgi	Alarühm	Haigete arv	IABP-i alustamine/lõpetamine
Krooniline isheemiatõbi	Nr. riski summa	27 (2*)	Enne üldanesteesiat/pärast sternumi sulgemist
	EF alla 30 % EDP üle 20 mmHg NYHA III...IV	3 (1*)	Operatsiooni eelõhtul/operatsiooni-järgse hommikuri
Äge müokardiinfarkt	Erakorraline AKS 24 tunni jooksul	5 (1*)	Pärast SKG-d/operatsiooni järgse hommikuri
	Operatsioon kahe kuu jooksul	23	Enne üldanesteesiat/operatsiooni järgse hommikuri
Ebastabiilse südame isheemiatõve vormid	Vasaku pärgarteri peatüve stenoos	10	Enne üldanesteesiat/sternumi sulgemiseri
	Ebastabiilne steno- kardia	7	Kohe või enne üldanesteesiat/sternumi sulgemiseri
Kardiokirurgiliste protse- duuride tüsistused	Veresoone sulgus PTKA käigus	2	Kohe/operatsiooni järgse hommikuri
	Väikese minutimahu sündroom	3 (+4*)	Kunstliku vereringe järgselt/hemo- dünaamika täieliku stabiliseerumiseri

Tabelis on kasutatud järgmisi lühendeid: EF — väljutusfraktsioon; EDP — vasaku vatsakese diastoli lõpurohk; AKS — aortokoronaarne šunteerimine; SKG — selektiivne koronarograafia.

* — Haiged, kellel kujures väikese minutimahu sündroom, vaatamata IABP-i kasutamisele revaskularisatsioonieelsetel etappidel.

siooni vältel ja lõpetame esimese operatsiooni järgse päeva hommikul. Lisaks mainitule on selles rühmas haigeid, kellel kunstliku vereringe järgselt on välja kujunenud väikese minutimahu sündroom, sõltumata sellest, kas nendel oli IABP-i revaskularisatsioonieelsetel operatsioonietappidel rakendatud või mitte. IABP jätkub nendel hemodünaamika täieliku stabiliseerumiseni ja võib kesta päevi (vt. haigusjuht 2).

Kõikidel haigetel oleme kasutanud punktsioonimeetodil sisseviidavaid Percor-balloonkateetreid ja kontrapulsatorit *Datascope System 83*, mis võimaldab ajastada ballooni täitumist nii EKG-signaali kui ka arteriaalse rõhu kõvera järgi. Patsientidel jälgitakse pidevalt arteriaalset ja kopsuarteri rõhku.

Meie kogemuse põhjal annab IABP kiire efekti südamepuudulikkuse all kannatavatel haigetel: stabiliseerub arteriaalne rõhk, suureneb südame minutimaht ja väheneb kopsuarteri kinnikiilumisrõhk. Patsientidel, kellel südamepuudulikkust ei esinenud, järgnesid IABP-i alustamisele mõõdukas

süstoolse arteriaalse rõhu langus ja pulsfrekventsi aeglustumine, seejuures südame minutimaht ei muutunud. Vaatamata sellele, aitab IABP ka südamepuudulikkuseta haigetel adekvaatset anesteesiat läbi viia: diastoolse rõhu tõus kaitseb perfusioonirõhu languse eest pärgarterites võimaliku hüpotoonia perioodil ning vasaku vatsakese järelkoormuse vähendamine aitab südamelihasel töötada optimaalse hapnikutarbimise režiimil.

IABP-iga kaasnevaid tüsistusi on esinenud kuuel haigel. Kahel embolisatsiooni juhul tuli pärast kateetri eemaldamist ette võtta operatsioon. Seda läks vaja veel ühel juhul, kui veritses punktsioonihaav. Lisaks nendele on kahel patsiendil esinenud alajäseme väljendunud isheemia (vt. haigusjuht 2). Ühel patsiendil tehti laparotoomia kõhuaordi dissektsiooni kahtluse korral, mis aga operatsiooni ajal makroskoopiliselt ei kinnitunud. Niisugune tüsistuste arv ei ületa kirjanduse andmeil esinevat 5...10% (6).

Senise kogemuse põhjal kujutab IABP endast suhteliselt ohutut ravi-

meetodit, mis õigustab ennast südame isheemiatõve kirurgilise ravi kompleksis. Tema kasutamise võimalused ei ole meil tänaseks veel ammendatud, need võiksid laieneda müokardiinfarkti põdejate hulgas, ka nende transportimisel erakorralistele revaskulariseerimisoperatsioonidele teistest meie vabariigi linnadest. Lisaks sellele ei ole me seni rõhku pannud IABP-i osatähtsusele müokardiinfarkti ja ebastabiilse stenokardia konservatiivse ravi kompleksis.

Haigusjuht 1. Meeshaige D. A., 54 aastat vana (haiguslugu nr. 1338/1985). Haige suunas Kiievi Südamete ja Veresoonekonna Teadusliku Uurimise Instituuti Tallinna Kiirabihaiglasse, et võimaluse korral opereerida. Diagnoos: südame isheemiatõbi. Anamneesis kaks müokardiinfarkti, viimane oli tekkinud aasta enne kirurgilisele ravile suunamist. Pärast viimast infarkti esinenud kardiovaskulaarpuudulikkuse tunnused: hingeldus mõõdukal kehalisel pingutusel, öhtuks labajalgade turse. Tarvitanud kuni 50 tabletti nitroglytseriini päevas. Objektiivselt esines paismaks, maksa serv ulatus kolme põikisõrme ulatuses roietekaare alt välja. Jalgade turset ei olnud. EKG-s fibrooskoldelise infarkti tunnused diafragmaalseinas ja südame tipu piirkonnas. SKG: 4D S(1) A(233) RD(2) C(6R) OM(2) D(6R); EF 28 %; EDP 22 mmHg. Kliiniline diagnoos: südame isheemiatõbi, NYHA III. Esialgu otsustati ravida konservatiivselt. Ravi ajal kaebused süvenesid, tekkis rahuolekustenokardia. Haiget otsustati opereerida.

Operatsioonieelsel öhtul alustati IABP-i kardioreanimatsiooniosakonnas. Haige oli monitorjälgimisel. Süstoolne arteriaalne rõhk 110 mmHg, diastoolne 70 mmHg. Kopsuarteris rõhud 48/36/22 mmHg, kopsuarteri kinnikiilumisrõhk 20 mmHg. Südame minutimaht 3,4 l·min⁻¹. Viis minutit pärast IABP-i alustamist süstoolne arteriaalne rõhk 100 mmHg, diastoolne rõhk 105 mmHg, diastoli lõpurõhk 60 mmHg. Kopsuarteris rõhud 32/24/14 mmHg, kinnikiilumisrõhk 14 mmHg. Südame minutimaht 4,2 l·min⁻¹. IABP-i jätkati kogu öö. Patsient tundis end hästi, rahuolekustenokardiati ei esinenud.

Aortokoronaarse šunteerimise käigus asetati kolm šunti kuue distaalse anastomoosiga. Operatsiooni kulg iseärasusteta. IABP-i jätkati operatsioonijärgse hommikuni. IABP-i lõpetamisel hemodünaamika stabiilne. Kahe kuu pärast kirjutati patsient koju rahuldavas üldseisundis.

Haigusjuht 2. Meeshaige F. G., 66 aastat vana (haiguslugu nr. 142/1986), suunati Tartu Kliinilise Haigla poolt kirurgilisele ravile koronaarse ataki tõttu, mis oli tekkinud tal esmakordselt elus. Kardiovaskulaarset puudulikkust ei esinenud. SKG: 4D S(3) A(411) C(133) D(423) AM(2) DIP(4) DPL(2); EF 69 %; EDP 12...14 mmHg. IABP-i alustati operatsioonitoas enne üldanes-

teesiat. Revaskularisatsioonieelsetel etappidel hemodünaamika stabiilne. Rajati kolm proksiimaalset ja kuus distaalset anastomoosi. Pleegia kestus 1 tund 54 minutit. Kunstliku vereringe lõpetamine pikaaegne, IABP-i toetusel. Lähemal operatsioonijärgsel perioodil kujunes välja balloonisõltuvus: IABP-i toetuse ta muutus hemodünaamika ebastabiilseks, langes arteriaalne rõhk, tõusis kopsuarteri keskmine rõhk. Lisaks vajab patsient dopamiiniinfusiooni. Teisel päeval kujunes välja parema alajäseme isheemilise kahjustuse pilt: jalg tsüanootiline, jahe, lihaste pingus. Teise päeva öhtul oli võimalik IABP lõpetada, hemodünaamika tasakaalustati väikese annuse dopamiiniga.

Operatsioonijärgselt kujunesid välja sääre lihaste osaline nekroos ja labajala parees, viimane taandus kolme kuu jooksul. Patsient lahkus haiglast neli kuud pärast aortokoronaarset šunteerimist rahuldavas seisundis.

Loodame, et antud ülevaade meil rakendatud IABP-i taktikast toob täiendavat informatsiooni maailmas ühe enam levinud operatsioonimeetodi, nimelt aortokoronaarse šunteerimise kohta südame isheemiatõbe põdejail.

KIRJANDUS: Abel, R. M., Subramian, V. A., McCabe, J. S. a.o. Med. Soc. N. J., 1977, 24, 12, 1041—1046. — 2. Bregman, D., Cohen, S. R., Kaske, P. S. Primary Cardiol., 1982, Oct., 2—10. — 3. Goldberger, M., Tabak, S. W., Kshah, P. Am. Heart J., 1986, 111, 3, 497—502. — 4. Kaiser, G. C. Circulation, 1985, 72, (Suppl. V), V-46-V59. — 5. Kaplan, J. A., Craver, J. M., Jones, E. L. a.o. Am. Heart J., 1979, 98, 5, 580—586. — 6. Martin, R. S., Moncure, A., Buckley, M. J. a.o. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1983, 85, 186—190. — 7. Murphy, D. A., Craver, J. M., Jones, E. L. a.o. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1984, 87, 3, 332—339. — 8. Sanfelippo, P. M., Baker, N. H., Ewy, H. G. a.o. Ann. Thorac. Surg., 1986, 41, 1, 36—41. — 9. Scanlon P. J., O'Connell, J., Johnson, S. A. a.o. Circulation, 1976, 54, 6, (Suppl. III), 90—93. — 10. Singh, J. B., Connolly, P., Kocot, S. a.o. Chest, 1981, 79, 1, 58—63. — 11. Swanton, R. H. Intensive Care Med., 1984, 10, 3, 271—273.

12. Бураковский В. И., Работников В. С., Иоселиани Д. Г. Груд. хир., 1985, 5, 5—10. — 13. Попучев Г. Н., Василидзе Т. В., Черников В. С. и др. Анестезиол. и реаниматол., 1984, 6, 7—9. — 14. Работников В. С., Керцман В. П., Цховребов С. В. и др. Анестезиол. и реаниматол., 1983, 1, 40—44. — 15. Работников В. С., Керцман В. П., Виципанов С. А. Груд. хир., 1985, 3, 9—12. — 16. Савченко А. Н., Островский Ю. П., Ленсу С. М. и др. Груд. хир., 1985, 3, 91—92. — 17. Шумаков В. И., Толпекин В. Е. В кн.: Вспомогательное кровообращение. М., 1980, 190, 134—140.

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia
Instituut
Tallinna Kiirabihaigla

UDK 616-006-036.8(474.2)«1968/1984»

Pahaloomuliste kasvajatega haigete elulemus Eestis 1968...1981

Tiiu Aareleid Mati Rahu Tallinn

vähiregister, pahaloomulised kasvajakad, magu, kops, rinnanäärre, emakakael, nahk, elulemus

Artiklis on antud lühiülevaade haigete elulemusest sagedamini esinevate pahaloomuliste kasvajate korral Eestis ajavahemikul 1968...1981 (1982). Andmed pärinevad Eesti Vähiregistrist. Varem on vähiregister avaldanud andmeid nende haigete viie aasta elulemuse kohta, kellel pahaloomuline kasvaja diagnoositi 1978. aastal (3). Põhjalikumalt on analüüsitud rinnavähahaigete elulemust aastail 1968...1981 (1, 2).

Uurimismaterjal ja -metoodika. Vähiregistri andmeil diagnoositi ajavahemikul 1968...1981 Eestis 9116 maovähi, 6874 kopsuvähi, 4119 rinnavähi ning 2469 emakakaelavähi esmasjuhtu. Ajavahemikul 1968...1982 diagnoositi 554 pahaloomulise nahamelanoomi esmasjuhtu. Elulemuse analüüsiks võeti üksnes need haigusjuhud, kui pahaloomulise kasvaja diagnoos oli elupuhune (vt. tabel).

Vaatlust alustati 1. jaanuaril 1968. Igal konkreetsel juhul arvestati elulemust alates haiguse diagnoosimise momendist. Vaatlus lõppes 31. detsembril 1981. Tegelik ja suhteline elulemus leiti elutabeli-e. aktuaariaalsel meetodil, mida on varem tutvustatud (1). Tuletame meelde, et tegelik elulemus on diagnoosimisajast kuni teatud vaatlusaja lõpuni elus olevate haigete suhtarv, mille saamisel on arvesse võetud kõik tegelikud surma põhjused. Suhteline elulemus väljendab samuti diagnoosimisajast kuni teatud vaatlusaja lõpuni elus olevate haigete suhtarvu, ent tinglikus olukorras, kui vaatluse all olev haigus on ainus võimalik surma põhjus.

Uurimistulemused ja arutelu. Tabelis on toodud haigete ühe, viie, kümne ja neljateistkümne aasta tegelik ja suhteline elulemus erinevate vähipaikmete korral. Kõige väiksem oli elulemus kopsuvähi korral — viie aasta suhteline elulemus oli meestel 6,4 %, naistel 11,4 %. Kopsuvähi põdevate naiste elulemus oli kogu vaatlusajal suurem kui meestel (vt. ka joonised 1 ja 2).

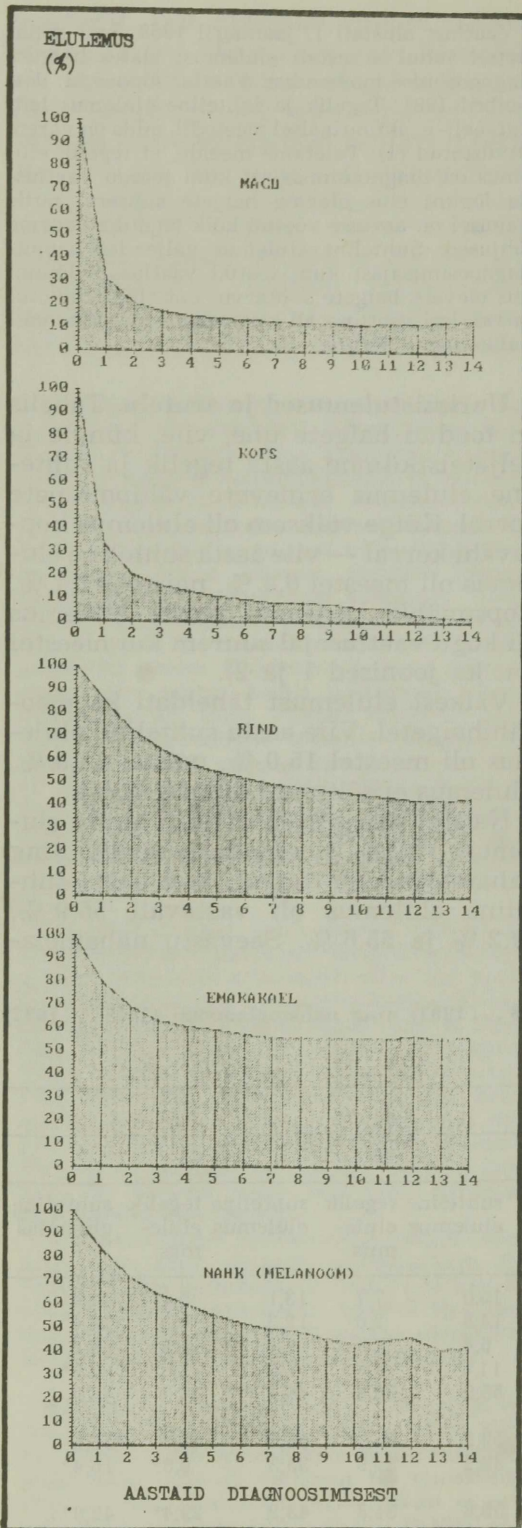
Väikest elulemust täheldati ka mao- ja rinnavähahaigetel. Viie aasta suhteline elulemus oli meestel 15,0 %, naistel 14,8 %. Elulemus ei sõltunud haigete soost.

Naistel märgiti suhteliselt suurt elulemust rinna- ja emakakaelavähi ning nahamelanoomi korral. Viie aasta suhteline elulemus oli vastavalt 55,9 %, 59,2 % ja 55,6 %. Seevastu nahamela-

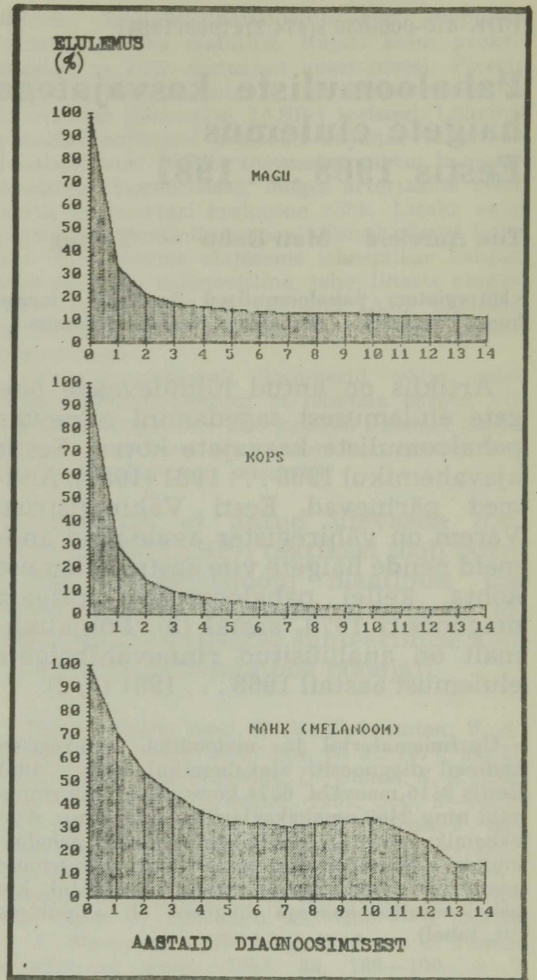
Tabel. Mao-, kopsu-, rinna- ja emakakaelavähi (1968...1981) ning nahamelanoomi (1968...1982) põdevate tegelik ja suhteline elulemus Eestis (%)

Vähipaige	Sugu	Juhtude arv	Aastaid diagnoosimisest							
			1	5	10	14	tegelik elulemus	suhteline elulemus	tegelik elulemus	suhteline elulemus
Magu	Mehed	4534	32,0	33,4	11,8	15,0	7,7	13,1	5,1	11,6
	Naised	4048	30,4	31,4	12,1	14,8	7,6	12,3	6,9	14,4
Kops	Mehed	5341	29,4	30,7	5,0	6,4	2,3	4,0	1,9	4,4
	Naised	954	32,7	33,7	9,6	11,4	4,6	7,0	1,6*	3,0*
Rind	Naised	4090	83,9	85,3	50,7	55,9	38,3	48,3	34,1	48,9
Emakakael	Naised	2433	78,8	80,1	54,0	59,2	45,1	56,0	40,3	56,5
	Mehed	206	69,6	71,6	28,4	33,2	24,9	35,3	9,8*	16,4*
Nahk (melanoom)	Naised	340	82,9	84,2	50,6	55,6	34,3	43,2	29,4*	42,0*

* Haigete arv vastava vaatlusintervalli algul väiksem kui 5.



Joonis 1.



Joonis 2.

Joonis 1. Suhteline elulemus mao- ja kopsuvähki (1968...1981) ning nahamelanoomi (1968...1982) põdevatel meestel Eestis. y-teljel elulemus protsentes; x-teljel aastad diagnoosimisest.

Joonis 2. Suhteline elulemus mao-, kopsu- ja emakakaelavähki (1968...1981) ning nahamelanoomi põdevatel naistel Eestis. y-teljel elulemus protsentes; x-teljel aastad diagnoosimisest.

noomi haigestunud meeste elulemus osutus tunduvalt väiksemaks — viie aasta suhteline elulemus 33,2 %.

Kokkuvõtteks võib öelda, et uuritud vähipaikmed on esimesed, mille kohta Eesti Vähiregister saab esitada pikemat ajavahemikku hõlmava elulemusstatistika. Ühtlasi on need ka esimesed omalaadsed tulemused NSV Liidus. Seni

ei ole vähihaigete elulemust analüüsitud elanikkonna vähiregistrite andmetel, vaid üksnes mõnede raviasutuste andmeid aluseks võttes. Praegu on käsil uurimistöo, mille põhjal Eesti Vähiregister esitab edaspidi ülevaate haigete elulemusest aastail 1978...1986, kusjuures arvesse võetakse kõik vähipaikmed.

KIRJANDUS: 1. *Aareleid, T.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1984, 3, 173—175. — 2. *Aareleid, T., Karjalainen, S., Pukkala, E., Rahu, M.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1986, 5, 340—344. — 3. *Rahu, M., Aareleid, T., Vanaselja, T.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1985, 1, 10—13.

Eesti Vähiregister

AIDS-i juhtude kohta on vaja anda informatsiooni! Omandatud immuunpuudulikkuse sündroomi (AIDS) diagnoositi esmakordselt kuus aastat tagasi. Seetõttu peegeldab iga haigusjuht, mille kohta edastatakse informatsioon Ülemaailmsele Tervishoiuorganisatsioonile (ÜTO), AIDS-i probleemi kogu maailmas. AIDS-i leviku tõkestamise programmi ellurakendamist kogu maailmas juhib ÜTO töötaja meditsiinidoktor J. Mann. Silmas pidades AIDS-i probleemi ümber kujunenud emotsionaalset ja poliitilist õhk-konda, on ÜTO arvamusel, et kas või osa AIDS-i nakatumise juhtudest teatamine annab tunnistust riikide valmisolekust selle haigusega seoses olevat probleemi konstruktiivselt lahendada.

ÜTO kutsub kõiki liikmesriike üles rajama AIDS-i epidemioloogilise järelevalve süsteemi, et võimalikult täpselt registreerida kõik haigusjuhud ning saada selgem ettekujutus AIDS-i leviku ulatusest. ÜTO omalt poolt kohustub ülemaailmses ulatuses koordineerima riikide sihipärast tegevust AIDS-i vastu võitlemisel ning abistama neid riike kohaliku meetmesüsteemi väljatöötamisel ja ellurakendamisel.

1986. aasta 28. oktoobrini oli ÜTO-le edastatud andmed 33 399 AIDS-i juhu kohta.

Здоровье мира, 1987, 1—2.

UDK 616.036.886 : 616.12.124

Südamevatsakeste programmeeritava elekterstimulatsiooni ja Holteri monitorjälgitamise andmete võrdlus eluohtlikest rütmihäiretest ohustatud haigete väljaselgitamisel

Jüri Kaik Yrjö Kalde Meelis Vainu
Veera Mahhotina Inge Vertman
Maire Malviste Tallinn

kardiaalne äkksurm, südamevatsakeste programmeeritav elekterstimulatsioon, Holteri monitorjälgitamine

Oma juhtiva koha tõttu suuremuse struktuuris on kardiaalne äkksurm tõsine sotsiaalne probleem. Selle lahendamine eeldab võimalust täpselt välja selgitada eluohtlikest rütmihäiretest enam ohustatud südamehaigete kontingendi.

Kõige informatiivsemaks müokardi elektrilise ebastabiilsuse diagnoosimise meetodiks on südamevatsakeste programmeeritav elekterstimulatsioon. Kirjanduse andmeil on seda edukalt kasutatud äkksurmast ohustatute väljaselgitamiseks müokardiinfarkti (9), ebastabiilse stenokardia (7), kardiomüopaatia (11) ja mitme muu südamehaiguse korral (1, 5). Meetodi olemus seisneb järgnevas. Elektrilise erutuse ringliikumise põhimõttel tekkivate rütmihäirete, nagu ventrikulaarse tahhükardia, südamevatsakeste fibrillatsiooni püsimiseks on vajalik anatoomilise substraadi olemasolu (näiteks aneurüsmis või isheemilise ja intaktse müokardi piiril). Südamevatsakeste programmeeritaval elekterstimulatsioonil käivitavad elektriimpulsid, mis modelleerivad spontaanselt esinevaid ventrikulaarseid ekstrasüstoleid, vastava arütmia. Programmeeritav elekterstimulatsioon eelduste puudumise korral rütmihäireid tavaliselt esile ei kutsu, s. t. meetod on küllalt suure spetsiifilisusega. Tema ulatusliku

mat rakendamist piirab aga uuringu invasiivne laad, samuti vajadus keerulise aparatuuri ja erikoolituse saanud personali järele. Seetõttu on suur praktiline tähtsus Holteri monitorjälgimise, veloergomeetria või muude laialt levinud uurimismeetoditega saadud tulemuste võrdlemisel programmeeritava elekterstimulatsiooni andmetega. See võimaldab hinnata nimetatud mitte-invasiivsete meetodite informatiivsust eluohtlikest rütmihäiretest ohustatud haigete väljaselgitamisel.

Kodumaises kirjanduses vastavad tööd puuduvad, võõrkeelses kirjanduses avaldatud väikesearvuliste uurimuste tulemused on vasturääkivad. Antud töö eesmärk oli programmeeritava elekterstimulatsiooni ja Holteri monitorjälgimise andmete võrdlus eluohtlikele rütmihäiretele disponeeritud südame isehemiatõbe põdejate väljaselgitamisel.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Uuriti 85 34... 64 aasta vanust haiget, kellele südame isehemiatõbi diagnoositi iseloomuliku anamneesi, veloergomeetria ja selektiivse koronarograafia andmete põhjal. Pingutusstenokardia esines 30-l, rahuolekuststenokardia 16-l ja segatüüpi stenokardia 34 haigel. Müokardiinfarkt oli anamneesis 28 haigel.

Südamevatsakeste programmeeritav elekterstimulatsioon ja monitorjälgimine tehti pärast kõikide arütmiaavastaste preparaate ärajätmist, mitte enne ravimi viiekordse poolväärtusaja möödumist, kordarooni korral mitte enne 30 päeva. Programmeeritavaks stimulatsiooniks paigaldati hulgpolaarne endokardiaalne elektrood lokaalanesteesia tingimustes *v. subclavia dextra* kaudu parema südamevatsakese tippu või/ja pulmonaaltrakti. Stimuleeriti Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituudi ja Eesti NSV TA Küberneetikainstituudi Erikonstrueerimisbüroo teadurite ühistööna valminud programmeeritava kardiostimulaatoriga E 53002 (Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi ratsionaliseerimisetepanek 1670/1986. a.), mis genereerib täisnurkse kujuga 2 msec-se kestusega elektriimpulse, sagedus 40 kuni 6000 impulssi minutis, ning võimaldab kasutada 1... 3 lisastiimulit. Stimulatsiooniprotokoll vastas P. Brugada ja H. J. J. Wellensi soovitatule (2), mis on kasutusel enamikus maailma elektrofüsioloogialaborites.

Südamevatsakeste stimuleerimiseks kasutati üht, kaht ja kolme lisastiimulit, stimuleeriti kahel baasrütmil sagedusega 100 ja 140 impulssi minutis. Selliselt modelleeriti stimulatsiooniga kõiki spontaanselt esinevaid ventrikulaarseid ekstrasüstoleid — hilistest väga varajasteni —, samuti paarisekstrasüstoleid ja lühikesi ventrikulaarseid tahhükardia paroksüsme. Uuring lõpetati pärast

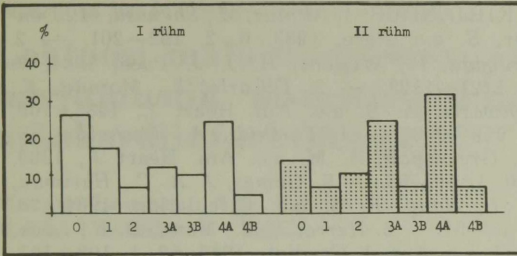
nelja või enama spontaanse ehokompleksi tekkimist või pärast stimulatsiooniprotokolli täitmist.

Monitorjälgimise kestus haigel oli keskmiselt 20,8 tundi. EKG registreerimiseks ja järgnevaks andmetöötluseks kasutati kompleksi *Memoport-C* (firma *Hellige*). EKG registreeriti modifitseeritud rinnalülitustes V2 ja V5. Ventrikulaarsete ja aberrantsete supraventrikulaarsete ekstrasüstolite arvestamiseks rakendati originaalset meetodit, mis võimaldab EKG-d ja südame transösofageaalset elektrogrammi registreerida üheaegselt (Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi ratsionaliseerimisetepanek 1610/1985. a.). Monitorjälgimise andmeid analüüsisid visuaalselt kaks kardioloogi. Hinnati ventrikulaarsete ekstrasüstolite üldarvu, nende suurimat sagedust tunnis ja minutis, ventrikulaarsete rütmihäirete maksimaalset raskusastet Lowni gradatsiooni järgi ja ventrikulaarsete ekstrasüstolite konfiguratsioonide arvu igal haigel.

Uurimistulemused ja arutelu. Programmeeritava elekterstimulatsiooni tulemuste põhjal jaotati uuritavad kahte rühma: esimesse rühma kuulus 49 haiget, kellele stimulatsioon kutsus esile 0... 3 spontaanset ehokompleksi, teise 36 patsienti, kellele stimulatsioonijärgselt ilmnes 4 või enam ehokompleksi. Teise rühma haigetel diagnoositi programmeeritava elekterstimulatsiooni alusel müokardi elektriline ebastabiilsus. Neist 18-l kutsus stimulatsioon esile kuue või enam ehokompleksi ilmumise: monomorfne ventrikulaarne tahhükardia 10-l, polümorfne 8 juhul. Kolmel korral läks polümorfne tahhükardia üle südamevatsakeste fibrillatsiooniks, mis kupeeriti elektrilise defibrillatsiooniga.

Monitorjälgimise andmete analüüsil ilmnes statistiliselt oluline erinevus kahe rühma haigetel esinevate ventrikulaarsete ekstrasüstolite eri konfiguratsioonide arvu vahel. Esimeses rühmas registreeriti haige kohta keskmiselt $1,09 \pm 0,25$, teises $1,93 \pm 0,40$ ekstrasüstolite eri kuju ($P < 0,05$).

Haigete jaotumus ventrikulaarsete rütmihäirete maksimaalse raskusastme järgi on toodud joonisel 1. Ilmneb tendents madalama gradatsiooniga arütmiate tekkeks esimese rühma haigetel: need, kellel olid rütmihäired 0, 1 ja 2 Lowni gradatsiooni järgi, moodustavad ligikaudu poole esimese rühma haigete üldarvust, teise rühma haigete üldar-



Joonis 1. Haigete jaotumus ööpäeva jooksul registreeritud ventrikulaarsete arütmiate maksimaalse raskusastme järgi uuritavates rühmades.

vust samal ajal ligikaudu kolmandiku. Eriti märgatav on polümorfse ventrikulaarse ekstrasüstooliaga haigete (Lowni järgi 3A) ülekaal teises rühmas esimese rühma haigete arvuga võrreldes. Erinevus statistiliselt oluline ei ole, tingituna vaadeldavatesse alarühmadesse kuuluvate patsientide väikesest arvust.

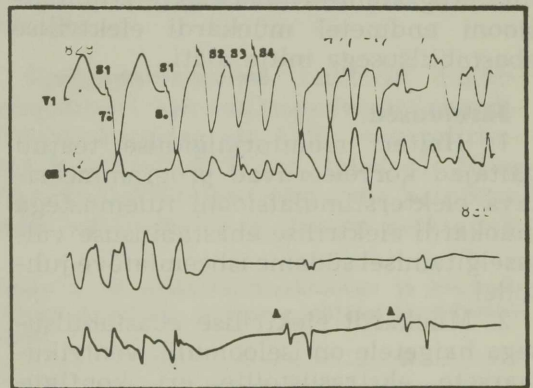
Ventrikulaarsete ekstrasüstolite üldarv ööpäeva jooksul, maksimaalne sagedus tunnis ja minutis varieerusid mõlemas rühmas suurtes piirides, kuid erinevus ei olnud statistiliselt oluline.

Antud töös pidasime nelja või enama ehk kompleksi tekkimist müokardi elektrilise ebastabiilsuse väljenduseks. Kuigi see kriteerium võib olla mõnevõrra tinglik, on ta aktsepteeritud enamikus elektrofüsioloogialaborites, kus kasutatakse 1...3 lisastiimuliga stimulatsiooniprotokoll. Olgu mainitud, et suurem arv lisastiimuleid vähendab meetodi tundlikkuse tõusuga üheaegselt ka tema spetsiifilisust, s.t. käivituvad kliinilist ja prognostilist tähtsust mitteomavad rütmihäired, ennekõike südamevatsakeste fibrillatsioon. Alla nelja ehk kompleksi tekkimist peetakse müokardi füsioloogiliseks reaktsiooniks stimulatsiooni suhtes (4), neli või enam, mõne autori andmetel kuus või enam (8) ehk kompleksi viitavad aga eluohtlike rütmihäirete tekkeks vajaliku anatoomilise substraadi olemasolule.

Eristatakse stimulatsioonil provotseeritavaid spetsiifilisi rütmihäireid mitte-spetsiifilistest. Spetsiifilised on monomorfne ja suhteliselt väikese sagedusega

polümorfne ventrikulaarne tahhükardia, mis moodub spontaanselt (vt. joonis 2), vajab kupeerimiseks elekterstimulatsiooni või, üleminekul südamevatsakeste fibrillatsiooniks, elektrilist defibrillatsiooni. Spetsiifiliste rütmihäiretele on iseloomulik korratavus, s.o. rütmihäire peab olema esile kutsutav ühesuguse stimulatsiooniprotokolliga vähemalt kahel korral kolmest. Mittespetsiifilised arütmid on väga suure sagedusega (üle 300 löögi minutis) polümorfne ventrikulaarne tahhükardia ja vahetult lisaimpulsist käivitunud vatsakeste fibrillatsioon. Selliseid rütmihäireid peetakse prognostilise tähtsusega stimulatsiooniarartefaktideks (3, 6, 8).

Andmed stimulatsioonil tekkivate ja spontaanselt esinevate ventrikulaarsete rütmihäirete vahekorra kohta on südame isheemiatõbe põdejail vasturääkivad. Mõned uurijad eitavad korrelatsiooni programmeeritava elekterstimulatsiooni ja monitorjälgimise andmete vahel (10) ning peavad seetõttu EKG ööpäevast registreerimist kasutuks äkksurmast ohustatute väljaselgitamisel. Suurema osa uurimuste põhjal on siiski leitud korrelatsioon üksikute monitor-



Joonis 2. Polümorfse ventrikulaarse tahhükardia teke vatsakeste programmeeritaval stimulatsioonil. Pärast kaheksandat baasrütmi impulssi (S1) vatsakestele antud kolm lisastiimulit (S2, S3, S4) kutsuvad esile 12 kompleksist koosneva polümorfse tahhükardia, mis moodub spontaanselt. OE — üheaegselt EKG-ga registreeritud südame transösofageaalne elektrogramm. Ülemine ja alumine EKG on pidev lindistus.

jälgimise parameetrite ja programmeeritava elekterstimulatsiooni andmete vahel. Selliste näitajate hulka kuuluvad ventrikulaarsete ekstrasüstolite suur sagedus, üle 100 tunnis (11), kõrge gradatsiooniga rütmihäirete (Lowni järgi 4A...4B) olemasolu jms. (5).

Meie uurimusest selgub huvipakkuv asjaolu, mille kohta kirjanduse andmed on siiani puudunud, nimelt ventrikulaarsete ekstrasüstolite konfiguratsioonide suur arv müokardi elektrilise ebastabiilsusega haigetel. Mitme eri konfiguratsiooniga ventrikulaarsete ekstrasüstolite registreerimist Holteri monitorjälgimisel võib kasutada nende väljaselgitamiseks, kes vajavad südamevatsakeste programmeeritavat elekterstimulatsiooni, selektiivset koronograafiat või muid invasiivseid uurinuid. Selle fenomeni olemuse selgitamiseks on vajalikud täiendavad uuringud. Ühe põhjusena tuleks arvesse elektrilise erutuse ringliikumise põhimõttel tekki-va mitme rütmihäire käivitumiseks vajaliku tsooni olemasolu müokardis; selle elektrokardiograafiliseks väljenduseks on polümorfne ventrikulaarne ekstrasüstoolia. Samal ajal ka väga sage monomorfne ekstrasüstoolia (20 000...30 000 ööpäevas) uuritavatel ei seostunud programmeeritava elekterstimulatsiooni andmetel müokardi elektrilise ebastabiilsusega mitte alati.

Järeldused.

1. Holteri monitorjälgimise teatud näitajad korreleeruvad programmeeritava elekterstimulatsiooni tulemustega müokardi elektrilise ebastabiilsuse väljaselgitamisel südame isheemiatõve juhtudel.

2. Müokardi elektrilise ebastabiilsusega haigetele on iseloomulik ventrikulaarsete ekstrasüstolite eri konfiguratsioonide suur arv (polümorfism) ning kõrge gradatsiooniga ventrikulaarsete rütmihäirete esinemistendents.

3. Ventrikulaarsete ekstrasüstolite üldarv ööpäeva jooksul, nagu ka nende maksimaalne sagedus tunnis ja minutis, ei võimalda välja selgitada müokardi elektrilise ebastabiilsusega haigeid.

KIRJANDUS: 1. Akhtar, M., Shenasa, M., Denker, S. a.o. Pace, 1983, 6, 2, 192—201. — 2. Brugada, P., Wellens, H. J. J. Pace, 1984, 7, 6, 1121—1128. — 3. DiCarlo, L., Morady, F., Schwartz, A. B. a.o. Am. Heart J., 1985, 109, 5, 959—963. — 4. Farshidi, A., Michelson, E. L., Greenspan, A. M. a.o. Am. Heart J., 1980, 100, 1, 59—68. — 5. Gomes, J. A. C., Hariman, R. I., Kang, P. S. a.o. Circulation, 1984, 70, 1, 43—51. — 6. Herre, J. M., Mann, D. E., Luck, J. C. a.o. Am. J. Cardiol., 1986, 57, 1, 102—107. — 7. Kaik, J., Mahhotina, V., Rabinovitch, B., Laane, P. In: X World Congress of Cardiology. Washington D. C. Sept. 14—19 1986. Abstract book. 404. — 8. McPherson, C. A., Rosenfeld, L. E., Batsford, W. P. Am. J. Cardiol., 1985, 55, 6, 689—695. — 9. Santarelli, P., Bellocchi, F., Loperfido, F. a.o. Am. J. Cardiol., 1985, 55, 4, 391—394. — 10. Senges, J., Jauernig, R., Rizos, I. a.o. Eur. Heart J., 1984, 5, (suppl. 1), 108. — 11. Sridharan, M. R., Checton, J. Geriatrics, 1985, 40, 1, 63—69.

Kardioloogia Teadusliku
Uurimise Instituut
Tallinna Kiirabihaigla

Kas kergekujulist arteriaalset hüpertensiooni ravid? Inglismaa, Austraalia ja Norra arstiteadlaste uurimistöödes tuuakse andmeid 15 000 vaatlusaluse kohta, kellel oli diagnoositud esimese staadiumi arteriaalne hüpertensioon (diastoolne rõhk kuni 100 mmHg). Kas vererõhku vähendavate ravimite kasutamine haigete puhul, kellel veresoonte- ja neerukahjustusi ei ole, on vajalik või kahjulik, seda pole veel lõplikult kindlaks tehtud. Kui aga ravimeid vererõhku regulaarselt kontrollides ikkagi ordineerida, peab arst mõtlema eelkõige sellele, kuidas vältida neid riskitegureid, mis võiksid tüsistusi tekitada. Austraalia arstide uurimuse põhjal normaliseerus vererõhk kontrollrühma kuulunud uuritutel platseebopreparaadi kasutamise tulemusena. Soodsat mõju avaldasid kehakaalu vähenemine ülekaalulistel, samuti lihaste lõõgastamise harjutused ning kehaline tegevus. Neid ravimooduseid ongi soovitatav rakendada enne, kui ordineerida medikamente. On kahju, et miljonid inimesed kasutavad päevast päeva pikkade aastate vältel vererõhku vähendava toimega ravimeid ka esimese staadiumi arteriaalse hüpertensiooni puhul. See aga ei ole üldsegi vajalik.

Die Heilberufe, 1986, 12.

UDK [612.396.14 : 616.341] : 616.127.005.8

Laktoosi malabsorptsioon ja harjumuslik piimatarbimus müokardiinfarktihaigetel

Margus Lember Agu Tamm
Maido Uusküla Tartu

müokardiinfarkti risk, laktoosi malabsorptsioon, piimatarbimus

Südame isheemiatõve üldtunnustatud riskitegurite kõrval võivad müokardiinfarkti varajast teket soodustada ka paljud muud vähem tuntud tegurid. 1980. aastal avaldatud ülevaates, milles võrreldi 29 etnilise rühma andmeid, tuli J. Segall järeldusele, et piimasuhkur võib südame isheemiatõve tekkes riskiteguriks olla (9). Leiti, et maades, kus laktoosi malabsorptsiooni esineb suhteliselt harva, vähem kui 30%-l rahvastikust, kuid piima tarvitatakse toiduks palju, on suurem südame isheemiatõve tagajärjel suurem kui maades, kus laktoosi malabsorptsiooni esineb enam kui 30%-l rahvastikust ja kus piima juuakse vähem.

Käesoleva töö ülesandeks oli kontrollida, kas müokardiinfarkti risk eestlastel sõltub piimatarbimusest ja laktoosi malabsorptsioonist kui pärilikust nähtusest. Nagu teada, on müokardiinfarkti esinemissagedus Eesti NSV-s üks suuremaid NSV Liidus (11), laktoosi malabsorptsiooni esinemissagedus eestlastel on 24... 32% (12, 13).

Uurimismaterjal ja -meetodid. Võrreldi tüüpilist transmuraalset müokardiinfarkti põdevat 70 haiget 70 kontrollrühma isikuga, kes anamneesi, objektiivse uurimise ega EKG andmeil südameveresoonekonna haigusi ei põdenud.

Andmete võrdlemiseks oli iga infarktihaige kohta valitud üks kontrollrühma kuuluv isik nii, et kummalgi langeksid kokku sugu, vanus (± 2 aastat), rahvus ja elukoht (maa või linn). Kõik uuritud olid 36... 78 aasta vanused eesti rahvusest mehed Tartu Kliinilise Haigla ja Tallinna Kiirabihaigla infarkti-, traumatoloogia- ning kõrva-, nina- ja kurguhaiguste osakonnast.

Laktoosi malabsorptsiooni ja absorptsiooni kindlakstegemiseks said uuritavad standardse laktoosikoormuse (10). Kui vere glükoosisisaldus suurenes vähem kui 1,4 mmol/l, korrati koor-

muskatso mõnel teisel päeval glükoosi ja galaktoosiga, eristamaks laktoosi selektiivset malabsorptsiooni üldisest malabsorptsioonist peensooles. Et uuringud tehti haiglas viibimise neljandal nädalal, ei kujutanud laktoosikoormus endast müokardiinfarktihaigete suhtes enam mingit ohtu.

Uuritult küsiti, kui palju rööska piima olid nad päevas tavatsenud juua enne haigestumist. Küsitlusel ja haiguslugudest saadi andmed järgmistele tuntud riskitegurite kohta:

- 1) arteriaalse hüpertensiooni esinemine (jah või ei) ja kestus;
- 2) südamehaigused esimese astme sugulastel (jah või ei);
- 3) liigne kehakaal, kui Rohreri indeks (2) oli üle 1,6,

$$\text{Rohreri indeks} = \frac{\text{kehakaal (g)} \times 100}{\text{kasv}^3 \text{ (cm)}} ;$$

4) sigaretisuitsetamine; mittesuitsetajaiks peeti neid, kes viimased viis aastat ei olnud regulaarselt suitsetanud. Arvutati suitsetamisindeks, s. o. sigarettide arv päevas korrutatud aastate arvuga, mille vältel antud isik oli suitsetanud.

Vereseerumi lipiidisisaldust ei analüüsitud, sest hiljuti põetud müokardiinfarkt võis seda mõjutada (7). Kõik laktoosikoormuskatsud tegi ning haiget küsitles üks ja sama isik.

Andmete statistilisel analüüsil kasutati χ^2 ja t-testi. Arvutati lineaarse korrelatsiooni koefitsient r ja mitmese korrelatsiooni koefitsient R. Viimane arvutati samm-regressiooni-meetodil. $R^2 \cdot 100\%$ näitab, kui suurt osa müokardiinfarkti riski koguvarieeruvusest kirjeldab üks või teine riskitegurite kombinatsioon. Regressioonimudelite arvutamisel kasutati programmpaketti BMDP 2R (4), arvutused tehti TRÜ arvutuskeskuses.

Uurimistulemused. Laktoosi malabsorptsiooni esinemissagedus müokardiinfarktihaigetel oli 17%, kontrollrühma kuulujail 31% (vt. tabel 1). Müokardiinfarktihaiged olid enne haigestumist harjumuslikult joonud keskmiselt

Tabel 1. 70 müokardiinfarktihaige ja kontrollrühma kuulujate jaotumus laktoosi imendumise alusel

Rühm	Müokardiinfarktihaiged	Kontrollrühma kuulujad
Laktoosi malabsorptsioon	12 (17%)	22 (31%)
Laktoosi absorptsioon	58 (83%)	48 (69%)
$\chi^2=3,88$	k=1	P<0,05

Tabel 2. Harjumuslik keskmine piimatarbimus (klaase päevas \pm m) 70 müokardiinfarktihaigel ja kontrollrühma kuulujatel

Rühm	Kokku
Müokardiinfarktihaiged	3,6 \pm 0,3
Kontrollrühma kuulujad	2,4 \pm 0,2
t=3,21	P<0,01

rohkem piima kui kontrollrühma kuulujad (vt. tabel 2).

Laktoosi absorptsiooni esinemise ja harjumuslikult joodud rõõsa piima hulga vahel oli nõrk positiivne korrelatsioon ($r=0,270$; $P<0,05$).

Müokardiinfarkti riskitegureid, välja arvatud suitsetamine, esines müokardiinfarktihaigetel ja kontrollrühma kuulujail erinevalt (vt. tabel 3). Südamehaigusi põdenud esimese astme sugulasi oli pooltel müokardiinfarktihaigetel ning vaid mõnel kontrollrühma isikul. Müokardiinfarkti põdejate rühmas oli arteriaalset hüpertensiooni neli korda sagedamini kui kontrollrühmas. Ülekaaluline oli peaaegu iga teine müokardiinfarktihaige ja vaid iga viies kontrollrühma kuuluja. Suitsetajaid oli mõlemas rühmas peaaegu ühepalju. Rohke piimatarbimusega (kolm või enam klaasi päevas) isikuid oli müokardiinfarktihaigete seas oluliselt enam kui kontrollrühmas. Regressioonanalüüs näitas, et loetletud viie riskiteguri kaudu oli kirjeldatav 33% müokardi-

infarkti riski kogu varieeruvusest (vt. tabel 4). Tunnuse «laktoosi absorptsioon» lisamine kuuendaks riskiteguriks riski kirjeldatust enam ei suurendanud.

Arutelu. Täniini ei ole veel selge, milline piima komponent võiks olla ohustav. Loomsete rasvade, sealhulgas ka piimarasva liigtarvitamist on südame isheemiatõbe soodustavaks teguriks peetud juba üle paari aastakümne (5, 6). Hiljem esitati hüpotees piimavalgu aterogeensuse kohta (1). Viimase viie aasta jooksul on eelnimetatuile lisandunud ka laktoos (9) ja piimas leiduvad fütööstrogeenid (8) või lihtsalt energia, mis täiendavalt saadakse rohkest piimajoomisest.

Laktoosi, seega ka piima suuremas koguses tarvitamist limiteerib peensoole ensüümi laktaasi vähene aktiivsus, mis põhjustab laktoosi selektiivset malabsorptsiooni (3). Varem ei ole uuritud, milline on südamehaigetel olnud laktoosi malabsorptsiooni esinemissagedus ja kui palju on nad enne haigestumist tavatsenud piima juua.

Käesoleva töö tulemusena selgus, et müokardiinfarktihaigeil esines laktoosi malabsorptsiooni tunduvalt harvem kui kontrollrühma isikul. Seetõttu saigi olla nii, et müokardiinfarkti põdejad olid piima joonud kontrollrühma isikuist enam.

Regressioonanalüüsi abil osutus võimalikuks võrrelda nii üldtuntud kui ka uuritavate (oletatavate) riskitegurite mõju suurust müokardiinfarkti riskile.

Tabel 3. Müokardiinfarkti mõnigate riskitegurite esinemine müokardiinfarktihaigete ja kontrollrühma kuuluvate isikute seas

Riskitegurid	Müokardiinfarktihaiged (n=70)	Kontrollrühma kuulujad (n=70)	χ^2	P väärtus
1. Südamehaiguste esinemine perekonnas	34	5	28,89	$P<0,01$
2. Hüpertensioon	23	6	12,57	$P<0,01$
3. Liigne kehakaal	30	13	9,70	$P<0,01$
4. Sigaretsuitsetamine	55	47	2,31	$P>0,1$
Oletatavad riskitegurid				
5. Laktoosi absorptsioon	58	48	3,88	$P<0,05$
6. Rohke piimajoomine (3 või enam klaasi päevas)	29	11	11,34	$P<0,01$

Tabel 4. Müokardiinfarkti riski prognoositavus vaadeldud riskitegurite kombinatsioonide alusel

Mudel (riskitegurite kombinatsioon)	R	Riski osa, mis on kirjeldatud riskitegurite vastava kombinatsiooniga ($R^2 \times 100\%$)
1.	0,45	20%
1.+2.	0,49	25%
1.+2.+3.	0,53	29%
1.+2.+3.+4.	0,56	31%
1.+2.+3.+4.+5.	0,58	33%

Märkus. Riskitegurid: 1 — südamehaigused esimese astme sugulastel, 2 — hüpertensiooni kestus, 3 — Rohrer'i indeks, 4 — piimatarbimus, 5 — suitsetamisindeks.

Suuremat mõju avaldas südamehaiguste esinemine esimese astme sugulastel; see mudel kirjeldas 20% riski varieeruvusest. Ka hüpertensioon ja liigne kehakaal (kumbki 4...5% riskist) olid müokardiinfarktiga seotud nii ühe- kui ka mitmemõõtmelises andmestikus (vt. tabelid 3 ja 4). Suitsetajate arv aga oli müokardiinfarktihaigete ja kontrollrühma isikute hulgas praktiliselt ühesugune. Kui suitsetamisindeksi kaudu arvutasime ka suitsetamise intensiivsust ja kestust, õnnestus meil näidata, et see tunnus müokardiinfarkti riski siiski pisut suurendab. Meie mudeli järgi suurendas müokardiinfarkti riski samavõrra (2%) rohke piimajoomine (tarvitatud piima kogus).

Mudel, mille kohaselt oli riskitegurina arvestatud südamehaigusi esimese astme sugulastel, arteriaalset hüpertensiooni, ülekaalulisust, rohket piimajoomist ja sigaretisuitsetamist, kirjeldas 33% ehk $\frac{1}{3}$ müokardiinfarkti riski koguvarieeruvusest. Neile tunnuse «laktoosi absorptsioon» lisamine mudelit enam ei parandanud. Piim näib seetõttu olevat toimiv faktor ja laktoosi absorptsiooni esinemine vaid eeldus, et inimene saab (võib, suudab) piima juua suurtes kogustes. Seega on meie tulemused kooskõlas hüpoteesiga südame isheemiatõve, piima tarvitamise ja laktoosi absorptsiooni vahelisest seosest.

Enne kui soovitada piimajoomise harjumust põhjalikult muuta, peaks sel-

gitama, milline komponent (komponendid) meie poolt leitud sõltuvuse taga peidus on. Selle töö tulemusena näib, et täiskasvanu võiks piima tarvitada üksnes mõõdukas koguses.

KIRJANDUS: 1. *Annand, J. C. J.* Atherosclerosis Res., 1967, 7, 797—801. — 2. *Aul, J.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1974, 4, 307—312. — 3. *Bayless, T. M., Paige, D. M., Ferry, G. D.* Gastroenterology, 1971, 60, 605—608. — 4. *BMDP 2 R Stepwise regression.* Health Sciences Computing Facility University of California. Los Angeles, 1979. — 5. *Briggs, R. D., Rubenberg, M. L., O'Neal, R. M. a. o.* Circulation, 1960, 21, 538—542. — 6. *Keys, A.* JAMA, 1957, 164, 17, 1912—1919. — 7. *Rönnemaa, T., Viikari, I., Irjala, K. a. o.* Acta med. scand., 1980, 207, 161—166. — 8. *Seely, S.* Med. Hypotheses, 1982, 8, 349—354. — 9. *Segall, J. J.* Int. J. Epidemiol., 1980, 9, 271—276. — 10. *Tamm, A., Kuusk I.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1976, 2, 112—116. — 11. *Valgma, K.* Müokardiinfarkt. Tallinn, 1984. — 12. *Кууск И. Э., Виллако К. П.* В кн.: Уч. зап. Тартуского гос. ун-та, 1976, 385, 129—133. — 13. *Тамм А. О., Вяя М. П., Виллако К. П.* В сб.: Материалы пленума правления ВНОГ. Рязань, 1981, 151—152.

Tartu Linna Polikliinik
TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia
Instituut

Ülevaated

UDK 616-053.12.3 : 615.035.1(047)

Lasteravimite probleeme

Margareete Otter Külliki Kukk
Tartu

arengufarmakoloogia, imiku füsioloogilised iseärasused, ravimi toime iseärasused lastel, imiku ja väikelapse ravimivormid

Farmakoni toime organismisse hõlmab kõiki muutusi, mida ravim organismi talitlustes esile kutsub. Ühelt poolt määravad toime mürgi, teiselt poolt organismi omadused, millest üks olulisemaid on organismi vanus. Inimest peetakse farmakoloogia seisukohalt täisealiseks alles alates 24. eluaastast, täisiga kestab kuni 60. eluaastani. 24. eluaastani on tegemist lapse või noorukiga. Sellest tingituna on paari viimase aastakümne jooksul lisaks klassikalisele farmakoloogiale kujunenud veel arengufarmakoloogia, mis uurib eri vanuserühmades east sõltuvaid reaktsioone ravimite suhtes. Arengufarmakoloogia uuringud on seotud ka ema-, platsenta- ja lootefarmakoloogiaga (6, 7) (vt. joonis).

Järgnevalt mõningaid mõtteid vast-sündinu- ja väikelapsefarmakoloogia eripära ning ravimite kasutamise kohta. Vastsündinu ning väikelapse organismi farmakodünaamiline vastus ravimite toimele on täiskasvanu omast märgatavalt erinev. Erinevusi põhjustavad imiku organismi anatoomilis-füsioloogilised, biokeemilised ja farmakoloogilised iseärasused (vt. loetelu). Siinjuures esitame loetelu mõningatest lapse organismile iseloomulikest teguritest, mis

mõjutavad ravimite toimet ja toksilisust (1, 5, 8, 9, 12).

Väike kehakaal ja võrreldes kehakaaluga suur kehapiind.

Mõningate membraanide, nagu koorioni, kapillaaride, hematoentsefaalbarjääri, aju- ja seljaajuvedeliku vahelise barjääri suurenenud permeaablus.

Suured rakuvaheruumid ja ekstratsellulaarvedeliku suur osatähtsus.

Vereplasma väike valgusisaldus ja ravimite nõrk seondumine valkudega.

Hemodünaamika eripära (väike kapillaarsus jt.).

Retseptorite tundlikkuse erinevus.

Ebastabiilsed tsentraalsed regulatsioonimehhanismid (närvüsteem, hingamiskeskus, vasomotoorne keskus, termoregulatsioonikeskus jt.).

Maksa mikrosomaalsete ensüümide nõrk aktiivsus. Spetsiifiliste ensüümide (katalaasid, eriti glükurooni katalaas, atsetüül transferaas, methemoglobiini reduktaas jt.) vähene sisaldus või puudumine.

Neerude puudulik filtreerimisvõime, mis põhjustab vereplasma aeglase ravimeist puhastumise.

Ravimite kumuleerumine.

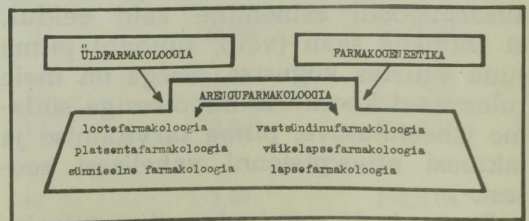
Puudulikud immuunmehhanismid.

Tendents atsidoosi tekkeks.

Mao aeglane tühjenemine ja maomahla alahappesus (pH neutraalne).

Toitumise eripära.

Eeltoodust lähtudes tuleb imikufarmakoterapiasse suhtuda äärmiselt täpselt. Organismi reaktsioon ravimite suhtes sõltub vereplasma valkude siduvatest omadustest, kemoretseptorite struktuurist, elundite funktsionaalsest küpsusest ja neurohumoraalse regulatsiooni arengust. Kasvaval organismil on kõik nimetatud tegurid veel välja arenemata. Lastel on bioloogiliste membraanide permeaablus suur, kuid samas on neil farmakoretseptorid ja immuunsüsteemid välja kujunenemata, mistõttu mitmed raviained, ka väikestes annustes, võivad esile kutsuda intoksikatsiooni- või allergianähte.



Skeem. Arengufarmakoloogia koht ja struktuur.

Tabel 1. Ravimite poolväärtusaja võrdlus vast-sündinul ja täiskasvanul (1)

Ravim	Poolväärtusaeg (tundi)		Ligikaudne pikenemine
	täiskasvanul	vastsünvanul	
Kofeiin	6	40...231	17
Teofül- liin	6	14...57	2,5...9
Levomüt- setiin	2,5	14...24	5...9
Indome- tatsiin	2...11	7,5...51	4
Salitsü- laadid	2,7	4,5...11,5	1,3...4,5
Atseet- amino- feen	1,6...2,8	2,2...5	1,5...2
Buta- dioon	12...30	21...34	1...1,5
Difeniin	11...29	21	2
Fenobar- bitaal	24...140	82...199	1,5...2

Rakuvälise vedeliku ruumala on väikelastel suhteliselt suurem (vesilahustuva raviaine annus kehakaalu ühe kilogrammi kohta peab olema vastavalt suurem), parasümpaatilise närvisüsteemi ravimitundlikkus väiksem, sümpaatilise närvisüsteemi sisselülitumine aga füsioloogiliselt kiirem. Organismi homöostaasi regulatsioonis on ülekaalus humoraalne adrenergiline foon, millega kaasnevad kiirem ainevahetus ning elundite piiratud adaptatsioonivõime.

Ravimite biotransformatsiooni isearasused lastel on seotud peamiselt maksaga, mille suhteline mass vastsündinul on täiskasvanu omast küll suurem, kuid ensüümisüsteemide aktiivsus väiksem. Kõigil vastsündinuil puudub tsütokroom P⁴⁵⁰, glükuronidaasisüsteem aga areneb välja alles esimese eluaasta lõpuks. Viimane põhjustab ravimite konjugatsioonireaktsioonide häirumist, paljud mürgid ei eritu (1). Vahel on ensüümpuudulikkuse aluseks geneetilised tegurid, mis toimivad kogu elu ja võivad imikutel avastamata jääda. Mõnikord on lapse seisukohalt elulise tähtsusega, kas arst suudab eristada kaasasündinud ensüümpaatiidid ealisest ensüümpuudulikkusest ning muudest hai-

gusseisunditest ja sellele vastavalt valida ravimid. Imikuile sulfaniilamiidravi määramisel tuleb eriti arvestada seda, et sulfaniilamiidid konkureerivad bilirubiiniga ensüümi glükorunüüli transferaasi suhtes ja viimase nappuse korral ilmnev ikterus võib süveneda. Bilirubiini vabastavad seosest valkudega veel salitsülaadid, kofeiin, levomütsetiin (1, 13).

Ravimite biotransformatsioonis olulised, kuid imiku organismis väljakujunenemata ensüümisüsteemid põhjustavad paljude ravimite poolväärtusaja mitmekordset pikenemist (vt. tabel 1). Seda on vaja arvestada ravimite manustamisageduse määramisel. Glomerulaarfilt ratsiooni aeglus põhjustab samuti ravimite pikemaajalist püsimist imiku organismis. Lapse päevarežiimi eripära tõttu (päevane uni) on tal täiskasvanust erinev ka ravimite ööpäevane kineetika.

Ravimi imendumist ja tema farmakoloogilist efekti mõjutab peale ensüümide toimel lagunemise veel maomahla nõrk happesus, mis soodustab nõrgalt aluseliste raviainete imendumist. Teatud osa etendab ka maosisaldise (toidu puudumine või olemasolu, eri toitainete sisaldus) ja sooletrakti motoorika. Näiteks teofüllüüni kineetikat lastel mõjutab dieet järgmiselt: tavalise dieedi korral on poolväärtusaeg 6,8 tundi, suure valgusisaldusega dieedi korral 4,8 tundi ja süsivesikurikka dieedi korral 18,1 tundi (3). Seetõttu tuleb arvestada ka toidu koostise (valgu- ja rasvasisaldus, happesus jne.) võimalikku mõju raviaine imendumisele, seondumisele valkudega, akumulatsioonile rasvkoos (2).

Olulist osa farmakonide imendumises etendab ka manustamisviis. Erinevalt täiskasvanutest on lastel kiirem imendumine naha kaudu, seevastu manustamisel naha alla või seedetrakti on imendumine aga aeglustunud, sest kapillaaride võrgustik on lapsel vähem arenenud.

Lapse organism erineb täiskasvanu organismist mitte ainult ravimite suhtes avalduvate reaktsioonide poolest, vaid ka kalduvuse poolest mõne patoloogilise seisundi tekkeks, mida tavaliselt ei tule

Tabel 2. Retseptuuris levinud raviaineid ja ravimivorme, mida väikelastele ei ordineerita (10, 11)

Nimetus	Lapse vanus, millest alates on lubatud ravimit määrata
Kemoterapeutikumid:	
tetratsükliin	8 aastat
aminoakrihiin	6 aastat
sulfasalasiin	5 aastat
farüngosept	3 aastat
kõrvitsa seemned	3 aastat
salasopüridasiin	3 aastat
biseptool	2 aastat
nalidikshape	2 aastat
oksoliinhape	2 aastat
sõnajalajuure pakseksrakt	2 aastat
tümool	2 aastat
erütromütsiin	1 aasta
ussipuju õied	1 aasta
baktriimi suspensioon	6 kuud
norsulfasool	4 kuud
Neuro- ja müotroopsed ained:	
levodopa	12 aastat
paratsetamool	6 aastat
mefenaamhape	5 aastat
propanidiid	4 aastat
broomheksiin	3 aastat
oopiumi alkaloidid	2 aastat
teofülliin	2 aastat
antipüriin	6 kuud
butadioon	6 kuud
papaveriin	6 kuud
eufülliin	6 kuud;
	i.v. 14 aastat
Psühhotroopseid ja mediatoorseid protsesse mõjutavad ained:	
prasosiin	12 aastat
tsümetidiin	7 aastat
pürroksaan	6 aastat
tavegüül	6 aastat
kromolüülnaatrium	5 aastat
kofeiin	2 aastat
karumustika kuiveksrakt	6 kuud
proseriin	6 kuud
Ainevahetust mõjutavad ained:	
klofibraat	keelatud
joodi 5 %-line alkohollahus	5 aastat
adiurekriin	3 aastat
metüültiouratsiil	3 aastat
vitafluor	1 aasta
Fotosensibiliseerivad ained:	
Välispõlised	5 aastat
aerosoolid (kametoon jt.)	5 aastat

ette täiskasvanute puhul. Nii esineb lastel aju verevarustuse häirete tõttu märksa sagedamini aju funktsiooni häireid. Neil tekivad kergemini ja kiiremini krambid ja motoorikahäired. Tihti

kaasuvad põhihaigusele veel hingamispuudulikkus, ainevahetushäired, mikroelementide ja bioloogiliselt aktiivsete ainete sisalduse vähenemine. Märgatavalt kiirem ja tugevam on laste reageerimine igasugustele traumadele ja stressile (4, 13). See kõik kajastub ravimite poolt esilekutsutud kõrvaltoime tekkes.

Väga sageli piirduakse väikelaste ravis ainult ravimi annuse vähendamisega. «NSV Liidu riiklik farmakopöa» näeb ette mürgiste ja tugevatoimeliste ainete maksimaalannused vanuserühmade järgi. Lapse raviannuse määramiseks on ka mitmeid valemeid, mille puhul on arvestatud ka lapse vanust, keha pindala ja kaalu. Igaühel neist on eeliseid ja puudusi, kuid ka ravimite optimaalsetes ja näiliselt ohututes annustes kasutamise korral tuleb iga kord eraldi silmas pidada lapse individuaalseid iseärasusi. Paljude ravimite manustamisest imiku- ja väikelapseas tuleb üldse loobuda (vt. tabel 2). Sageli tuleb kasutada ka eri manustamiskeeme spetsiaalselt kohandatud ravimivormidega (vt. tabel 3).

Lasteravimeid peab olema mugav kasutada. On nõutav, et ravimitel oleks meeldiv maitse ja lõhn ning et neil samal ajal oleks ka maksimaalne terapeutiline toime. Umbes 17...18 % lasteravimeist moodustavad pulbrid, 13 % on pehmed ravimivormid ja suurem osa, 70 % on vedelravimid. Pooled seespõldest ravimitest on lahused, vähem kasutatakse tilku ja emulsioone. Võimaluse korral väljastatakse ravim alla kaheksa-aastastele lastele mikstuurina.

Sissevõtmiseks ettenähtud ravimeil on sageli korrigeeritud maitset, sellega aga võib kaasneda raviaine stabiilsuse, biosaadavuse ja terapeutilise efektiivsuse muutus. Korrigeerivate lisandite kasutamisel võib moodustuda komplekse, milles muutub ravimi toime. Olu-line on see juhtudel, kui toimeaine kontsentratsioon on vaja kiiresti suurendada, näiteks antibiootikumide ja sulfaniilamiidide manustamisel.

Ravimi maitset muudetakse ka molekuli struktuuri muutmise teel, tekitades

Tabel 3. NSV Liidus kasutatavate lasteravimivormide näiteid (11)

Rühm	Ravim	Lastevorm
	I. Peroraalselt manustatavad	
	1. Tahked ravimivormid	
	A. Korrigeeritud:	
Kemoterapeutikumid	erütromütsiin levomütsetiin biseptool	kapslid 0,1 (100000 TÜ) levomütsetiinstearaat tabletid 0,25 biseptool-120 (sulfametoksasooli 100 mg trimetopriimi 20 mg)
Psühhotroopsed ained	aminasiin sibasoon püratsetaam	kaetud tabletid 0,01 kaetud tabletid 0,001; 0,002 kaetud tabletid 0,2
Antihistamiinsed ained	diprasiin	kaetud tabletid 0,005; 0,002
Vitamiinid	askorbiinhape	tabletid 0,025 glükoosiga
	B. Korrigeerimata:	
Analgeetikumid	atsetüülsalitsüülhape	tabletid 0,1
Adrenomimeetikumid	efedriin	tabletid 0,002; 0,003; 0,001
Hormoonpreparaadid	metandrostenoloon	tabletid 0,001
Spasmolüütikumid	papaveriin	tabletid 0,01
Neurotroopsed ained	fenobarbitaal tropatsiin	tabletid 0,005 tabletid 0,001; 0,003; 0,005
	2. Vedelad ravimivormid	
	A. Korrigeeritud:	
	a) suspensioonid	
Kemoterapeutikumid	ampitsilliin tsefaleksiin levoriin	pulber flakoonides 60,0, toimeainet 5,0 pulber flakoonides 35,0, toimeainet 2,5 pulber flakoonides 2 000 000 TÜ; 4 000 000 TÜ
	fenoksümetüülpenitsilliin	pulber flakoonides 20,0; 40,0; 80,0, toimeainet 0,3; 0,6; 1,2
	baktriim griseofulviin	suspensioon 100 ml, toimeainet 0,24 mg suspensioon 100 ml, 1,0 sisaldab 0,01 toimeainet
Psühhotroopsed ained	tioridasiin	0,2 %-line suspensioon 1ml sisaldab 0,002 toimeainet
	b) siirupid	
Psühhotroopsed ained	kaalium- ja naatriumbromiid	1 %-, 2 %-, 3 %-line lahus 100 ml marja- siirupis
	püriditool	siirup 200 ml; 5 ml sisaldab 0,1 toime- ainet
Antiserotoniinsed ained	peritool	siirup 100 ml; 1 ml sisaldab 0,4 mg toimeainet
Köha-preparaadid	pertussiin	siirup 100 ml (nõmm-liivateed 12 osa, kaaliumbromiidi 1 osa, suhkrusiirup 82 osa, 80 %-list alkoholi 5 osa)
	tusupreks	siirup 100 ml, 5 ml sisaldab 0,01 toime- ainet
Vitamiinipreparaadid	kibuvitsamarjaekstrakt	vitaminiseeritud siirup 100 ml; 1 ml sisaldab 0,03 vitamiini C; 0,015 vita- miini P
	B. Korrigeerimata:	
Nugiussidevastased preparaadid	piperasiin	5 %-line lahus 100 ml; 5 ml sisaldab 0,25 toimeainet
Rauapreparaadid	hemofer	lahus flakoonides 10 ml; 1 ml sisaldab 0,157 kahevalentset rauda
	II. Parenteraalselt manustatavad	
	1. Süstelahused:	
Kemoterapeutikumid	sisomüksiinsulfaat	1 %-line lahus 2 ml; 0,01 ml-s
Narkootiliste analgeeti- ikumide antagonistid	nalorfiin	0,05 %-line lahus 0,5 ml vastündinuile
Üldanesteetikumid	ketamiin	lahus 10 mg — 1 ml
	2. Välispidised:	

Nohutilgad	halasoliin	0,05 %-line lahus
	naftüsiin	0,05 %-line lahus
III. Rektaalselt manustatavad		
Antihistamiinsed ained	1. Suposiidid	
	dimedrool	suposiidid 0,005; 0,01; 0,015; 0,02
Üldtugevdavad ained	apilak	suposiidid 0,005
	Lahtistid	glütseriin
Uinutid	2. Klüsmid	
	barbamüül	0,1 . . . 1 %-line lahus
	kloraalhüdraat	2 %-line lahus
	tiopentaalnaatrium	5 %-line lahus
Kemoterapeutikumid	salasopüridasiin	5 %-line suspensioon

raskesti lahustuvaid sooli (levomütse-tiinsteeraat). Maitse nõrgenemisega võib aga kaasneda biosaadavuse vähenemine.

Maitse parandamiseks imiku ravi-meile korrigeinte ei lisata. Ravimid ei tohi sisaldada ka mingisuguseid täite-aineid ega konservante. Naatriumbenso-aat, boorhape, etanool, urotropiin ja teised konservandid oma laia toime-spektri tõttu sekkuvad lapse organismi funktsioonidesse sama toimemehhanis-miga, millega mõjutavad mikroobide elutegevust: blokeerivad ensüüme, rak-kude jagunemist, rakumembraanide läbilaskvust (11). Konservantide lisa-misele eelistatakse aseptilisi ravimite valmistamise menetlusi ja steriliseeri-mist.

Lastele antakse pulbreid želatiin-kapslites, mis kaitsevad raviaineid vä-liskeskkonna mõju eest, maskeerivad ebameeldivat maitset ja lõhna ning vähendavad allergia tekkimise ohtu, seda mitte küll alati. Želatiini kui bi-oloogilist produkti võib manustada isegi maomahla nõrga sekretsiooni korral. Želatiinkapsel lahustub umbes kahe minuti jooksul, sõltumata maomahla reaktsioonist. Kapslist vabaneb raviaine seega kiiremini kui tabletist. Kapslites väljastatakse meil antibiootikume, vita-miine, lahtisteid või muid raviaineid, näiteks erütromüsiini, riitsinusöli, raudlaktaati, retinoolatsetaati. Maitse parandamiseks kasutatakse ka polüme-erist või biopolümeerist mikrokapsleid (13), kuid kahjuks valmistab meie far-maatsiatööstus neid küll äärmiselt pii-ratud koguses.

Viimasel ajal on ülemiste hingamis-teede haiguste raviks saagenud vita-miinide, antibiootikumide, sulfaniil-amiidide, hormoonide, alkoholi, halo-geenide ja teiste ainete kasutamine aerosoolidena. Aerosoolide manusta-mine on aga raskendatud lastele, kelle limaskest on väga tundlik. Doseerimine ei ole täpne, puuduvad indiferentsed propellendid. On andmeid aerosoolide pideval kasutamisel ilmneva toksilisuse kohta. Kametoon, kamfomeen, inhalüpt ja teised aerosoolid ei sobi alla viie aasta vanustele (11). Kahjuks neid siiski kasu-tatakse ja sageli tuleb ravida aerosoo-lide poolt esilekutsutud allergianähte.

Üks perspektiivsemad raviaine lapse organismi viimise viise on rektaalne manustamine. Peroraalsega võrreldes on sellel mitmeid eeliseid, nagu maomahla inaktiveeriva toime puudumine, kiire ning täielik suurde vereringesse sattumine ja toime avaldumine. Kaob ka maitseprobleem (13).

Raviaine toimemehhanismist sõltuvat võimalikku kõrvaltoimet ei välista isegi suposiitide kasutamine. Seda ei tohi unustada steroidhormoonide, analgeeti-kumide ega teiste preparaatide ordi-neerimisel.

Süstimine kui traumeeriv manusta-misviis ei ole pediaatriapraktikas koha-ne. Arvestada tuleb ka süstimisel tek-kida võivaid tüsistusi, nagu kudede kah-justusi, allergilisi reaktsioone, infek-tioone jm. Kaasnev valu on lapsele suur psüühiline trauma (1, 13).

Laste ravis tuleks peamiselt arves-tada järgmist: maksimaalselt kasutada suu kaudu manustatavaid ravimeid, eriti korrigeeritud ja puhverdatud lahu-

sed, sagedamini kasutada rektaalselt manustatavaid ravimivorme, võimaluse korral loobuda süstimisest.

Mõningatele puudustele vaatamata on suu kaudu manustatav korrigeeritud lasteravim siiski kõige sobivam ja kõige ohutum. Üksnes eriolukorras, näiteks raskesti haigele imikule, eelistatakse ravimi parenteraalset manustamist. Ainult sobivus ravimivormis ja annuses õige toimeaine, manustatuna farmakokineetikast tuleneva sagedusega, tagab hea ravitulemuse, toksilisus on minimaalne.

KIRJANDUS: 1. Aranda, J. V., Stern, L. Pharmacol. Ther., 1983, 20, 1, 1—51. — 2. Bailey, K. Regul. Toxicol. Pharmacol., 1983, 3, 389—398. — 3. Feldman, C., Hutchinson, V. E., Stern, T. H. a.o. Ther. Drug. Monit., 1982, 4, 69—76. — 4. Laan, I., Luiga, E., Tamm, S. Kui laps on haige. Tallinn, 1983. — 5. Morselli, P. L., Franco-Morselli, R., Bossi, L. Clin. Pharmacocinet., 1980, 5, 485—527. — 6. Otter, M., Kukk, K. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1986, 6, 425—431. — 7. Otter, M., Võsua, E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1984, 3, 185—189. — 8. Rylance, G. Br. Med. J., 1981, 282, 50—51. — 9. Yaffe, S. J., Juchau, M. R. Annu. Rew. Pharmacol. Toxicol., 1974, 14, 219—238.

10. Машковский М. Д. Лекарственные средства. М., 1985. — 11. Соради И. В кн.: Основы и педиатрические аспекты фармакокинетики. Будапешт, 1984, 134—143. — 12. Тенцова А. И., Ажгихин И. С. Лекарственная форма и терапевтическая эффективность лекарств. М., 1974, 226—259. — 13. Государственная фармакопея СССР. М., 1969.

TRÜ arstiteaduskonna farmakoloogia
kateeder

UDK 616.37-002-089(047)

Ägeda pankreatiidi kirurgiline ravi

Šalva Gulordava Hubert Poola
Tallinn

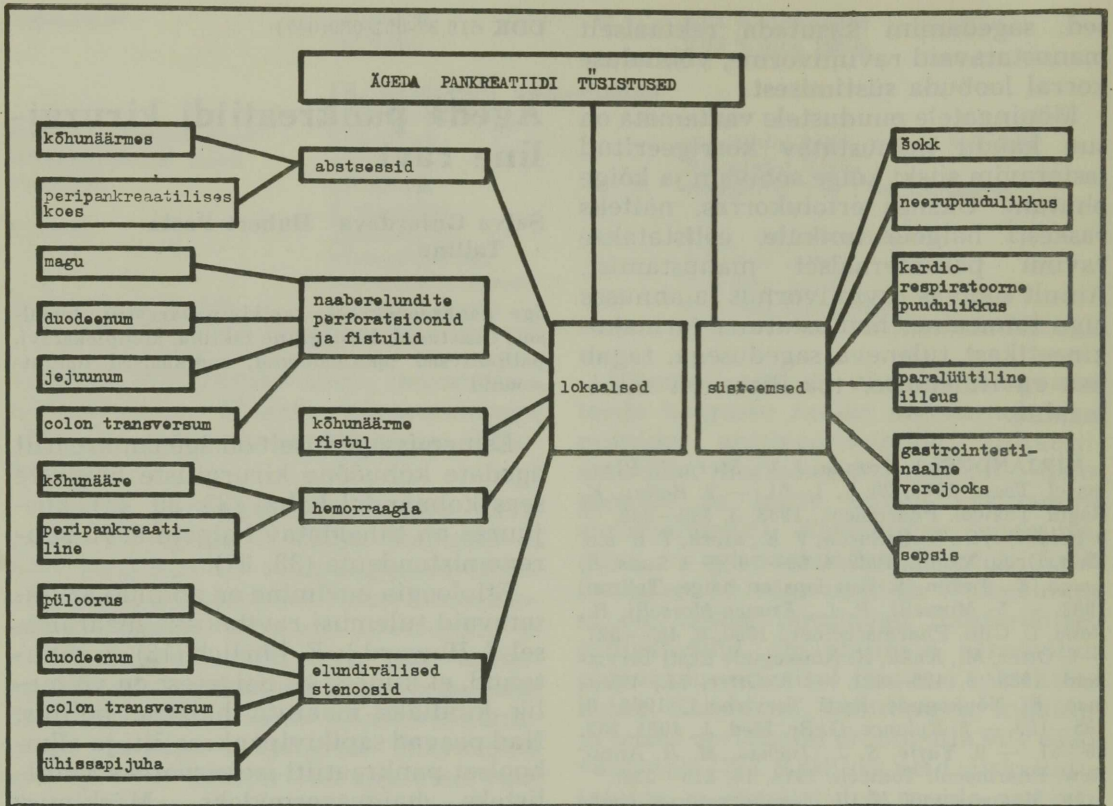
äge pankreonekroos, sapikivipankreatiit, letaalsus, tüsistused, kirurgiline taktika, kompleksravi, palliatiivsed operatsioonid, radikaalsed operatsioonid

Esinemissageduselt on äge pankreatiit ägedate kõhuõone kirurgiliste haiguste seas kolmandal kohal (33, 35, 41), kusjuures on täheldatav haigete arvu suurenemistendents (33, 37).

Etioloogia uurimine on andnud arvestatavaid tulemusi ravitaktika määramisel. I. Howard ja E. Ehrlich (13) on rõhutanud, et kuni 3/4-l haigetest on võimalik kindlaks määrata haiguse põhjus. Nad peavad sapikivipankreatiiti ja alkohoolset pankreatiiti iseseisvateks kliinilisteks haigusvormideks. Märkimist väärib asjaolu, et samade autorite järgi leidis N. Roberts ägedasse pankreatiiti surnute lahangul sapikive 78%-l ja A. Thal 67%-l. W. Becker (2) leidis 122 surnu lahangul sapikive 41,3%-l.

Patogeneesi põhiküsimuseks peetakse kõhunäärme ensüümide aktiveerumist järgneva autoagressiooni ja ensümaatilise tokseemiaga (2, 27, 45). Samal ajal aga osa autoreid rõhutab, et kõhunäärme turse, hemorraagia ja nekroosi patogeneetiline mehhanism on jäänud küllalt segaseks (2, 12, 14, 28).

Et ägedal pankreatiidil iseloomulikud sümptomid praktiliselt puuduvad, tuleb diagnoosimisel komplekselt hinnata kõigi anamnestiliste, kliinilis-laboratoorsete ja instrumentaalsete uuringute andmeid. Mõned autorid peavad raske hemorraagilise pankreonekroosi puhul iseloomulikuks tsüanootiliste laikude esinemist naba piirkonnas (Culleni sümptom) ning kõhuseina külgmistes osades (Grey-Turneri sümptom), mis ühtlasi on halva prognoosi tunnusteks (4, 18). Diagnoosimisel ei tohi unustada



Skeem 1. Ägeda pankreatiidi tüsistused.

sapiteede röntgenuurinuid, laparotsenteesi ega laparoskoopiat. Võimaldamaks turseliste vormide diferentsimist nekrootilistest ning jälgimaks destruktii-se protsessi dünaamikat, on kindla koha võitnud komputertomograafilised ja ultrasonograafilised uuringud (17, 20).

Kirjanduse andmed ägeda pankreatiidi ja selle patomorfoloogiliste vormide esinemissageduse kohta on küllalt erinevad. Destruktiivseid vorme on täheldatud 8% ... 18,4% ... 27,5%-l haigusjuhtudest (33, 35, 52). Selle ühe põhjusena nähakse haiguse diagnoosimise eri kriteeriume (27). Lisaks sellele ei näidata sageli nekrootilise protsessi ulatust ega laadi. Näiteks võib ka turselise pankreatiidi korral kõhukelmel esineda hajutatud rasvnekroosilaike. Autorid, kes peavad neid juhte nekrooti-

lise pankreatiidi hulka kuuluvaiks, saavad kahtlemata suurema destruktiiivsete vormide esinemissageduse. Nendest asjaoludest on mõjutatud ka konservatiivselt ja kirurgiliselt ravitud haigete arvu suhe, samuti tüsistuste sagedus ja letaalsus. Kui üldine letaalsus nii konservatiivselt kui ka kirurgiliselt ravitud puhul osa autorite järgi mahub diapasoni 2,8% ... 6,6% ... 12,9% (47, 41, 16), siis pankreonekroosi puhul suureneb see tunduvalt.

Enamiku autorite järgi põhjustab pankrease autodigestioon surma mitte näärmekeha lokaalse destruktiooni tagajärjel, vaid üldisest süsteemisest toimest tingituna. Varajase surma põhjuseks on tavaliselt autointoksikatsioonist tingitud šokk. Pärast 10. päeva on surma põhjuseks parenhümatoomsete elundite kahjustus (sageli neerupuudu-

likkus, mitme elundsüsteemi üheaegne puudulikkus) või septilised tüsistused (46, 51).

Eristatakse varajasi ehk tokseemilisi ning hiliseid ehk postnekrootilisi tüsistusi (14, 45, 48), samuti lokaalseid ja süsteemseid tüsistusi (3, 19, 45). Ülevaatlilikult on tüsistuste jaotus esitatud skeemil 1.

Kõrvutamaks autorite andmeid, on võrdluse hõlbustamise eesmärgil vaja kasutada ühisnimetajaid. Kirjanduses võib märgata küllalt suurt terminoloogiaalast segadust. Tänapäeva patomorfoloogilistes klassifikatsioonides figureerivad järgmised haigusvormid: turseline pankreatiit, pankreonekroos ehk destrukttiivne pankreatiit; mitmed autorid eristavad hemorraagilist pankreatiiti (6, 9, 18, 46), mädast pankreatiiti (37, 45, 50), trüptilist pankreatiiti (2, 14, 23), rasvnekroosi (23, 47). Kasutusel on ka terminid «parenhümatoosne» ja «interstitsiaalne nekroos» (21, 28).

Praktilises töös on sobiv lihtsustatud klassifikatsioon (33), eristamaks turselist ehk interstitsiaalset pankreatiiti pankreonekroosist ehk destrukttiivsest pankreatiidist, täiendades viimast vajaduse korral terminiga «hemorraagiline».

Haiguse klassifikatsioon raskusastme järgi on paljude autorite arvates aluseks õige ravitaktika määramisel ning see baseerub kliinilis-laboratoorsetel andmetel (12, 20, 23, 24, 25, 38, 41, 48). Rõhutatakse, et haiguse raskusastme hoolikas määramine on ka eri ravisuundade võrdlemise eeltingimuseks (17, 25). L. Hollender (12) eristab kolme raskusastet, kusjuures esimene aste vastab ödematoossele pankreatiidile ning neid haigeid on võimalik ravida konservatiivselt. Kolmas kliiniline raskusaste vastab ulatuslikule või totaalsele nekroosile ning suurele letaalsusele vaatamata õigustab end ainsa võimalusena kõrgelt kvalifitseeritud kirurgiline ravi. Teise astme puhul — patomorfoloogiliselt koldeline või piiratud nekroos — annab kirurgiline ravi enamikul haigeil häid tulemusi. Mitmed autorid on hai-

guse raskusastme hindamisel kasutanudki kolmepallisüsteemi (14, 19, 20, 22, 33).

Peamiselt toimuvad vaidlused nekrootilise pankreatiidi raskete vormidega haigete ravi üle (1, 4, 6, 9, 11, 16, 25, 38, 46, 47, 50). Kahjuks ei ühti haiguse kliiniline pilt patomorfoloogiliste muutustega mitte alati ning kompuutertomograafia ja ultrasonograafia ei ole veel kättesaadavad kõigis raviasutustes.

Ka haiguse kulu prognoosimise aluseks on kliinilis-laboratoorsed andmed (2, 25, 38, 41, 43, 45, 50). Sellealaste tööde hulgast on kõige enam tsiteeritud I. Ransoni omi (25). Autor on 43 objektiivse näitaja hulgast eraldanud 11, millel oli prognostiline väärtus statistiliselt kinnitust leidnud. Need näitajad on järgmised: haige vanus üle 55 aasta, leukotsüütide arvu tunduv suurenemine, vere suhkrusisalduse suurenemine, seerumdehüdrogenaasi hulga suurenemine, transaminaaside hulga suurenemine, hematokriti näidu vähenemine, vere kaltsiumisisalduse vähenemine, arteriaalse pO₂ langus, leelisedefitsiidi suurenemine ja organismi veetustumine. V. Zemskovi (38) järgi on prognostilised kriteeriumid ka aluseks, mis võimaldavad kõhunäärme destruktiooni ulatusest kaudselt ülevaadet saada.

Akadeemik V. Saveljevi (46) järgi võib kõhuõõne elundite ägedatest kirurgilistest haigustest ainult ägeda pankreonekroosi korral täheldada äärmuslikult erinevaid seisukohti ravitaktika kõigis küsimustes, mistõttu seda tuleb pidada urgentse abdominaalkirurgia üheks raskemaks probleemiks.

Viimase viieteistkümnede aasta jooksul võib ägeda pankreatiidi ravi eristada kahte arengusuunda: 1) intensiivravi pidev täiustamine ja mõjusam rakendamine ning 2) uued radikaalse kirurgilise ravi meetodid, eemaldamiseks kõhunäärme nekrootilised alad. Enamikul juhtudel tuleb alustada intensiivse konservatiivse raviga (11, 27). Lisaksime siia

hilisemal perioodil rakendatavad (täiendavad) ravivõtted: tsütostaatikumide, näiteks 5-ftooruratsiili, tsüklofosfaani kasutamine, lokaalne hüpotermia, ravimite pidev manustamine *a. coeliaca* kaudu, laparoskoobi abil rajatud peritoneaalne lavaaž, *ductus thoracicus*'e drenimine ja lümfosorptsioon, hemodialüüs.

Mõned autorid näevad ravi tulemuste parandamist kirurgilise ravi vältimises (15, 25, 52). Nende arvates on operatsioon näidustatud ainult üldperitoniidi juhtudel, mille puhul ei saa välistada muid kõhuõõne elundite ägedaid kirurgilisi haigusi. Ägeda pankreatiidi leiu korral soovivad nad hoiduda kõhunäärmeoperatsioonidest, piirdudes üksnes dreenažiga. Nende järgi suurendab igasugune operatsioonitrauma letaalsust. Seevastu on mitmed autorid statistiliselt kontrollitud rühmade võrdlemisel tõestanud, et diagnoosimise eesmärgil tehtud laparotoomia ja sapiteede dreenažoperatsioonid (osal haigetel tehti ka kõhunäärmeoperatsioon) letaalsust ägeda pankreatiidi puhul konservatiivse raviga võrreldes ei suurenda. (5, 29). Konservatiivse ravi pooldajad ei võrdle letaalsust haiguse raskusastme järgi koostatud haigeterühmades, nad võrdlevad seda konservatiivselt ja kirurgiliselt ravitute vahel. Enamik autoreid aga arvab, et ravi tulemusi konservatiivselt ja kirurgiliselt ravitute rühmades võrrelda ei saa, sest opereeritakse neid haigeid, kelle seisund on raskem. V. Laštševkeri (41) järgi on konservatiivset ja kirurgilist ravi lubamatu vastandada, nad peavad teineteist hoopis täiendama. Toetudes 5000 haige analüüsile, märgivad L. Toskin ja V. Starosek (47), et surmajuhte konservatiivselt ravitud haigete puhul ei tohikski olla, välja arvatud need, kui haige on toodud agoonias. Mitmed autorid on oma varasemad ravi taktika seisukohad ümber hinnanud (9, 12, 19, 46, 47, 48), üksikud aga on oma endisi konservatiivse ravi tõekspidamisi veelgi äärmustanud (25, 52).

Kirjandusest võib leida ka seisukohti, et kirurgiliselt korrigeeritava faktori,

näiteks sapikivitõve puudumise korral sõltub prognoos rohkem haiguse raskusest kui ravist (22).

Üks põhjusi, mis muudab ravi taktikalised järeldused ebaselgeks, on see, et raviprogrammides ei ole piisavalt põhjalikke andmeid, mis hõlbustaksid võrdlust ja mis oleksid järelduste tegemiseks küllalt veenvad (12, 19, 22, 40, 41, 45, 49).

On üldtunnustatud, et äge turseline pankreatiit on konservatiivselt hästi ravitav. Et turselised ja destruktiivsed vormid ei ole aga kliiniliselt alati küllalt diferentsitavad, leidub paljude autorite töödes ka andmeid ödematoosse pankreatiidiga haigete kirurgilise ravi kohta. Mida rohkem on opereeritute seas turselise pankreatiidiga haigeid, seda väiksem on üldine operatsioonijärgne letaalsus. Seepärast arvab I. Nesterenko kaasautoritega (43), et pankreonekroos on ägeda pankreatiidi raskeim vorm ning letaalsust sel puhul tuleb käsitleda eraldi. Rõhutatakse, et radikaalse kirurgilise ravi ülesanne ongi päästa neid patsiente, kellel konservatiivse ravi võtted on nurjumisele määratud (1, 11, 16, 18, 26, 32, 33, 41, 44, 48, 51).

Kirurgiline aktiivsus ägeda pankreatiidi puhul kõigub silmatorkavalt suurtes diapsoonides: 3,6% ... 11,3% ... 16% ... 28% ... 25% ... 32% ... 63,3% ... 68,9% (52, 35, 33, 22, 48, 45, 37, 8). Eesti NSV autorite andmeil opereeritakse 4,9% ... 13,9% kõigist ägedat pankreatiiti põdejaist (34).

C. Gebhardt ja F. Gall (9) opereerisid 139-st ägeda hemorraagilise pankreonekroosiga haigest 135 (97,1%). Neli haiget, kes saabumisel olid agoonias, surid haiglas esimeste tundide jooksul.

Põhiliselt vaieldavad küsimused ägedat pankreonekroosi põdevate haigete kirurgilises ravis on: 1) operatsiooni näidustused; 2) opereerimise aeg; 3) operatsiooni maht.

Kirurgilise ravi näidustusteks ägeda pankreonekroosi puhul on (11, 22, 33, 41, 44, 48, 49) intoksikatsiooninähtude

tugevnemine, vaatamata intensiivravile, pankreatogeenne peritoniit, laialdane kõhunäärme destruktsioon, sapikivipankreatiit, mädapõetikuksiselt tüsistunud pankreatiit (abstsessid, flegmoonid, ägedad pseudotsüstid).

Ajaliselt võib eristada varajasi, edasilükatud ehk postakuutses faasis tehtud operatsioone ja korduvaid operatsioone. Raske difuusse ensümaatilise pankreatiidi ning destruktiiivsete nähtude järsu progresseerumise puhul võivad vajalikuks osutada peaaegu erakorralised operatsioonid (12, 19, 20, 48).

Varajase operatsiooni eesmärk on eemaldada kärbunud koed, takistada nekroosi levikut pankreaseloozist naaberlundite ning eemaldada kõhuõonest toksiniderikas hemorraagiline eritis. Sapikivipankreatiidi puhul lisandub siia ka radikaalne sapipõie- ja sapiteedeoperatsioon.

Ägeda pankreonekroosi puhul soovivad varajases staadiumis opereerida mitmed radikaalse kirurgilise suuna pooldajad (1, 14, 18, 26). Nende arvates aitab see ära hoida tokseemiat ja infektsiooni. R. Rettori (26) andmeil oli nende subtotaalse ja totaalse pankreonekroosiga haigete puhul, keda oli opereeritud 3...8. päeva vahel, letaalsus kõige väiksem (27,5%). Mitmed autorid soovivad difuusse ensümaatilise peritoniidiga kulgeva ägeda hemorraagilise nekrootilise pankreatiidi korral opereerida 6...12 tundi pärast patsiendi haiglasse saabumist (46, 47). Teiste järgi võib intensiivselt konservatiivselt ravilt oodata protsessi stabiliseerumist 1...3 päeva jooksul (22, 45). F. Kümmerle ja M. Neher (20) opereerisid 49 ägedat hemorraagilis-nekrootilist pankreatiiti põdejat esimesel haigusnädalal, 114 haiget opereerisid nad pärast 10. päeva haiguse algusest. V. Lastševker (41) eelistab opereerida alles kaks kuni kolm nädalat pärast haigestumist, sest siis on sekvestreerunud kõhunäärmealasid digitoklaasia teel lihtsam eemaldada.

Võivad vajalikuks osutada ka korduvad operatsioonid nii pärast varajasi kui ka edasilükatud operatsioone,

eemaldamaks sekvestreid ja saneerimaks mädapõetikutkoldeid (19, 20, 21, 48).

1984. aastal korrigeeris F. Kümmerle (19) oma ravitaktika seisukohti — intensiivravi tõhustamisega ja ultrasonograafia ning kompuutertomograafia kasutuselevõtuga vähenes varajaste operatsioonide vajadus. Autor peab nüüd eelistavamaks nekrosektoomiat koos dreanažoperatsioonidega haiguse postakuutses faasis. V. Saveljevi (46) järgi olid kirurgilise ravi tulemused kõige halvemad nn. nekroosijärgsete mädas-septiliste tüsistuste staadiumis, letaalsus oli siis 70,3%. Ka operatsiooni maht piirdub ainult drenimisega. See tõttu tuleb arvestada, et haigust remissionistaadiumi viia alati ei õnnestu.

A. Šalimov ja V. Podprjatov (50) on operatsioone ägeda destruktiiivse pankreatiidi korral soovitanud teha organismi eluliste funktsioonide stabiliseerumise foonil. Samas autorid märgivad, et destruktsiooninähtude progresseerumine võib nõuda edasilükkamatuid operatsioone. V. Filini (46) järgi oli letaalsus kõige väiksem (27,4%) haigete rühmas, kellel nekros-sekvestrektoomia oli ette võetud enne 10...12. päeva haiguse algusest arvates. Samas aga autor nendib, et totaalse nekroosi puhul on haiget intensiivraviga võimalik elus hoida mitte üle viie päeva ja järelikult peab haige opereeritud olema sellel ajavahemikul. Mitmed autorid on rõhutanud (12, 20, 48), et operatsiooni aja määravad igal juhul haiguse kulg ja raskusaste, kusjuures tuleb arvestada kõiki kliinilis-laboratoorseid andmeid.

Oluline on operatsiooniaegne põhjalik diagnoosimine mitte ainult kõhunäärme, vaid ka naaberlundite osas. Operatsiooni ajal toimugu kindlasti sapiteede revisjon ja kolangiograafia (4, 10, 23, 32, 37, 47). M. Vankemmel (30) soovib sappi eemaldada ning filtreerida, sest iga makro- ja mikrolitiaasi puhul tuleb teha koletsüstektoomia ning ühissapijuha väline dreanaž (1, 23). Samas aga arvatakse, et pankreonekroosi korral pankreatiidi ebasoodsa kulu muutmi-

seks ainuüksi sapikivitõve radikaalsest ravist ei piisa, on vaja ette võtta ka kõhunäärmeoperatsiooni (1, 9, 23, 30, 37). Kirurg peab võimalikult täpselt välja selgitama, kui ulatuslik on kõhunäärme kahjustus. Tuleb arvestada, et kõhunäärme turse ja ekspansiivsete rasvnekroosilaikude esinemisel võivad kõhunäärmes sügavamal peituda nekroosikolded, pindmise nekroosi all võib aga olla terve parenhüüm. Et hinnata kahjustust sügavuti, võivad revisjoni ajal vajalikuks osutuda kõhunäärme kapsli intsisioonid ja kõhunäärme dekapsuleerimine (2, 12, 21, 23).

Laialt tuleb avada mao-käärsoole side ja väikerasvik. Kaksteistsõrmiku vabastamine Kocheri järgi on vajalik kõhunäärmepea tagakülje uurimiseks. Vajaduse korral tuleb mobiliseerida vasak käärsoolekold ning põrn, uurimaks kõhunäärmekeha ja -saba tagakülge (13, 30, 42, 46). Need võtted aitavad maksimaalselt eemaldada eritist kõhuõonest, rasvikupaunast ja retroperitoneaalruumist, vähendamaks intoksikatsiooni. Ükski täiendav patomorfoloogiline uurimine ei võimalda haigust kirjeldada nii täpselt, kui seda suudab kogenud kirurg (4, 10, 21, 23, 30, 32, 42). Oluliselt sõltub sellest operatsiooni taktika, sest enamiku autorite järgi on haiguse raskust ja prognoosi määravaks põhiteguriks nekroosi ulatus kõhunäärmes. Kui rakendada ainuüksi lihtsat dreanaži-irrigaatorit, paraneb L. Legeri ja kaasautorite järgi (21) perifeerse või interstitsiaalse nekroosi korral kolmest haigest kaks, kuna parenhüüminekroosi korral, kui rakendada sama meetodit, on letaalsus 93%.

Üleminek palliatiivsetelt operatsioonidelt ägeda pankreonekroosi radikaalsemale kirurgilisele ravile algas põhiliselt 1970-ndate aastate algul.

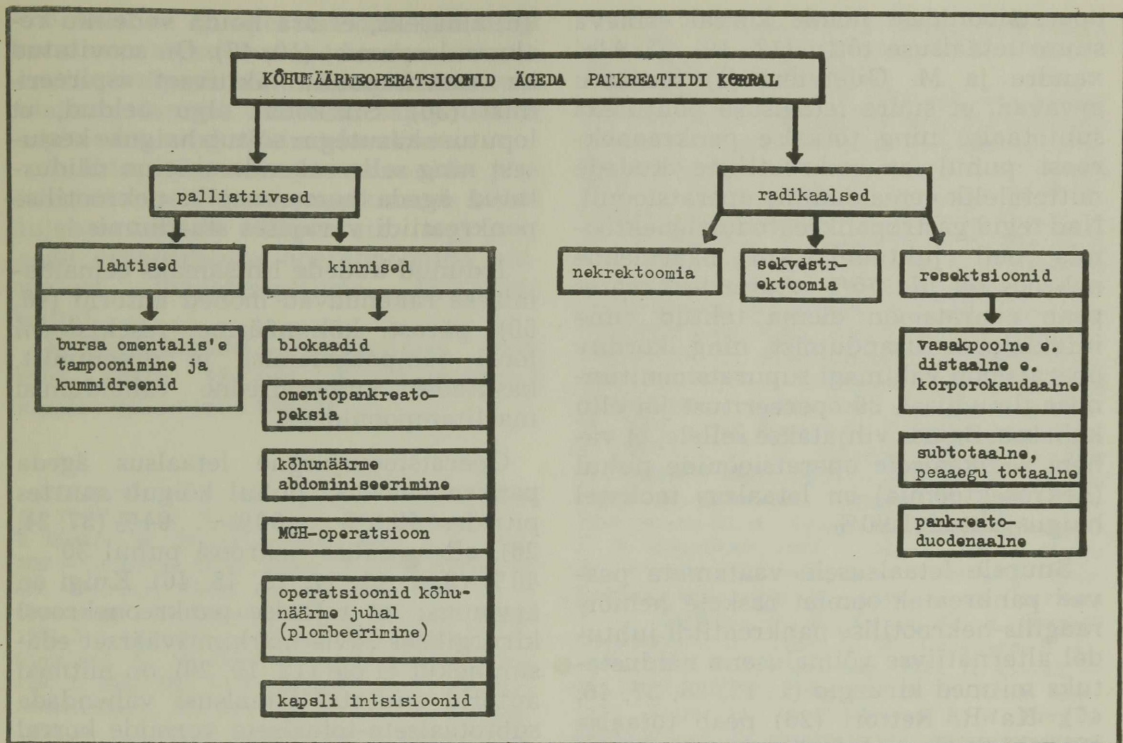
Erialakirjanduses valitseb terminoloogialane segadus operatsioonide nimetuste osas. R. Rettori (26) kasutab operatsioonide üldnimetusena terminit «nekrosektoomia», tuues selle alajaotusena sekvestrektoomia, vasakpoolse pankreatektoomia, subtotaalse pank-

reatektoomia ja tsefaalse duodenopankreatektoomia. M. Mercadier (23) kasutab ühise nimetajana terminit «ekstsisioon». L. Leger kaasautoritega (21) samastab ekstsisiooni resektsiooniga. N. Zemskov kasutab üldnimetusena «pankreatektoomia», mille alla liigitab järgmised operatsioonid: pankreatonekretoomia ja -sekvestrektoomia (totaalsed, subtotaalsed või segmentaarsed), subtotaalne distaalne resektsioon (eemaldatakse 80...90% näärdest), distaalne resektsioon (eemaldatakse 60...70%), pankreatoduodenektoomia, pankreatoduodenaalne resektsioon.

Et muuta operatsioon lihtsamaks ja vältida ka *v. lienalis*'e tromboosi tagajärgi, soovitavad mitmed autorid teha distaalne ehk vasakpoolne resektsioon koos põrna eemaldamisega (1, 20, 30, 45, 49). Seepärast kasutab M. Vankemmel terminit «splenopankreatektoomia» (kaudaalne, istmokorporaalne, subtotaalne või totaalne). Kasutusel on ka termin «korporokaudaalne resektsioon» (45).

Üksikuid operatsioonimeetodeid on N. Saveljev kaasautoritega kokkuvõtlikult iseloomustanud järgmiselt (45). Sekvestrektoomia — tervest näärmekeest irdunud sekvestrite eemaldamine. Sage damini tehakse seda nürilt sõrme abil (digitoklaasia); sellega ei kaasne veritsust. Nekrektoomia — kärbunud näärmeosa eemaldamine verega varustatud kudedes piires. Siin on vajalik veresoonte ligeerimine. Kõhunäärme resektsioon — osa elundi ristisuunaline eemaldamine tervetesse kudedesse tehtud löike abil, see võib toimuda splenektoomiaga või ilma. Ägeda pankreatiidi puhul tehtavad operatsioonid on esitatud skeemil.

Loobutud on lahtistest palliatiivsetest operatsioonidest. Operatsioonil avastatud pankreatiidi turseliste vormide korral süstitakse novokaiini, inhibiitoreid, antibiootikume ja tsütostaatikume kõhunäärme kapsli alla, tehakse kapsli intsisioone ning drenitakse rasvikupaun (21, 23, 35, 37, 45). Mitmed autorid kasutavad suurrasvikut retro-



Skeem 2. Kõhunäärmeoperatsioonid ägeda pankreatiidi korral.

peritoneaalse rakustiku kaitsemehhanismina, fikseerides rasviku eelnevalt vabastatud kõhunäärmekeha taha (44, 45, 47, 48). Kõhunäärme nn. abdominiseerimise korral viiakse suursravik eelnevalt mobiliseeritud kõhunäärmekeha ümber. Palliatiivse kirurgilise ravi hulka kuulub ka nn. MGH-operatsioon* (16, 31): aspiratsioonigastrostoomia, toitejejunostoomia ja dekompresioonikoletsüstostoomia ning rasvikupauna dreenimine. Laidlast poolehoidu see operatsioon aga ei ole leidnud.

On ilmunud töid, mille järgi üks ägeda pankreatiidi patogeneetilise ravi koostisosi on näärme sekretoor-ensümaatilise aktiivsuse pärssimine, mida on võimalik saavutada Wirsungi juha plombeerimise teel. Seejuures areneb atsinooskoe selektiivne atroofia, ilma et ta kõhunäärme saari kahjustaks (7, 36).

N. Filini (48) järgi tõeliselt radikaalsed operatsioonid ägeda pankreonek-

* Massachusetts General Hospital.

roosi puhul seisnevad totaalses või subtotaalses kõhunäärme eemaldamises koos kahjustunud retroperitonealkoega. Rohkem aga tehakse tinglikult radikaalseid operatsioone, nimetagem neist nekrektoomiat, sekvestrektoomiat ja vasakpoolset resektsiooni (19, 20, 21, 39, 46, 48, 50). A. Šalimov (50) on teinud 43 vasakpoolset resektsiooni või pankreatonekrektoomiat; letaalsus on olnud 32,6%. Autorid eelistavad nekrektoomiale resektsiooni, sest see tagab nekrootiliste kudede täielikuma eemaldamise, samal ajal operatsioonijärgses letaalsuses erinevusi ei ole. NSV Liidu autoritest on üks aktiivse kirurgilise ravi suuna pooldajaid N. Zemskov (37) — 428 ägedat pankreatiiti põdejast opereeris ta 271 (kirurgiline aktiivsus 63,3%), neist tegi radikaalseid operatsioone 118 haigel; letaalsus 16,8%.

Osa autoreid soovib hoiduda totaalset pankreatektoomiat ja Whipple'i

operatsioonidest nende korral esineva suure letaalsuse tõttu (12, 19). T. Alexandre ja M. Guerrieri (1) seevastu arvavad, et suure letaalsuse põhjuseks subtotaalse ning totaalse pankreonekroosi puhul on nekrootiliste kudede mittetäielik eemaldamine operatsioonil. Nad tegid gastropankreatoduodenektomia neil juhtudel, kui näärmeke nekroos oli üle 75%. Autorite arvates peab operatsioon olema tehtud enne infektsiooni lisandumist ning korduv operatsioon vähimagi supuratsioonitunnuse ilmutamisel. 20 opereeritust jäi ellu kaheksa. Samas vihjatakse sellele, et vähem radikaalsete operatsioonide puhul (nekrosektomia) on letaalsus taolistel haigusjuhtudel 90%.

Suurele letaalsusele vaatamata peavad pankreatektoomiat raskete hemorraagilis-nekrootilise pankreatiidi juhtudel alternatiivse võimalusena näidustatuks mitmed kirurgid (1, 12, 26, 37, 46, 47). Ka R. Rettori (26) peab totaalse või subtotaalse nekroosi puhul näidustatuks varajast pankreatektoomiat, kusjuures eelistab nn. peaaegu totaalselt (ingl. k. *near-total*) intrakapsulaarset pankreatektoomiat vasakult paremale, jättes alles ainult kitsa näärmekeeriba vahetult duodeenumi kõrval. N. Toskin (47), kes oli kirurgilise ravi kinniste meetodite pooldaja, on viimastel aastatel teinud ensümaatilise tokseemia staadiumis oleva subtotaal-totaalse nekroosi puhul subtotaalselt resektsiooni 16 haigel (letaalsus 50%).

Sapipõie või ühissapijuha dreanaži on ägeda pankreatiidi kirurgilises ravis täienduseks kõhunäärmeoperatsioonile rakendanud paljud autorid (23, 30, 35, 45, 48, 52). Mõned neist soovivad igal ägeda pankreonekroosi raviks tehtud operatsioonil ette võtta ka kolestsüstektoomia ning ühissapijuha dreeneerimise (1, 12, 32). Mitmed kirurgid peavad vajalikuks operatsioonijärgset rasvikupauna ja kõhuõõne loputust (3, 4, 9, 39, 44, 45, 46). Teised aga leiavad, et nekrootiline nääre ei produtseeri enam ensüüme ning seetõttu peavad kõhunäärme piirkonna adekvaatset dreanaži

küllaldaseks, et ära hoida vedeliku re-akumuleerumist (10, 47). On soovitatud ka rasvikupauna aktiivset aspireerimist (30). Siinkohal olgu öeldud, et loputuse kasutegur sõltub haiguse kestusest ning selle rakendamine on näidustatud ägeda hemorraagilis-nekrootilise pankreatiidi varajases staadiumis.

Irdunud kudede lihtsamaks eemaldamiseks rakendavad mõned autorid (46, 50) pärast kõhunäärme resektsiooni looži tamponeerimist ja dreeneerimist, kasutades kummidreene vaheldumisi marlitamponidega.

Operatsioonijärgne letaalsus ägeda pankreonekroosi puhul kõigub suurtes piirides: 16,8% ... 50% ... 94% (37, 24, 26), olles osalise nekroosi puhul 30 ... 40% (3, 9, 11, 12, 19, 45, 46). Kuigi on arvamusi, et totaalse pankreonekroosi kirurgilises ravis märkimisväärset edasiminekut ei ole (12, 19, 20), on mitmed autorid suutnud letaalsust vähendada subtotaalsete-totaalsete vormide korral tõeliselt radikaalsete operatsioonide tegemisel 75% ... 60% ... 50%-ni (23, 1, 47) võrreldes alternatiiviga ligikaudu 100%-l kirurgilise ravita juhtudest.

Eelnevalt kokku võttes tahaksime rõhutada järgmist.

1. Ägeda pankreatiidi raskete vormide korral tuleb haiged hospitaliseerida reanimatsiooniosakonda või intensiivravipalatisse ning alustada kohe konservatiivset ravi.

2. Ägeda pankreatiidi ravi on kompleksne, s.t. intensiivne konservatiivne ravi ning kirurgiline ravi peavad teineteist täiendama.

3. Ravitaktika valikul tuleb püüda välja selgitada etioloogiline tegur ja kaasnevad haigused.

4. Kui diagnoos ei ole selge ja kui esinevad üldperitoniidi nähud, tuleb rakendada diagnostilist laparotoomiat.

5. Varajast kirurgilist ravi rakendada juhtudel, kui intensiivravi tulemusi ei ole andnud. Operatsiooni aja määramisel arvestada kõiki kliinilis-laboratoorseid andmeid.

6. Oluline on operatsiooniaegse diagnoosimise täpsustamine, hindamaks võimalikult täpselt kõhunäärme kahjustuse ulatust, samuti muutusi sapipõies ja sapiteedes ning naaberelundites.

7. Edasilükatud operatsioonide planeerimisel varajases postakuutses faasis tuleb arvestada vältimatute, isegi peaaegu erakorraliste operatsioonide võimalust mädas-septiliste tüsistuste puhul.

8. Radikaalseid operatsioone võib ette võtta kõrgelt kvalifitseeritud kaadri olemasolu korral.

KIRJANDUS: 1. *Alexandre, J.-H., Guerrieri, M. T.* World J. Surg., 1981, 5, 3, 369—377. — 2. *Becker, W.* World J. Surg., 1981, 5, 3, 303—309. — 3. *Beger, H. G., Block, S., Krautzberg, W.* a.o. Chirurg, 1982, 53, 12, 784—789. — 4. *Creutzfeldt, W., Lankisch, P. G.* World J. Surg., 1981, 5, 3, 341—350. — 5. *Diaco, I. F., Miller, L. D., Copeland, E. M.* Surg. Gynecol. Obstet., 1969, 129, 2, 263—269. — 6. *Egink, W. F., Eeftinck Schattenkerk, M., Obertop, H.* Nether. J. Surg., 1984, 36, 1, 6—9. — 7. *Estourgie, R. I. A., Yap, S. H., van Haelst, V. I. G.* a.o. J. Surg. Res., 1983, 34, 2, 164—170. — 8. *Frey, C. F.* Arch. Surg., 1969, 98, 3, 406—417. — 9. *Gebhardt, C., Gall, F. P.* World J. Surg., 1981, 5, 3, 379—385. — 10. *Geokas, M. C.* World J. Surg., 1981, 5, 384—385. — 11. *Gulordava, S., Talihärm, A.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1973, 2, 116—119. — 12. *Holender, L. F., Meyer, C., Marrie, A.* a.o. World J. Surg., 1981, 5, 3, 361—368. — 13. *Howard, J. M., Ehrlich, E. W.* Ann. Surg., 1960, 152, 1, 135—146. — 14. *Höfler, H.* World J. Surg., 1981, 5, 3, 310—311. — 15. *Imrie, W. Br. J. Surg., 1981, 5, 3, 310—311.* — 16. *Jacobs, M. L., Willard, M. D., Civetta, I. M.* a.o. Ann. Surg., 1977, 185, 1, 43—51. — 17. *Klose, K. I., Neher, M., Kuhn, E. P.* u.o. Dtsch. med. Wochenschr., 1983, 108, 13, 490—495. — 18. *Jordan, G. L.* World J. Surg., 1981, 5, 356—357. — 19. *Kümmerle, F.* Zentbl. Chir., 1984, 109, 18, 1167—80. — 20. *Kümmerle, F., Neher, M.* World J. Surg., 1981, 5, 3, 387—392. — 21. *Leger, L., Chiche, B., Louvel, A.* World J. Surg., 1981, 5, 3, 315—317. — 22. *Martin, J. K., van Heerden, I. A., Bess, M. A.* Mayo Cli. Proc., 1984, 59, 4, 259—267. — 23. *Mercadier, M.* World J. Surg., 1981, 5, 3, 393—400. — 24. *Poynet, M., Tavin, B., Adeleine, P.* J. Chir., 1983, 120, 1, 7—11. — 25. *Ranson, J. H. C.* World J. Surg., 1981, 5, 3, 351—359. — 26. *Rettori, R.* World J. Surg., 1981, 5, 3, 377. — 27. *Salupere, V.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1973, 2, 135—140. — 28. *Sarles, H.* World J. Surg., 1981, 5, 3, 311—313. — 29. *Trapnell, J. E., Anderson, M. C.* Ann Surg., 1967, 165, 1, 49—55. — 30. *Vankemmel, M.* World J. Surg., 1981, 5, 3, 399—400. — 31. *Warschaw, A. L., Imbembo, A. L.,*

Civetta, I. M. a.o. Am. J. Surg., 1974, 127, 4, 484—491. — 32. *Warschaw, A. L.* World J. Surg., 1981, 5, 3, 366—367.

33. *Акжигитов Г. Н.* Острый панкреатит. М., 1974. — 34. Актуальные вопросы сердечно-сосудистой и гастроэнтерологической хирургии. Тезисы докладов I съезда хирургов Эстонской ССР. II. Таллин, 1982. — 35. *Батников Н. И., Гарелик П. В.* Хирургия, 1982, 6, 21—25. — 36. *Гальперин Э. И., Кузовлев Н. В., Кан В. И.* и др. Хирургия, 1985, I, 45—50. — 37. *Земсков В. С.* Хирургическое лечение острого панкреатита и его осложнений. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Киев, 1980. — 38. *Земсков В. С., Нанга Ж. Л., Колесников Е. Б.* Клин. хир., 1984, 4, 21—23. — 39. *Каримов Ш. Н.* Острый панкреатит. Автореф. дисс. доктора мед. наук. М., 1984. — 40. *Кригер А. Г.* Вестн. хир., 1985, 4, 135—137. — 41. *Лащевкер В. М.* Острый панкреатит. Киев, 1982. — 42. *Маят В. С., Лаптев В. В.* Клин. мед., 1982, 9, 99—208. — 43. *Нестеренко Ю. А., Атанов Ю. М., Хмельницкий Г. А.* Хирургия, 1983, 7, 24—27. — 44. *Огнев Ю. В.* Острый панкреатит. Автореф. дисс. доктора мед. наук. М., 1984. — 45. *Савельев В. С., Буоянов В. М., Огнев Ю. В.* Острый панкреатит. М., 1983. — 46. *Савельев В. С., Кубышкин В. А.* Клин. хир., 1984, II, 43—45. — 47. *Тоскин К. О., Старосек В. Н.* Клин. хир., 1984, II 41—42. — 48. *Филин В. И.* Острые заболевания и повреждения поджелудочной железы. Л., 1982. — 49. *Филипенко П. С.* Хирургия, 1984, 2, 135—139. — 50. *Шалимов А. А., Подпратов С. Е.* Клин. хир., 1984, II 45—47. — 51. *Шалимов С. А., Земсков В. С., Подпратов С. Е.* и др. Хирургия, 1982, I 78—80. — 52. *Шапошников Ю. Г., Решетников Е. А., Хромов Я. А.* Хирургия, 1984, 2, 58—64.

Eesti NSV Tervishoiuministeerium
Vabariiklik Laevanduse Keskaigla

UDK 616.33-002.446(047)

Maoerosioonid

Roman Heiman · Tallinn

klassifikatsioon, kulg, tekkepõhjused, diagnoosimine

Erosiooniks nimetatakse mao limaskestast kahjustust, mis ei läbista *t. muscularis mucosae*'t. Gastroskoopial leitakse neid 2...10,5% (3, 14, 19, 28).

Eristatakse kolme liiki maoerosioone (14).

Täielikud ehk kompleetsed ehk hüperplastilised erosioonid kujutavad endast väikesi, tavaliselt kuni 0,5 cm-se, harvem kuni 1 cm-se või suurema läbimõõduga väljavõlvumusi, mille keskel on süvend. Mõnikord on süvend kaetud kärbunud koe või hematiiniga. Sageli paiknevad erosioonid ahelatena piki antrumi limaskestavolte.

Mittetäielikud ehk inkompleetsed erosioonid — need on lamedad, eri suurusega pindmised limaskestast defektid, mis on kaetud hematiin- või fibriinkatuga.

Hemorraagilised erosioonid ehk limaskestapealsed või limaskestasisesed verduvad alad, mis paiknevad tasasel limaskestal, esinevad tihtipeale hulgi nõopnõelapeasuuruste hemorraagiatega, nn. hemorraagilis-erosiivne gastriit. Kasutusel on ka erosioonitüüpide tinglik numbriline tähistus (4): I tüüp — täielik erosioon, II tüüp — mittetäielik erosioon, III tüüp — verdumine tasasel limaskestal.

Täielikud maoerosioonid jaotatakse küpseteks ja mitteküpseteks. Mõlema alavormi ühiseks histoloogiliseks tunnuseks on strooma turse ja foveolaarne hüperplaasia. Küpsetele täielikele erosioonidele on iseloomulik fibrooskoe olemasolu defekti ümbritsevas limaskestast väljavõlvumuses. Mao mitteküpse erosiooni korral fibrooskude ei täheldata (7). Kui täieliku erosiooni süvist katab pealt hematiin- või fibriinkatt, siis räägitakse aktiivsest erosioonist. Kui süvise pinda vooderdab normaalne

roosa limaskest, on tegemist inaktiivse erosiooniga (1).

Üle pooltel juhtudel paiknevad maoerosioonid antrumi piirkonnas (19), A.-L. Karvose andmetel isegi kuni 86%-l juhtudest (3). Eelistatult antrumi piirkonnas asetsevad täielikud erosioonid, mittetäielikud ja hemorraagilised erosioonid aga maokorpuse ja -funduse piirkonnas (21).

Kulu järgi eristatakse ägedaid ja kroonilisi maoerosioone (16, 20). Ägedate erosioonide paranemiseks kulub aega mõnest päevast paari nädalani. Paranemisel nad mao limaskestale jälgi ei jäta. Ägedate hulka arvatakse mittetäielikud, hemorraagilised ja mitteküpsed täielikud erosioonid. Küpseid täielikke erosioone peetakse kroonilisteks, sest nad on jälgitavad mitme aasta tagant tehtavatel korduvatel gastroskoopiatel (18, 22).

A.-L. Karvonen ja J. Lehtola (6) peavad kroonilisteks erosioonideks ka prepüloorsetel limaskestavoltidel paiknevaid II tüüpi ehk mittetäielikke erosioone. Seetõttu jaotavad nimetatud autorid need kahte alarühma. Tüüpi IIB arvavad nad prepüloorsetel limaskestavoltidel paiknevad mittetäielikud erosioonid, mis on kulult kroonilised, ja tüüpi IIA mujal paiknevad mittetäielikud erosioonid, mis aga paranevad kiiresti.

Diskuteeritakse selle üle, kas kroonilised erosioonid võivad transformeeruda haavandiks või vähiks. G. Dorofjev ja V. Uspenski peavad kroonilisi maoantrumi piirkonna erosioone haavandieelseks seisundiks (24). A. Iltšenko (25) ei ole mitmeaastase jälgimise ajal täheldanud täielike erosioonide muutumist haavandiks. T. Kawai (7) arvates aga võib täielikust erosioonist ajapikku areneda polüüp ning edasi vähk. On töid, milles on kirjeldatud hüperplastiliste polüüptide ja täielike erosioonide koosinemist ning milles ei ole eitatud täielike erosioonide polüübiks muutumist foveolaarse hüperplaasia kaudu. Täielike erosioonide vähiks üleminek ei ole aga kinnitust leidnud (6, 25, 29). Samas tuleb silmas pidada, et maovähi varajased vormid esinevad peami-

selt haavandilis-erosiivsete muutustena. Seetõttu on vaja iga üksikult esineva erosiooni puhul arvestada võimaliku pahaloomulisusega (15).

Maoerosioonid võivad olla kas primaarsed või sekundaarsed. Primaarsetel ei näi olevat patogeneetilist seost ühegi haigusega, sekundaarsed arenevad mingi kindla haiguse taustal (20). Sekundaarsed erosioonid tekivad haavandtõve, diafragmahernia, pankreatiidi, kroonilise hepatiidi ja maksatsirroosi korral, kroonilisi kopsuhaigusi põdejail ning neerupuudulikkuse all kannatavatel haigetel, samuti pahaloomuliste kasvajate ja psüühiliste üleelamiste puhul (23, 24, 29, 31). Probleemiks on saanud seedetrakti algusosa erosiivsed muutused neil, kes tarvitavad mittesteroidseid põletikuravimeid. F. Ingelfingeri arvestuste kohaselt kaotavad sellised haiged USA-s verd väljaheite kaudu aastas kaks korda rohkem, kui seda riigis hemotransfusioonide jaoks aasta jooksul tarvis läheb (2).

Ägedad stressist põhjustatud erosioonid võivad tekkida pärast rasket traumad või operatsiooni, septilises seisundis haigetel, hingamispuudulikkuse all kannatavatel või šokis haigetel ning seda juba esimese 24 tunni jooksul raske üldseisundi tekkimisest alates. Tavaliselt võtavad nad enda alla maokorpuse ja -funduse. Stressist põhjustatud erosioonidest vaadeldakse eraldi mao haavandilis-erosiivseid muutusi, mis on tekkinud põletuste ja peaaugakahjustuste, nagu koljutrauma, ka ajukasvaja või intrakraniaalse operatsiooni tagajärjel. Neid on vähemal arvul ja nad võivad hõlmata kõiki mao anatoomilisi osi, ka söögitoru ja kaksteistsõrmikut (11, 12).

Ägedate maoerosioonide patogeneesis on tegemist mitme kahjustava teguri koostoimega, kusjuures teguri osatähtsus oleneb erosiooni tekkepõhjustest. Nii näiteks stressist põhjustatud erosioonide puhul etendavad ilmselt peamist osa mao limaskestast verevarustuse häirumine, hüpoksia ja atsidoos. Need tegurid nõrgestavad limaskestast kaitseomadusi suuresti. Eeskätt häirub bikarbonaatioonide sekretsioon

mao limaskestast pinnale, see toob kaasa leelise barjääri nõrgenemise. Viimane omakorda loob soodsad tingimused vesinikioonide tagasidifusiooniks. Sapi-soolade juuresolek suurendab vesinikioonide tagasidifusiooni tunduvalt, muutes protsessi ultserogeenseks isegi mõõduka happesuse korral (8, 17). Sapi-soolad satuvad makku duodenogastraalrefluksi tõttu. Mao erosiivsete kahjustuste juhtudel täheldatakse endoskoopiliselt sageli avatud püloorust ja sapi-refluksi (29, 30).

Mittesteroidsete põletikuvastaste ainete mao limaskestast kahjustav toime põhineb nende omadusel inhibeerida prostaglandiinide sünteesi. Teatavasti on prostaglandiinidel täita tähtis osa mao limaskestast anatoomilis-füsioloogilise terviklikkuse tagamiseks. Atsetüül-salitsüülhappel on mao limaskestast suhtes eriline invasiivsus, sest ta on rasv lahustuv pH 2,5 juures ja vesilahustuv neutraalses keskkonnas. See võimaldab aspiriinil läbida rakkude fosfolipiid-membraanid ning toimida vahetult rakkude tsütoplasmas (26).

Küllalt levinuks eksogeenseks teguriks maoerosiooni tekkes on alkohol. Teatavasti kasutatakse etanooli laialdaselt mao limaskestast kahjustuste tekitamiseks loomkatsetes. V. Udod ja kaasautorid (30) konstateerisid, et 46,4% neist isikutest, kellel endoskoopiliselt leiti erosioone, oli tarvitanud alkoholi.

Täielike maoerosioonide tekkepõhjust ei ole siiani lõplikult selgitatud. On isegi oletatud nende erosioonide tekkimise seost viirusnakkusega (5).

Kliiniliselt väljenduvad erosioonid põhiliselt hemorraagilise või maohaavandisarnase sündroomina (20).

Hemorraagilis-erosiivne gastriit on seedetrakti algusosa verejooksude põhjustaja 12...18,5%-l juhtudest (10, 13). Ligikaudu kolmveerand haigetest, kellel seedetrakti algusosa hemorraagia oli tingitud erosioonidest, oli E. Lee ja A. Dagradi (10) andmeil tarvitanud alkoholi või salitsülaate. Paljudel erosioonidega haigetel on selliseid kaebusi, mis langevad ühte haavandi korral esinevatega. Valu on rohkem väljendunud just

antrumi piirkonna limaskestast erosioonide korral (19).

Täielikud maerosioonid võivad kaasa ka kaksteistsõrmikuhaavandile. Sellist koosinemist peetakse kaksteistsõrmiku haavandtõve sagedate ning visade retsiidiivide tunnuseks (25). Paljudel juhtudel kulgevad maerosioonid varjatult ja nad avastatakse juhuslikult (28). Nii avastasid L. Sokolov ja kaasautorid (29) gastroskoopimisel 36% erosioonijuhtudest juhuslikult dispanseerisel jälgimisel olevate isikute hulgas. 40...60 aasta vanuste hulgas leidsid autorid erosioone ühesuguse sagedusega nii seedetraktivaevuste all kannatavatel haigetel kui ka neil, kellel ei olnud mingeid erosioonile viitavaid sümptome.

Peamist osa erosioonide diagnoosimisel etendab gastroskoopia (21), kuigi topeltkontrasteerimist kasutades on mõningatel juhtudel täielikke erosioone võimalik näha ka röntgenoloogiliselt (9). Täielike erosioonide morfoloogilist uurimist tuleb vajalikuks pidada peamiselt kahel põhjusel. Esiteks, diferentsimaks üksikut täielikku erosiooni varajases maovähist, ning teiseks, küpseid erosioone mitteküpsetest täielikest erosioonidest. Küpse ja mitteküpse vormi täpne diferentsiaaldiagnoosimine on tähtis täielike erosioonide kulu prognoosimisel. Täielike erosioonide morfoloogiline elupuhune uurimine on siiski raskendatud, sest pahatihti ei õnnestu biopsia teel saada limaskestaerosiooni histoloogiliste tunnuste sedastamiseks vajalikku kogust materjali (29). Suurema koguse bioptaadi saamiseks soovitatakse eelistada ogaga varustatud biopsiatange. Täieliku erosiooni morfoloogilisel diagnoosimisel peetakse vajalikuks rohketel proovitükkidel korduvat võtmist ja nende uurimist (25).

Ajal, mil endoskoopiat veel ei tuntud, moodustasid maerosioonidega haiged ilmselt ühe osa nn. röntgennegatiivse düspepsia all kannatavast kontingendist. Laialdasem endoskoopia kasutuselevõtmine võimaldas eristada erosioonihageid puhtfunktsionaalset laadi vaevuste all kannatavatest haigetest. Arva-

takse, et erosioone on umbes 30%-l maodüspepsiaga haigetest (27). Siiski diagnoositakse igapäevases arstipraktikas erosioone vähem, kui neid tegelikult esineb (14). Maerosioonide diagnoosimise sagedus sõltub otseselt endoskoopimise aktiivsusest.

KIRJANDUS: 1. Franzin, G., Manfrini, C., Musola, R. a. o. *Endoscopy*, 1984, 16, 1—5. — 2. Ingelfinger, J. *New Engl. J. Med.*, 1974, 290, 1196—1197. — 3. Karvonen, A.-L. *Scand. J. Gastroenterol.*, 1982, 17, 977—984. — 4. Karvonen, A.-L., Sipponen, P., Lehtola, J. a. o. *Scand. J. Gastroenterol.*, 1983, 18, 1051—1056. — 5. Karvonen, A.-L., Lehtola, J. *Ann. Clin. Res.*, 1983, 15, 137—141. — 6. Karvonen, A.-L., Lehtola, J. *Scand. J. Gastroenterol.*, 1984, 19, 228—234. — 7. Kawai, K., Shimamoto K., Misaki F. a. o. *Endoscopy*, 1970, 3, 168—174. — 8. Kivilaakso, E., Bazzilai, A., Schiesel, R. a. o. *Gastroenterology*, 1981, 80, 77—83. — 9. Laufer, I., Hamilton, J., Mullens, I. E. *Gastroenterology*, 1975, 68, 387—391. — 10. Lee, E. R., Dagradi A. E. *Am. J. Gastroenterol.*, 1975, 63, 3, 201—209. — 11. Lucas, C. E., Sugawa, C., Riddle, J. a. o. *Arch. Surg.*, 1971, 102, 4, 266—273. — 12. Moody, F. G., Cheung, L. Y. *Surg. Clin. North. Am.*, 1976, 56, 6, 1469—1478. — 13. Palmer, E. *JAMA*, 1969, 207, 8, 1477—1480. — 14. Roesch, W., Ottenjann, R. *Endoscopy*, 1970, 2, 93—98. — 15. Rätsep, V. Mao väheelsed seisundid. Tallinn, 1976. — 16. Seifert, E., Paul, F., Schmidt, F. W. *Med. Klin.*, 1971, 66, 83—87. — 17. Silen, W. *Am. J. Med.*, 1985, 79, (suppl. 2c), 45—48.

18. Аруин Л. И. *Арх. пат.*, 1981, 3, 52—60. — 19. Валенкевич Л. Н., Зубовский Ю. Ю. *Врач. дело*, 1977, 11, 36—38. — 20. Василенко В. X., Водолагин В. Д., Гавриленко Я. В. и др. *Клин. мед.*, 1978, 3, 23—27. — 21. Водолагин В. А. В сб.: *Актуальные вопросы гастроэнтерологии*. М., 1973, 47—51. — 22. Водолагин В. Д., Лебедев С. П., Цодиков Г. В. *Тер. арх.*, 1984, 4, 123—125. — 23. Геллер Л. И., Мамонтова М. И. *Симптоматические гастродуоденальные язвы*. Хабаровск, 1978. — 24. Дорофеев Г. И., Успенский В. М. *Гастродуоденальные заболевания в молодом возрасте*. М., 1984. — 25. Ильченко А. А. В сб.: *Новое в диагностике и лечении болезней желудка и двенадцатиперстной кишки*. М., 1985, 20—26. — 26. Кели Р. В. сб.: *Проблемы гастроэнтерологии*. Душанбе, 1985, 197—206. — 27. Маржатка З. Там же, 161—170. — 28. Смирнова Т. И., Лабейский И. И. *Клин. мед.*, 1984, 2, 37—39. — 29. Соколов Л. К., Терентьев Н. М., Воцанова Н. П. *Тер. арх.*, 1976, 3, 63—66. — 30. Удод Н. В., Миронюк А. С., Гаитов П. К. и др. *Хирургия*, 1982, 3, 24—27. — 31. Эльштейн Н. В., Хейнла Ю. Я. В сб.: *Третий всесоюзный съезд гастроэнтерологов (материалы съезда) 19—21 сентября 1984 г.*, т. II, М.-Л., 1984, 389—390.

Экспериментальсе ja Kliinilise
Meditsiini Instituut

UDK 616.441-092(047)

Difuusse toksilise struuma patogenees

Toomas Podar · Tartu

difuusne toksiline struuma, patogenees, kilpnääret stimuleerivad immunoglobuliinid, remissioon

Pikaajalisele uurimistöele vaatamata on difuusse toksilise struuma patogeneesis paljugi selgusetut. XIX sajandi algupoolel peeti difuusset toksilist struumat närvihaiguseks, milleks andsid aluse ühelt poolt närvisüsteemihäigustele omased sümptoomid ning teiselt poolt tihe seos haiguse tekke ja psühhotrauma vahel (23). Esimesena seostas haigust kilpnäärme patoloogiliste muutustega K. A. von Basedow, kellelt pärineb ka klassikaline sümptoomide triaadi kirjeldus. Käesoleva sajandi 30-ndate aastateni oli tunnustatud hüpotees, mille kohaselt kilpnäärme funktsionaalse aktiivsuse tõusu põhjustasid sümpaatilisest närvisüsteemist lähtunud impulsid. Pärast hüpofüüsi pärineva türeotropse hormooni (TTH) avastamist pandi tähele, et kilpnäärme reaktsioon TTH suhtes on sarnane difuusse toksilise struuma puhul esinevaga ja nõnda hakati difuusse toksilise struuma põhjuseks pidama TTH liigproduktiooni. Ent süstinud merisigadele haigete vereseerumit, said D. D. Adams ja H. D. Purves 1956. aastal tulemuse, mis erines TTH süstimise järgselt esinevast: järgnenud vastusreaktsioon oli pikema kestusega, kui TTH-le omane on. Sellest tulenevalt hakati difuusset toksilist struumat põdevate haigete vereseerumit leitavat substantsi nimetama kestva toimega kilpnäärrestimulaatoriks (ingl. k. *long-acting thyroid stimulator* — LATS) ning esialgu peeti seda anomaalseks TTH-ks. Järgmised aastad tõid kinnitust selle kohta, et kestva toimega kilpnäärrestimulaator on TTH-st erinev substants ja kuulub immunoglobuliinide hulka (7). Seda ei leitud kõigi difuusset toksilist struumat põdevate

haigete vereseerumist, samuti puudusid tõendid selle kohta, kas kestva toimega kilpnäärrestimulaator inimese kilpnääret stimuleerib või mitte.

1967. aastal leidsid D. D. Adams ja T. H. Kennedy difuusset toksilist struumat põdevate haigete vereseerumist immunoglobuliinide hulka kuuluva ühendi, mis nimetati kestva toimega kilpnäärrestimulaator-protectoriks, sest koos temaga eelinkubeeritud kilpnäärme kude ei olnud suuteline kestva toimega kilpnäärrestimulaatorit neutraliseerima. Seega kaitses protector kestva toimega kilpnäärrestimulaatorit neutraliseerimise eest, ehkki sisuliselt demonstreeriti difuusset toksilist struumat põdevate haigete vereseerumist substantsi, mis konkureeris inimese kilpnäärme membraanidel kestva toimega kilpnäärrestimulaatoriga samade seondumiskohtade pärast (8). Y. Shishibal kaasautoritega õnnestus saada tõendeid selle kohta, et IgG-klassi kuuluv kestva toimega kilpnäärrestimulaator-protector stimuleerib inimese kilpnäärme koe ainevahetust (14). Edaspidi on õnnestunud demonstreerida inimese kilpnäärme stimuleerimist difuusset toksilist struumat põdevate haigete vereseerumist pärinevate immunoglobuliinidega (12, 22). Tundlikumate meetoditega on kilpnääret stimuleerivaid immunoglobuliine (ingl. k. *thyroid-stimulating immunoglobulin* — TSI) verest leitud peaaegu alati, kui haiget ei ole eelnevalt ravitud (6, 22). Väga väikesel protsendil türeotoksikoosihäigest on haiguse põhjuseks hüpofüüsi lähtunud mikroadenoomi poolt liigses koguses toodetav TTH (16). Haiguspilt on sarnane difuusse toksilise struuma omaga, ent patogenees ja ravi on kardinaalselt erinev.

Viimasel kümnel aastal on edu märgata olnud kilpnääret stimuleerivate immunoglobuliinide antigeeni defineerimisel. Nimetatud immunoglobuliinide toimet oli võimalik neutraliseerida, inkubeerides neid koos kilpnäärme koe (7). Seega võis oletada, et anti-geeniks on mingi kilpnäärme koe komponent. Saadi tõendeid selle kohta, et

antigeeniks on kilpnäärme rakumembraanidel asetsev TTH-retseptor (18), ehkki mõne teadlase arvates on kilpnääret stimuleerivaid immunoglobuliine, mis on võimelised reageerima kilpnäärme rakumembraani teistegi osadega (13). Ühinedes TTH-retseptoriga, annavad kilpnääret stimuleerivad immunoglobuliinid türeotsüütidele TTH omaga sarnase signaali, mis põhjustab hormooniproduktiooni intensiivistumist ning lõpuks türeotoksikoosi. Vere-seerumi TTH-sisaldus on funktsionaalselt supprimeeritud tsirkuleerivate kilpnäärme hormoonide suurenenud sisaldusest. Retseptori vastu suunatud antikehadest on kilpnääret stimuleerivad immunoglobuliinid unikaalsed, kuna enamik teisi seni tuntud retseptorivastaseid antikehi on blokeeriva toimega.

Difuusset toksilist struumat põdevail haigeil on leitud muidki immunoloogilisi nihkeid. Nii võivad neil kaasuda immunoloogilise geneesiga pretibiaalne müksödeem, oftalmopaatia, vitiliigo, alopeetsia. Haigete vereseerumist on leitud türeotsüütide mikrosomaalse fraktsiooni (27) ja türeoglobuliinivastaseid antikehi (26), ehkki nende leid on iseloomulik autoimmuunsele (Hashimoto) türeoidiidile. Võib leida ka kilpnäärme hormoonide vastaseid antikehi (9). On teateid klassidesse A, M ja G kuuluvate immunoglobuliinide sisalduse suurenemise kohta difuusset toksilist struumat põdevate haigete vereseerumis (25) ja avastatud tsirkuleerivaid immuunkomplekse (5).

Vastukäivad on andmed T-lümfotsüütide üldarvu kohta: on teateid nii selle suurenemise (20), vähenemise (15) kui ka väärtuste kohta, mis tervete omast ei erine (1, 10). T-pärssijalümfotsüütide üldarv on kas normaalne (10) või vähenenud (1, 15). D. Topliss ja kaastöötajad (17) on teatanud kilpnäärme antigeenispetsiifiliste T-pärssijalümfotsüütide puudusest difuusse toksilise struuma korral. T-abistajalümfotsüütide arv on kas suurenenud (1) või normaalne (10, 15). Nende haigete lümfotsüütide inkubeerimisel kilpnäärme toorekstrakti (11, 17), türeoglobuliini (24) ja TTH-ret-

septoriga (11) on täheldatud makrofaagide migratsiooni inhibeeriva faktori produktiooni. Lümfotsüütide blasttransformatsiooni kilpnäärme antigeenidega inkubeerimise korral on kirjeldatud kuni 65...70 %-l haigeist (25). Pärast fütohemaglutiniiniga stimuleerimist on lümfotsüütide blastsete vormide moodustumises kontrollrühma väärtustega võrreldes konstateeritud nii suuremaid (2) kui ka väiksemaid (25) väärtusi.

Üldtuntud on fakt, et difuusset toksilist struumat esilekutsuvaks teguriks võib olla emotsionaalne stress. R. Volpe ja kaasautorite arvates (19, 20) võivad nii emotsionaalne kui ka bioloogiline stress haigust põhjustada süsteemi kortikoliberiin—adrenokortikotropiin—neerupealised kaudu. Vereseerumi kortisoolisisalduse tagasihoidlikki suurendamine võib lümfotsüütide funktsiooni mõjutada *in vivo*. Inimestel, kellel on difuusse toksilise struuma tekkeks eelsoodumus, võib stressipuhusest kortisooli hulga suurenemisest piisata, et häirida kilpnäärme antigeenispetsiifiliste, osaliselt defektsete T-pärssijalümfotsüütide funktsiooni. Spontaanmutatsiooni teel tekkinud kilpnäärmeantigeenidega reaktiivset T-abistajalümfotsüütide klooni sellest tulenevalt ei supprimeerita. Viimaste ja B-lümfotsüütide vastastikune mõju käivitabki kilpnääret stimuleerivate immunoglobuliinide produktiooni. Kui nende immunoglobuliinide mõju ei olnud sellise tugevusega, mis põhjustab türeotoksikoosi teket, peab R. Volpe võimalikuks haiguse iseneslikku jätkumist, sest türeotoksikoos on omakorda stressiks ja häirib immuunmehhanismide normaalset funktsioneerimist. Pealegi on demonstreeritud vere suurenenud türoksiinisisalduse otsest kahjustavat mõju T-pärssijalümfotsüütidele. Seega on mõistetav, miks kilpnäärme hormooni sünteesi inhibiitorite ja rahustitega on osal haigetel võimalik saavutada remissiooni. Stressi ja hüpertüreoksineemia likvideerimine võimaldab ennistada immuunjärevalve nn. keelatud autoreaktiivse klooni suhtes. R. Volpe arvates leidub neid,

kellel T-pärssijalümfotsüütide funktsioon kilpnäärmeantigeenide suhtes on täielikult häiritud, kellel haiguse esilekutsumiseks piisab kilpnäärmeantigeenidega reaktiivse T-abistajalümfotsüütide klooni tekkest ja kellel türeostaatiliste preparaatidega pikaajalisi remissioone ei ole võimalik saavutada.

On raskesti mõistetav, kuidas glükokortikoidid võivad ühelt poolt haigust esile kutsuda, teiselt poolt aga ravivalt toimida (7). R. Volpe arvates on T-pärssijalümfotsüütide funktsiooni häirimiseks vajalik tunduvalt väiksem glükokortikoidide nivoo tõus, kui T-abistajalümfotsüütide funktsiooni ning ka immunoglobuliinide produktsiooni pärssimiseks tarvis läheb. Lisaks sellele on glükokortikoidide difuusse toksilise struuma korral soodne toime kilpnäärme hormoonide ainevahetusesse, nad soodustavad türoksiinist vähemaktiivse metaboliidi teket.

Türeohormoonide sünteesi pidurdava vaieldamatu toime kõrval on türeostaatilistel preparaatidel küsitav immuunmoduleeriv mõju. Neil preparaatidel on leitud immunoglobuliinide sünteesi pärssivat toimet *in vitro* (21) ning mitpetsiifiliste aktivaatorite mõju potentsierimist lümfotsüütide blasttransformatsioonis (4). Et türeostaatiliste preparaatide toime ja kestvate endokriinsete remissioonide tekkemehhanism jäävad praeguseks täpselt määratlemata, puudub türeostaatiliste preparaatide doosimise ja ravi kestuse määramise osas üksmeel (3). Ilmselt tuleb preparaatide ravivat toimet seostada ennekõike eutüroidse seisundi ennistamisega ning viimase soodsa mõjuga immuunsüsteemi häirete taandarengule (22). Samast asjast olust oletatavasti tulenebki, et türeohormoonide sünteesi suhtes toimetud immuunmodulaatorid ei ole difuusse toksilise struuma ravis laiemat kasutamist leidnud.

Türeostaatilise ravi edutuse korral ning mõne erinäidustuse puhul on teiseks võimalikuks raviviisiks kilpnäärme hormoone produtseeriva koe massi vähendamine. Sel eesmärgil tehtav kirurgiline ravi ja kiiritusravi radioaktiivse

joodiga võimaldavad paljudel juhtudel türeotoksikoosi likvideerida ning eutüreoosi säilitada. R. Volpe hüpoteesi kohaselt oleksid need ravimeetodid sobivaimad T-pärssijalümfotsüütide totaalsete defekti juhtudel.

Kestvate endokriinsete remissioonide tekkemehhanism difuusset toksilist struumat põdejail jääb ebaselgeks. R. Volpe on oletanud immuunjärevalve osalise defektiga haigetel täieliku immunoloogilise remissiooni võimalikkust, s.t. kaovad kõik immunoloogilised nihked neil, kellel on säilinud eutüreoos (20). Difussele toksilisele struumale kaasub mõnikord autoimmuunne türeoidiit või difuusne toksiline struuma võib viimaseks üle minna. Kirjanduses on andmeid kilpnäärmehaiguste korral leitavate TTH-retseptoreid blokeerivate antikehade kohta (18). Autoimmuunse türeoidiidi tekkimisel ja/või progresseerumisel võib saabuda olukord, kui kilpnääret stimuleerivad ja destrueerivad-blokeerivad protsessid saavutavad suhtelise tasakaalu ning hüpofüüsi türeotroopne funktsioon võimaldab eutüreoosi säilitada pikemaks ajaks. Sel juhul ei ole välistatud hüpötüreoosi teke edaspidi.

M. A. Greer ja kaastöötajad on oletanud, et pikaajaliste remissioonide teke difuusse toksilise struuma korral on tingitud immuunprotsesside tsüklilistest muutustest ning et enamikul patsientidel esineb elu jooksul vaid üks haigusperiood (3). Mõnikord võib endokriinse remissiooni tekkeks piisata üksnes immunoloogiliste nihete taandumisest tasemeni, mille puhul kilpnäärme talitluse füsioloogiline regulatsioonimehhanism on suuteline tagama eutüreoosi säilimise.

KIRJANDUS: 1. *Canonica, G. W., Bagnasco, M., Ferrini, S. a.o. Immunol. Immunopathol.*, 1983, 20, 265—271. — 2. *Goldrath, N., Shoham, J., Bank, H. a.o. Clin. Exp. Immunol.*, 1982, 50, 62—69. — 3. *Greer, M. A., Kammer, H., Bouma, D. J. The New Engl. J. Med.*, 1977, 297, 173—176. — 4. *Hallengren, B., Forsgren, A., Melander, A. J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 1980, 51, 298—301. — 5. *Hopf, U., Hütteroth, T. H., Kotulla, P. Horm. Metab., Res.*, 1979, 11, 622—628. — 6. *Konishi, J., Lida, Y., Kasagi, K. a.o. Endocrinol. Jpn.*, 1982, 29, 219—226. — 7. *Kriss, J. P., Pleshakov, V.,*

Chien, J. R. J. Clin. Endocrinol. Metab., 1964, 24, 1005—1028. — 8. McKenzie, J. M., Zakarija, M., Sato, A. Clin. Endocrinol. Metab., 1978, 7, 31—45. — 9. Moroz, L. A., Meltzer, S. J., Bastomsky, C. H. J. Clin. Endocrinol. Metab., 1983, 56, 1009—1015. — 10. Okabe, N., Inoue, K., Mori, R. J. Clin. Lab. Immunol., 1983, 10, 91—95. — 11. Okita, N., Kidd, A., Row, V. V. a.o. J. Clin. Endocrinol. Metab., 1980, 51, 316—320. — 12. Onaya, T., Kotani, M., Yamada, T. a.o. J. Clin. Endocrinol. Metab., 1973, 36, 859—866. — 13. Pinchera, A., Fenzi, G. F., Macchia, E. a.o. Horm. res., 1982, 16, 317—328. — 14. Shishiba, Y., Shimizu, T., Yoshimura, S. a.o. J. Clin. Endocrinol. Metab., 1973, 36, 517—521. — 15. Sridama, V., Pacini, F., DeGroot, L. J. J. Clin. Endocrinol. Metab., 1982, 54, 316—319. — 16. Tolis, G., Bird, C., Bertrand, G. a.o. Am. J. Med., 1978, 64, 177—181. — 17. Topliss, D., How, J., Lewis, M. a.o. J. Clin. Endocrinol. Metab., 1983, 57, 700—705. — 18. Valente, W. A., Vitti, P., Yavin, Z. a.o. Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 1982, 79, 6680—6684. — 19. Volpe, R. Clin. Endocrinol. Metab., 1978, 7, 3—29. — 20. Volpe, R., Farid, N. R., Westarp, C. a.o. Clin. Endocrinol., 1974, 3, 239—261. — 21. Weiss, I., Davies, T. F. J. Clin. Endocrinol. Metab., 1981, 53, 1223—1228. — 22. Wenzel, K. W., Lente, J. R. J. Clin. Endocrinol. Metab., 1984, 58, 62—69.

23. Алешин Б. В., Губский В. И. Гипоталамус и щитовидная железа. М., 1983. — 24. Внотченко С. Л., Александрова Г. Ф., Мкртумова Н. А. Пробл. эндокринолог., 1983, 29, 23—27. — 25. Внотченко С. Л., Старкова Н. Т., Мкртумова Н. А. Пробл. эндокринолог., 1983, 29, 4, 19—23. — 26. Саарма В. А., Подар Т. У. В кн.: Вопросы эндокринологии. Тарту, 1984, 117—118. — 27. Саарма В. А., Подар Т. У. Там же, 118—119.

TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste ja tuberkuloosi kateeder

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

UDK [616.24+616.61+616.155.194]:
:616.008.6-053.5

Goodpasture'i sündroom lastel

Reet Geine Laine Paavel · Tallinn

Goodpasture'i sündroom, etioloogia, patogenees, sümptomatoloogia, kliiniline kulgu, prognoos, ravi

Esmakordselt kirjeldas seda sündroomi 1919. aastal W. Goodpasture (2, 3, 4). Nüüdisajal arvatakse Goodpasture'i sündroom süsteemsete sidekoehaiguste hulka kuuluvaks (2). Osa autoreid peab seda aga kopsu hemosideroosi erivarian-diks, millega kaasneb neerukahjustus (2). Goodpasture'i sündroomi esineb harva (1, 2, 3, 4).

Haigust iseloomustab sümptomide triaad: kopsu- ja neerukahjustus ning aneemia (1, 2, 3, 4). Kopsude hemosideroosi või kopsuverejooksuga samal ajal on täheldatud glomerulonefriiti ja hü-pokroomset aneemiat (2, 3). Haiguse põhjus ei ole veel selge (2, 3). H. Asameri arvamus järgi tekib see pärast ägeda viirushaiguse põdemist.

Kõige enam on tunnustamist leidnud immunoallergilise geneesi teooria (3). Arvatakse, et neerupäsmakeste basaalmembraanide vastased antikehad ühinevad kopsualveoolidel olevate antigeenidega ning moodustavad immuunkomplekse, mis fikseeruvad kapillaaride endoteelile ja kahjustavad elundeid. Seda

on tõestatud immunoglobuliinide G, A ja M määramisega immunofluorestsentsimeetodil (3).

Goodpasture'i sündroomi on sagedamini esinenud poeglastel, peamiselt puberteedieas (3, 4). Haigus algab tavaliselt verikõhaga ja kõhaga, 70 %-l juhtudest hingekõhaga (3). Raskete juhtude korral võib esineda profuusne kopsuverejooks. Rõgas võib leiduda siderofaage (3, 4). Röntgenoloogiliselt on mõlemal pool kopsus näha selgete piiridega keskmise tugevusega koldelisi varjustusi — hemosideroosikoldeid, mis võivad iseeneslikult kaduda (2, 3). Hüpokroomne aneemia tekib juba mõne päeva pärast ja on tingitud verikõhast ja kopsuhemorraagiast (2, 3).

Samal ajal või veidi hiljem ilmnevad glomerulonefriidi sümptoomid (2, 3, 4). Esinevad proteinuuria, hematuuria ja leukotsütuuria (3). Vahel esineb ka oliguuriat ja anuuriat (2). Neerupuudulikkuse nähud võivad tekkida kiiresti (2, 3).

Arteriaalset hüpertensiooni ja turseid on harvem, neid täheldatakse tavaliselt väljendunud hüperasoteemia korral (2, 3). Settereaktsioon on kiirenenud ja esineb leukotsütoosi (2).

Prognos on enamasti halb. Haigus võib kulgeda raskelt ja lõppeda mõne nädala pärast surmaga, mis on põhjustatud neerupuudulikkusest või kopsuverejooksust, harvem aneemilisest koomast (2). Haigus kestab mõnest kuust mõne aastani, keskmiselt aasta (4).

Pediaatrikirjanduse andmetel (1, 2, 3) ei ole Goodpasture'i sündroomi raviks veel lõplikku lahendust leitud. Ravikompleksi kuuluvad glükokortikoidhormoonid, tsütostaatikumid, rauapreparaadid, hapnik ja antikoagulandid.

Glükokortikoidhormoonravi alustatakse varakult, glükokortikoidide määratakse suurtes annustes, 2...3 mg kehakaalu ühe kilogrammi kohta ööpäevas. Kui tulemus on hea, jätkatakse ravi 2...6 kuud, annust järk-järgult vähendades.

Tsütostaatikumidest soovitatakse anda kloorbutiini annuses 0,2 mg kehakaalu ühe kilogrammi kohta ööpäevas 6

nädalat, seejärel 3...6 kuud annuses 0,1 mg kehakaalu ühe kilogrammi kohta ööpäevas. 6-merkaptopuriini antakse annuses 2 mg kehakaalu ühe kilogrammi kohta ööpäevas 6 nädalat ja edaspidi 3...6 kuud 1 mg kehakaalu ühe kilogrammi kohta ööpäevas.

Rauapreparaate määratakse vastavalt vanusele, tugeva aneemia korral tehakse erütrotsüütide massi ülekandeid.

On andmeid ka selle kohta, et on tehtud mõlemapoolset nefrektoomiat, hemodialüüsi ja neerutrantsplantaatsiooni (3).

Järgnevalt on kirjeldatud Goodpasture'i sündroomi juhtu. Haiget raviti Tallinna Linna Kliinilise Lastehaigla nefroloogiaosakonnas.

Haigusjuht. 14-aastane poeglaps K. M. (haiguslugu nr. 8147/1984) hospitaliseeriti 1984. aasta detsembris.

Patsient oli varem olnud suhteliselt terve. Kuni 10 aasta vanuseni oli olnud neuroloogi juures arvel öise enureesi tõttu. Neerude uuringuid varem tehtud ei olnud. 11. eluaastast alates oli tegelnud jalgrattaspordiga. Treeningukoormus, eriti enne haigestumist, oli olnud väga suur. Detsembri algul oli patsient viibinud võistlustel Lvovis, seal oli haigestunud ägedasse respiratoorsesse haigusesse. Kehatemperatuur oli tõusnud üle 38°, olid esinenud peavalu ja väsimus. Ravi ei saanud. Paari nädala pärast olid väsimustunne ja peavalu süvenenud, kehatemperatuur oli subfebrilne. Olid tekkinud tursed. 29. detsembril oli lisandunud verikõha ja poiss hospitaliseeriti. Üldseisund oli keskmise raskusega. Patsient kaebas tugevat peavalu, oli kahvatu, hingeldas. Esinesid verikõha, turse üle kogu keha, tahhükardia. Auskultatsioonil kopsudes mõlemal pool kuulda hulgaliselt peene- ja keskmise-mullilisi räginaid. Hüpertensioon: perifeerne arteriaalne rõhk 220/150 mmHg.

Laboratoorsed analüüsid. Settereaktsioon 26 mm/t, hgb. 93 g/l, erütrotsüüte $3,6 \times 10^{12}$, värvusindeks 0,6, retikulotsüüte 11% (hüpokroomne ja kergelt hüperregeneratiivne aneemia), leukotsüüte $11,5 \times 10^9$ neutrofiilse granulatsiooni tõttu. Uriinis valku 0,066 g/l, sademes erütrotsüüte kuni 150, leukotsüüte massiliselt, üksikuid hüaliinsilindreid. Neerude funktsioonihäiret ei olnud.

Proteinogramm: üldvalku 65 g/l, albumiine 46 %, globuliine: α_1 — 5 %, α_2 — 8 %, β — 10 %, γ — 25 %. Elektrolüüte (K^+ , Na^+ , Cl^-) veres normaalselt. Uurea ja kusihaape hulk veidi suurenenud, ureat 9,42 mmol/l, kusihaape 425 mkmol/l. Happe-leelise tasakaalu uurimisel leiti mõõdukas metaboolne atsidoos.

Hemokoagulogrammi põhjal kerge hüpoakoagulatsioon, mis normaliseerus kiiresti ilma korri-

geeriva ravita. Immunoglobuliinide hulk veres jäi normi piiridesse.

Kopsude röntgenuuring: diafragma lamenenud, kopsuväljade transpaarsus vähenenud, esineb peribronhiaalset, perivaskulaarset infiltratsiooni. Hemosideroosikolded üle mõlema kopsuvälja. Renogrammi põhjal on mõlema neeru sekretsioonivõime mõõdukalt vähenenud.

Seega iseloomustas haigusjuhtu kliiniline triaad: kopsu- ja neerukahjustus ning aneemia. Kliinilise leiu ja uuringute alusel diagnoositi Goodpasture'i sündroom (*syndromum Goodpasture*).

Patsiendi üldseisund paranes ravi tulemusena teise ravinädala lõpuks. Peavalu ja mõõdukas hüpertoonia püsisid veel umbes kaks kuud.

Ravi. Haigete määrati voodirežiim, kolmeks nädalaks soolavaba ja valguvaene dieet (7a), hiljem dieet 5. Haiglasse saabumise päeval tilgutati patsiendile veeni 10 %-list glükoosilahust, reopolüglükiini, laasiksit ja prednisolooni. Lihasesse süstimiseks määrati metitsilliini ja pipolfeeni. Prednisoloonravi alustati esimesel ravinädalal, annus 1,5 mg kehakaalu ühe kilogrammi kohta ööpäevas. Patsiendi puberteediiga, hüpertensioonisündroomi ja kalduvust adipoosusele arvestades määrati prednisolooni küllalt väikeses annuses. Hüpotensioonivõimete ravimitest kasutati papasooli, dibasooli, papaveriini, rauvasaani ja klofeeliini eale vastavas annuses ja omavahel kombineeritult. Tsüstostaatikumidest sai haige kloorbutiini 0,2 mg kehakaalu ühe kilogrammi kohta ööpäevas 6 nädalat ja seejärel kuni väljakirjutamiseni 0,1 mg kehakaalu ühe kilogrammi kohta ööpäevas. Aneemia möödus põhihaiguse raviga.

Haiget raviti statsionaaris kolm kuud. Väljakirjutamisel oli peavalu kadunud, arteriaalne rõhk peaaegu normi piires (130/80 mmHg). Diurees oli normaliseerunud, uriinianalüüsid olid paranenud (valku 0,01 g/l, leukotsüüte 5...10, üksikuid erütrotsüüte; silindreid ei olnud). Korduvad radiorenogrammid ja rindkere röntgenogrammid näitasid haige paranemist.

Patsient jääb dispansersele jälgimisele ja järelravile polikliiniku nefroloogi juures. Et haiglast väljakirjutamisel ei esinenud neerupuudulikkust, aneemia oli kadunud, kopsuleid ja arteriaalne rõhk olid normaliseerunud, siis on prognoos elu suhtes hea. Tervistumine on kahtlane.

Haigusjuhtu kirjeldati eesmärgiga tutvustada eelkõige haiglas töötavatele pediaatritele Goodpasture'i sündroomi diagnoosimise ja ravi võimalusi.

KIRJANDUS: 1. Martini, A., Binda, S., Mariani, G. a.o. Acta paediatr. Scand., 1981, 70, 3.

2. Маждрaков Т., Попов Н. Болезни почек. София, 1976. — 3. Тареев Е. М. Клиническая нефрология. Т. II. М., 1983. — 4. Шулушко Б. М. Патология почек. Л., 1983.

Tallinna Linna Kliiniline
Lastehaigla

UDK 616-001.17-084-053.36/.4

Vältigem laste põletus-traumasid!

Helga Vallikivi · Tallinn

Põletused on lastel üks sagedamini esinevaid traumasid. Meie vabariigis ravitakse igal aastal haiglates ligikaudu 500 põletushaavadega last.

Põletustõbi kahjustab kõiki elund-süsteeme ja jätab sügava jälje lapse psüühikasse. Põletusarmid — kontraktuurid — võivad invaliidistada kogu eluks. Eriti ohtlik on põletus imiku- ja väikelapseas. Isegi siis, kui põletada saab 2...3 % nahapinnast, võib tekkida põletusšokk. Letaalsus põletuse tagajärjel on Nõukogude Liidus viimastel aastatel olnud 4 % piires.

Meie kliinikus on aastail 1981...1986 ravitud 942 põletusega last. Letaalsus on vähenenud, 1981. aastal oli see 4,32 %, 1986. aastal 0,8 %.

Peamiselt on põletuse põhjus olnud tuline vedelik — keev vesi, tuline kohv ja tee. Ohustatud on eriti väikelapsed. 1...3-aastastele on omane, et nad haaravad laualt tulise kohvi- või teetassi, ka ema süles olles. 52 % põletustest on tekitanud tuline vesi.

Suur osa põletusi on tekitatud hingamisteede põletike ravimisel kuuma auru inhaleerimise teel. Täpsema ülevaate ravil viibinud laste vanusest ja põletuste põhjustest annavad tabelid 1 ja 2.

Põletused ei ole põhjustatud mitte niivõrd halvatest olmetingimustest, kuivõrd vanemate hooletusest ja mõistmatusest.

Nagu juba eespool öeldud, on peamine põletuse tekitaja tuline vedelik. Mõned näited:

8-kuune Denis köhis. Arst soovitas inhaleerida soodaauru. Laps tõmbas laualt kannu tulise veega sülle. Tagajärjeks olid sügavad põletushaavad käsivartel, rinnal ja tuharatel. Laps sai põletusšoki. Tekkis pneumoonia.

3-aastane Sergei haaras laualt teekannu. Põletushaavad näol, kaelal ja käsivartel.

10-kuune Lauri haaras pliidilt keeva vee kannu. Sügavad põletushaavad rinnal, seljal ja jäsemetel. Põletusšokk.

Tabel 1. Haigete jaotumus vanuserühmade järgi

Aasta	0..1- aasta- sed	1..3- aasta- sed	3..14- aasta- sed	Neist järel- ravil	Neist sur- rud	Kokku
1983	34	89	76	14	4	199
1984	24	81	67	9	1	172
1985	41	103	69	17	4	203
1986	27	84	85	13	1	196

Tabel 2. Haigete jaotumus põletuse põhjuse järgi

Põletuse põhjus	1983	1984	1985	1986
Leek	29	17	21	26
Vedelik	146	139	169	124
Tahked ained	11	7	3	5
Muud	2			8
Andmed puuduvad	9	5	1	15
Elekter	3	3	4	1

1-aastane Jaanika kukkus põrandale asetatud kuuma kiselli nõu sisse. Laps toodi ravile šoki-sisundis. Põletushaavad olid 50 %-l nahapinnast.

Leegist tekitatud põletusi on saadud tulekahjude korral, kuid ka süütamisel teiste laste poolt.

Kergesti süttivate ainetega mängimisel hukkus põletushaavade tagajärjel 5-aastane Veronika. Teised lapsed olid visanud põleva küünla tema kergesti süttiva kleidi peale.

4-aastane Vladimir mängis tuletikkudega. Vanemad olid sel ajal alkoholjoobes. Laps sai ülakeha ja jäsemete sügavaid põletusi ja suri.

Põletusi on põhjustanud ka tulised küttekehad.

4-kuune Evelin haaras elektrijuhtme pihku ja tõmbas eemalasetseva elektripliidi endale pähe. Põletushaavad näol, peas.

2-aastane Piret magas diivanil ja kukkus diivani ja radiaatori vahele. Sügav põletus seljal ja tuharatel.

Ohtlikud on ka lastele kättesaadavad elektrikontaktid.

5-aastane Sven oli leidnud raudnaela, mille pistis elektrikontakti. Parema labakäe ja käsivarre põletus, sõrmede söestumine.

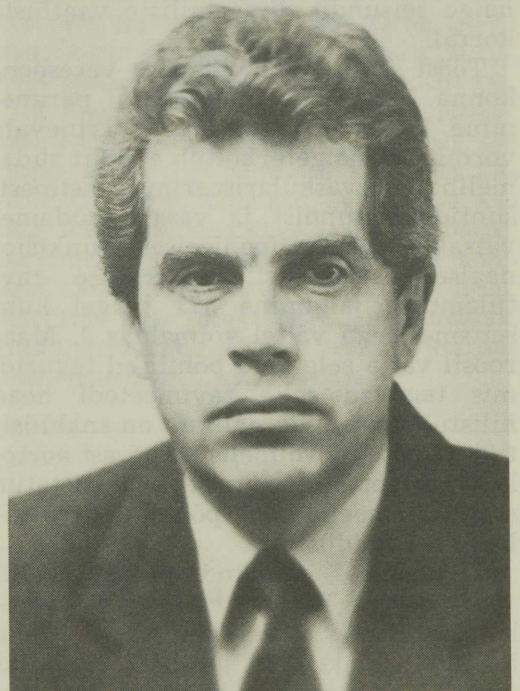
Põletustraumasid on võimalik vältida. On vaja parandada sanitaarharidustööd.

*A. Seppo nimeline Metallosteosünteesi
Teadusliku Uurimise Laboratoorium ja
Kliinik*

Kaadri ettevalmis- tamine

Jaak Maaros meditsiinidoktoriks

16. mail 1986. aastal kaitses Kaunase Meditsiiniinstituudis kardioloogia erialanõukogus doktoriväitekirja «Aorto-koronaarse šunteerimise mõjust südame ja veresoonefunktsionaalsele seisundile südame isheemiatõve erinevate vormidega haigetel» Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna spordimeditsiini ja ravikehaskultuuri kateedri dotsent **Jaak Maaros**. Oponendid olid medit-



siinidoktor prof. B. Sidorenko NSV Liidu Meditsiiniakadeemia Üleliidulisest Teaduslikust Kardioloogiakeskusest, meditsiinidoktor B. Šabalkin NSV Liidu Meditsiiniakadeemia Üleliidulisest Teaduslikust Kirurgiakeskusest ja meditsiinidoktor prof. I. Blužas Kaunase Südam- ja Veresoonkonna Füsioloogia ja Patoloogia Teadusliku Uurimise Instituudist. Nõukogu tunnistas J. Maarooosi uurimuse üksmeelselt doktorikraadi vääriliseks. NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni presiidium kinnitas 1986. aasta 19. detsembril J. Maarooosile meditsiinidoktori kraadi kardioloogia erialal.

J. Maarooosi doktoritöö on uurimus aortokoronaarse šunteerimise mõjust südame ja veresoonkonna funktsionaalsele seisundile stabiilse ja ebastabiilse stenokardiaga haigetel ning ka haigetel, keda opereeriti südamelihase ägeda infarkti staadiumis. J. Maarooos on välja töötanud südame ja veresoonkonna funktsionaalse seisundi hindamise kvantitatiivsed kriteeriumid, algoritmid ja programmid elektronarvuti jaoks. Need võimaldavad komplekselt hinnata haige seisundit dünaamiliste vaatluste korral.

Tööst selgus, et südame ja veresoonkonna funktsionaalse seisundi paranemine koronaarpuudulikkuse erinevate vormidega haigetel sõltub eeskätt südamelihase revaskulariseerimise astmest, šuntide seisundist ja vasaku südamevatsakese operatsioonieelsest funktsionaalsest seisundist. Kirurgilise ravi tulemuste jälgimine 371 haigel kuni seitsme aasta vältel võimaldas J. Maarooosil välja selgitada põhilised tegurid, mis tagavad selle ravimeetodi head hilistulemused. Põhjalikult on analüüsitud haigete töövõimelisust pärast aortokoronaarset šunteerimist ja täpsustatud südame isheemiatõbe põdejate kirurgilise ravi näidustusi.

J. Maarooos on sündinud 25. juulil 1942. aastal Tartus teenistujate perekonnas. 1960. aastal lõpetas ta Tartu 5. Keskkooli ja 1966. aastal Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna raviosa-

konna. 1966. aastast alates on J. Maarooos töötanud TRÜ arstiteaduskonna spordimeditsiini kateedris, algul assistendina, 1978. aastast dotsendina. Aastail 1968...1971 oli ta statsionaarses aspirantuuris TRÜ-s, 1971. aastal kaitses kandidaadiväitekirja. Kümme kuud stažeeris J. Maarooos Rootsis kardioloogia ja kliinilise füsioloogia erialal väga nimeka professori G. Biörcki juures. 1985. aastal pälvis teadlasrühm, kuhu kuulus ka J. Maarooos, Eesti NSV riikliku preemia.

Toomas-Andres Sulling

Uusi meditsiinikandidaate

13. detsembril 1985 kaitses TRÜ kirurgia erialanõukogu ees väitekirja «Aortokoronaarne šunteerimine ägeda müokardiinfarkti korral» TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi aspirant **Tiit Meren**. Väitekirja on valminud meditsiinidoktor T.-A. Sullingu juhendamisel. Oponeerisid meditsiinidoktor prof. J. Volkolakov Riiast ja meditsiinidoktor prof. A. Kliiman.

T. Mereni uurimistöö on esimene sellealane uurimus meie maal, autor on analüüsinud aortokoronaarse šunteerimise kasutamise võimalusi ja tõhusust ägeda müokardiinfarktiga haigete ravis. Häid vahetuid ja hilistulemusi arvestades soovitab T. Meren aortokoronaarset šunteerimist senisest sagedamini kasutada nii intrakoronaarse trombolüüsi järel kui ka infarktiarteri stenooside korral. Väitekirja teemal on autorilt ilmunud 12 publikatsiooni.

T. Meren on sündinud 1955. aastal Tallinnas arstide perekonnas. 1973. aastal lõpetas ta Tallinna 7. Keskkooli ja 1979. aastal Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna raviosakonna. Ajavaheajal 1979...1980 oli internatuuris kirurgia erialal Tartu Kliinilises Haiglas, aastail 1980...1982 töötas kirurgina Tallinna Kiirabihaigla kardiovaskulaarkirurgia osakonnas, 1982...1985 õppis statsionaarses aspirantuuris TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudis. 1986. aastast alates on töötanud Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi kardioloogia ja koronaarkirurgia osakonna teadurina.

14. märtsil 1986 kaitses TRÜ kirurgia erialanõukogu ees väitekirja «Aortokoronaarse šunteerimise tulemuste kinoangiograafiline hinnang

südame isheemiatõvega haigetel» TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi teadur **Tiit Rebane**.

Töö on valminud meditsiinidoktor T.-A. Sulingu ja meditsiinikandidaat J. Eha juhendamisel. Oponeerisid meditsiinidoktor prof. J. Petrosjan Moskvast ja meditsiinidoktor prof. A. Kliiman.

T. Rebane on käsitlenud oma väitekirjas esimesena meie maal aortokoronaarse šunteerimise tulemuste kõige objektiivsemat hindamist — kinoangiograafilist hindamist. Autor on välja töötanud originaalse klassifikatsiooni aortokoronaarsete šuntide operatsioonijärgseks hindamiseks ning esitanud mitmed kvantitatiivsed näitajad, mis kajastavad revaskularisatsiooni kvaliteeti. Operatsioonijärgne angiograafia on võimaldanud kontrollida ja parandada aortokoronaarse šunteerimise operatsioonide edukust. T. Rebaselt on sel teemal ilmunud 15 publikatsiooni.

T. Rebane on sündinud 1950. aastal Põlvas teenistuja perekonnas. 1968. aastal lõpetas ta Tartu 2. Keskkooli ja 1974. aastal Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna raviosakonna. Ajavahemikul 1974...1975 oli internatuuris kirurgia erialal Tartu Vabariiklikus Kliinilises Haiglas, seejärel töötas aastail 1975...1978 Viljandi Rajooni Keskhaiglas kirurgina. Aastail 1978...1982 oli TRÜ-s nooremteadur, ta spetsialiseerus röntgenangiograafia erialale. Ajavahemikul 1982...1985 õppis TRÜ-s statsionaarses aspirantuuris. 1986. aastast alates on T. Rebane töötanud Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi kardioloogia ja koronaarkirurgia osakonna teadurina.

29. oktoobril 1986 kaitses TRÜ kirurgia eriala-nõukogu ees väitekirja «Ebastabiilse stenokardiaga ja vasaku pärgarteri põhitüve ahenemisega haigete kirurgiline ravi» TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi aspirant **Ants Paaps- tel**. Töö on valminud meditsiinidoktor T.-A. Sulingu juhendamisel. Oponeerisid meditsiinidoktor prof. A. Dumčius Kaunasest ja meditsiinidoktor prof. A. Kliiman.

A. Paapstel on oma töös esitanud diagnoosimise ja ravi taktika südame isheemiatõve ebastabiilsete vormide korral. Uurimistulemuste alusel on ta kindlaks teinud infarktist kõige enam ohustatud inimeste rühmad, seega need haiged, kes vajavad eelkõige kirurgilist ravi. Operatsioonijärgse perioodi hinnang ja hilistulemuste analüüs näitasid, et 90 % opereerituid talub suurt kehalist koormust, stenokardiat ei esine neil kas üldse või esineb ainult väga suure kehalise koormuse kor-

ral. Väitekirja teemal on A. Paapstelilt ilmu- nud 13 publikatsiooni.

A. Paapstel on sündinud 1956. aastal Elvas teenistuja perekonnas. 1974. aastal lõpetas ta Nõo Keskkooli ning 1980. aastal Tartu Riikliku Üli- kooli arstiteaduskonna raviosakonna. Aastail 1980...1984 töötas ta kirurgina Tallinna Kiirabi- haigla kardiovaskulaarkirurgia osakonnas, 1984...1986 õppis statsionaarses aspirantuuris TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudis. 1986. aastast alates on A. Paapstel töötanud Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi kardioloogia ja koronaarkirurgia osakonna teadurina.

Jaana Eha

Tartu Meditsiinikooli 1987. aasta lõpetajaid

Aira Aleksejeva, Mari Alle (kiitusega), Tiina Allikas, Ene Arus (kiitusega), Ita Blond, Eli Hans- son, Katrin Jaanus (kiitusega), Margit Jammer, Tiina Juurmann, Elve Kalda (kiitusega), Svea- Kait Kipper, Iriina Kivimägi, Silver Koit, Mati Kuusemäe, Margit Kõiv, Piret Kask, Piret Künnap (kiitusega), Terje Leivategija, Merike Liibert, Jaana Lill, Ave Lindal (kiitusega), Anu Luik, Margit Lukats (kiitusega), Eve Lõndso (kiitusega), Kaja Lään, Ingrid Madisson, Anne Martin, Margit Matt, Anne Mehide (kiitusega), Maria Mõtus, Erika Nahkor, Tiia Oks (kiitusega), Kadri Ots, Urve Paap (kiitusega), Aire Pajur (kiitusega), Anne Pantalon, Ülle Piiskoppel (kiitusega), Ave Piispea, Mare Punga (kiitusega), Külli Põld, Eila Päike, Asta Pärna, Karin Ratt, Ly Ruusmäe, Anu Saag, Marge Saarelaid, Silje Seppik (kiitusega), Lea Siilivask, Elge Sloog, Diana Sosnovski (kiitu- sega), Carmen Särak, Raimo Tamm, Irina Tohus, Heivi Truu, Anne Turu (kiitusega), Riina Udeküll, Tiina Untera (kiitusega), Eve Veimann, Svetlana Viltok (kiitusega), Laivi Väärtmaa.

Arsti- teaduse ajaloost

UDK 616-089(091)(474.2)

XIX sajandi Tartu palbrid

Viktor Kalnin Maie Lõvi-Kalnin
· Tartu

Tartu palbrid ja saunamehed, nende eksamineerimise eeskirjad, XIX sajandi andmed

Tartu magistraadi fondis ENSV RAKA-s leidub toimik palbrite¹ ja rae kirjavahetusest aastaist 1839...1864.² See sisaldab huvipakkuvaid andmeid konkreetsete isikute, palbritöötubade ja palbritele lubatud ravivõtete ja -vahendite kohta.

19. septembril 1839³ palus Christian Daniel Vogt bürgermeistrilt ja raehärradelt saunamehena tegutsemiseks luba⁴, sest ta olevat Liivimaa Arstivalitsuse kontsessiooniga saunamees. Saunameest olevat tarvis hädaliste tungival palvel. Tal olevat ka vilunud abiline. Saunamehekutse on ta aastate eest ühendanud teiste ametitega, nagu palbri ja frisööri omaga.⁵

Raad lubas siinsel kodanikul ja frisööril C. D. Vogtil tegelda saunamehena arsti järelevalve all ning tingimusel, et ta oma abilise laseb eksamineerida Liivimaa Arstivalitsuses ja esitab eksamite sooritamise kohta tõendi.⁶

1840. aasta veebruaris palus Lüübekist pärit Friedrich Wilhelm Ehmann, kellel oli habemeajaja ja saunamehe I. L. Friebeli käest tõend ning Liivimaa Arstivalitsuselt atestaat, luba palbritöötöta avamiseks.⁷

Raad aga päris politseivalitsuselt F. W. Ehmanni kõlbelise ülevalpidamise üle järele. Selgus, et F. W. Ehmann olevat 9. veebruari õhtul olnud purjus, tunginud raekotta, räusanud ja lõpuks end täis oksendanud. Selle eest trahvitud politsei teda 24-tunnise arestiga. Seepeale keeldus raad kontsessiooni andmast.^{8,9}

1844. aasta septembris pöördus raehärrade poole Riiast saabunud frisöör ja habemeajaja Johann Nicolaus Rüger sooviga avada Tartus palbritöötuba. Raad leidis, et Tartus on juba kaks sellist töötuba olemas, millest täielikult piisavat.¹⁰ 1846. aasta oktoobris esitas analoogilise taotluse frisöör Gustaf Wilhelm Holström. Ka tema sai eitava vastuse.¹¹ Järgmise aasta aprillis lubas aga raad palbrina pool aastat praktiseerida Joachim Heinrich Büllle tingimusel, kui ta tasub linnamaksud. Rae otsuse üks eksemplar anti Püha Antoniuse gildi oldermanni kätte hoiule.¹²

Vahepeal, 12. juulil 1846, pöördus Tartu raad kubermanguvalitsuse poole viimaselt saadud kirja peale 28. märtsist. Selles oli ette heidetud, et Tartu raad tegevat palbritele takistusi, hiilivat mööda siseasjade ministeeriumi meditsiinidepartemangu ettekirjutusest. Viimase järgi pidi raad linnaarsti kaudu jälgima, et palbrid ja saunamehed oleksid eeskirjade kohaselt eksamineeritud, et neile oleks tagatud õigused ja töötingimused. Tartu raad teatas, et palbri- ja saunameesteametit ega ka tsunfti Tartus ei ole, seepärast ei ole ka palbri-

⁷ Samas, l. 4.

⁸ Samas, l. 6—7.

⁹ Samas, l. 10—12.

¹⁰ Samas, l. 13—14.

¹¹ Samas, l. 25—26.

¹² Samas, l. 27—28.

¹³ Samas, l. 23.

¹⁴ Samas, l. 18p.—19p.

¹⁵ Samas, l. 31—33.

¹ Saksa keeles Balbier, habemeajaja-kirurg, rahvapäraselt palber.

² ENSV RAKA, f. 955, nim. l. s. 5043.

³ Daatumid on toodud vkj.

⁴ Saksa keeles Bader.

⁵ ENSV RAKA, f. 955, nim. l. s. 5043, l. 1—2.

⁶ Samas, l. 3.

tel ega saunameestel mingit eriõigust, vaid neil on samad õigused mis teistelgi käsitöölistel. Et palbrite sooviks on teha väiksemaid operatsioone, siis peavad nad kubermangu arstivalitsuselt hankima kontsessiooni, seal eelnevalt õiendama eksami. Sel juhul raad neile praktiseerimiseks takistusi ei tee.¹³

Kubermangu arstivalitsuselt saabusid Tartu raele palbrite eksamineerimise eeskirjad, mis koosnesid 14 punktist. Palbermeistri nimetust võis taotleda ainult see, kellel oli piisavalt teadmisi pisikirurgias. Peale oskuse lugeda ja kirjutada pidi taotlejat eksamineeritama selleks, et veenduda tema oskustes lasta aadrit, panna kuppusid ja kaane ning peatada pärast neid protseduure tekkida võivaid verejookse, oskuses teha klistiiri, välja tõmmata hambaid, valmistada sidemeid, siduda haavu, teha kumblusvanne, pookida rõugeid. Eksamineerima pidid kubermangu arstivalitsuse liikmed linnahaiglas vanemarsti osavõtul. Eksami õiendanu sai atestaadi. Palbritöötoad olid arstivalitsuse järelevalve all linnaarsti vahendusel. Aadrit lasta, kuppusid ja kaane panna ning hambaid välja tõmmata tohtisid palbrid ainult arsti kirjalikul või suulisel korraldusel. Erandkorras, kas arsti äraolekul, eluohtliku vigastuse või vältimatu abi vajaduse korral, võisid palbrid protseduure teha iseseisvalt. Klistiire ja kumblusvanne oli neil teha lubatud üksnes lihtsaid, paljast veest, klistiiriveele võisid nad lisada ainult linaõli.¹⁴

Kuigi palbritsunft Tallinnas ametlikult kaotati 1863. aastal (1), pöördus 25. septembril 1864 Tartu rae poole viimasena palbriherra Wilhelm Singer palvega lubada tal praktiseerida kaks aastat. Selle taotluse raad rahaldas.¹⁵ Seega arvamus, et palbrid lõpetasid oma tegevuse pärast Tartu Ülikooli taasavamist ja õpetatud kirurgide ilmumist, ei pea paika.

KIRJANDUS: 1. *Brennsohn, I. Die Ärzte Estlands vom Beginn der historischen Zeit bis zum Gegenwart. Riga, 1922.*

TRÜ arstiteaduskonna hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kateeder

UDK 614.27(474.2)(091)

Apteekide juubelid 1987. aastal

Heino Gustavson · Tallinn

Lihula apteek 150-, Kallaste, Nuia ning Väike-Maarja apteek 100-, Leisi ja Leevi apteek 75-, Vastse-Kuuste apteek 50-aastane

Lihula apteek avati 17. juunil (ukj. 29. juunil) 1837. aastal. Selle ajalugu on juba käsitletud (13), lisan vaid, et apteegi juhataja proviisor G. Nörmann oli ühtaegu 1878. aastal asutatud Lihula telegraafijaama juhataja.¹ On vaja mainida ka apteegi üleminekut proviisor N. Merelaidi valdusesse 1940. aasta kevadel (11). Praegusesse apteegihoonesse koliti 1952. aastal. Ajavahe-
mikul 1953. . . 1971 oli juhataja proviisor E. Visnap, praegu on juhataja V. Järv. V. Järv asus Lihula apteegis tööle juba 1963. aastal.*

Kallaste apteegi avas 1887. aastal proviisor A. Rossner (17, 25), daatum ei ole fikseeritud. 1901. aastal ostis selle A. Auster (26) ning 1921. aasta veebruaris läks apteek üle A. Pustale (2), kes palkas juhatajaks apteekriabi K. Vommi (sai peagi proviisoriks). «Riigi Teataja» andmeil avati 1922. aastal filiaal Alatskivil. 1929. aasta oktoobris siirdus K. Vomm tööle Järvakandi apteeki (16), sest eelmisel kuul oli Kallaste apteek koos filiaaliga müüdnud farmaatsiamagister R. Matsinile, kes otsustas seal ise tööle asuda (7). Praegu on juhataja proviisor M. Hilpus.

Nuia apteegi asutamise loa sai 31. märtsil 1887 apteekriabi A. Johanson (21), varsti apteek ka avati. 18. oktoobril oli aga apteegis tulekahju (24). Ka antud juhul puudub teave avamise kuupäeva kohta. Uus sisseseadmiseluba saadi 1888. aastal (17, 22) ning töö algas jälle 21. ap-

* Viitamata andmed lõikude lõpus pärinevad apteegijuhatajailt ja Apteekide Peavalitsuse kaadrioriakonnast, samuti ametlikest nimekirjadest kuni 1940. aastani.

rillil (vkj.) 1889 (18). Apteegi ostis 4. mail (vkj.) 1896 apteekriabi R. von Radloff², kes jäi juhatajaks surmani 5. veebruaril 1927. Uueks valdajaks sai lesk, juhatajaks aga poeg V. von Radloff, kelle hoole alla jäi ka vahepeal avatud rohukauplus.³ 22. jaanuaril 1932 müüdi apteek farmaatsiamagister C. Jacobyle.⁴ Mainitu jäi elama Tallinna, ta oli osakonnajuhataja J. Halbreichi keemia- tehases (20). Apteek oli tema käes neli aastat, selle ostis 13. novembril 1936 proviisor V. von Radloff.⁵ Kui Radloffide perekond 1939. aasta sügisel Saksa- maale sõitis, palgati juhatajaks proviisor T. Tubli. Järgmisel kevadel sai uueks omanikuks farmaatsiadoktor E. Labi (4, 5, 6), kes ka pärast apteegi natsionaliseerimist jätkas kuni 1948. aastani tööd juhatajana. Edasi juhatas apteeki lühikest aega ta naine, pärast seda 1968. aastani proviisor K. Leetmaa. Praegune juhataja on proviisor H. Lambing.

Väike-Maarjasse apteegi asutamiseks palusid 1885. aasta jaanuaris luba proviisorid R. Schmidt Tartust ja N. Dehio Rakverest, viimane tahtis sinna üle tuua oma Rakvere apteegi Lammasküla filiaali. Mõlema kavatsus luhtus.⁶ 1886. aasta veebruaris saatsid kohalikud valdavanemad ja talupojad kubernerile ühise avalduse, milles viitasid apteegi hädavajalikkusele. Teise kirja saatsid mõisnikud, kes eestlaste väiteid mõtte- tuks nimetasid: ei olevat ju eriti kaugel Rakvere apteegi filiaal Lammasmäel ja suure häda puhul võivat alati ka mõisa koduapteegist midagi leida. Esimene palve lükatigi tagasi.⁷ 1887. aastal laekus kubermanguvalitsuse arstiosakonnale jälle kaks asutamisavaldust: apteekriabidelt J. Tombergilt Koerust ja A. Wilbergilt Tallinnast. Kohe saadeti kubernerile paljude allkirjadega ettepanek anda apteegi asutamise luba A. Wilbergile. Nähtavasti ei meeldinud



Foto. Nüia apteegi sisevaade 1940. aastal. Vasakul farmaatsiadoktor E. Labi, paremal apteekriõpilane A. Saar.

nüüdki Toompea võimudele eestlaste soosik, sest asutamisõiguse sai J. Tomberg, senine Koeru apteegi juhataja. Ta avas Väike-Maarjas oma apteegi 6. detsembril (ukj. 18 detsembril) 1887.⁸

Nii avamis- kui ka järgnevate ülevaatusaktide järgi on apteek esialgu paiknenud Ärina mõisas.⁹ 1889. aasta oktoobris ostis selle proviisor R. Schmidt ning tema käest 1895. aasta juulis proviisor R. Gengelbach.¹¹ Arsti R. Gengelbach suri. Tema lesk abiellus palgalise apteegijuhataja proviisor A. Kurrikoffiga. 1. mail 1902 müüdi apteek proviisor B. Mathiesenile.¹² Kaks aastat hiljem avas ta apteegi juures väikese limonaadivabriku.¹³ Umbes samal ajal koliti üle alevikku.

1915. aastal B. Mathiesen suri.¹⁴ Esialgu töötasid apteegis palgalised juhatajad, kuid 7. juunil 1918 sõlmiti rendileping proviisor E. Grönbergiga. Ent temagi ei asunud Väike-Maarjasse elama.¹⁵ Apteegi ostis E. Grönberg 1922. aastal¹⁶, viie aasta pärast avas ta selle

⁸ ENSV RAKA, f. 31, n. 15, s. 40 (terve).

⁹ ENSV RAKA, f. 31, n. 30, s. 92, l. 1.

¹⁰ ENSV RAKA, f. 31, n. 17, s. 138 (terve).

¹¹ ENSV RAKA, f. 31, n. 23, s. 126 (terve).

¹² ENSV RAKA, f. 31, n. 30, s. 92 (terve).

¹³ ENSV RAKA, f. 31, n. 32, s. 88 (terve).

¹⁴ ENSV RAKA, f. 31, n. 43, s. 190-1, l. 51.

¹⁵ ENSV ORKA, f. 3138, n. 1, s. 3147, l. 144; s. 3151, l. 95.

¹⁶ ENSV ORKA, f. 3138, n. 1, s. 3173, l. 46.

¹⁷ ENSV ORKA, f. 3138, n. 1, s. 3198, l. 24, 25.

¹⁸ ENSV ORKA, f. 2633, n. 1, s. 456, l. 8, 54.

¹ ENSV RAKA, f. 29, n. 2, s. 959, l. 9.

² ENSV ORKA, f. 1097, n. 1, s. 3177, l. 4, 5.

³ ENSV ORKA, f. 1097, n. 1, s. 3306, l. 27.

⁴ ENSV ORKA, f. 1097, n. 1, s. 3345, l. 6.

⁵ ENSV ORKA, f. 1097, n. 1, s. 3397, l. 32.

⁶ ENSV RAKA, f. 31, n. 3, s. 17; n. 13, s. 8 (terved).

⁷ ENSV RAKA, f. 31, n. 14, s. 22 (terve).

kõrval rohupoe.¹⁷ E. Grönberg suri 7. juulil 1934 (1) ning juhataja ülesanded võttis endale ta lesk, apteegiassistent J. Grönberg. 1936. aastal asus tööle proviisor E. Masing.

Apteek hävis 29. juulil 1941. Uuesti avati alles pärast sõda Pikk tn. 22. 1948. aastal koliti samal tänaval asuvasse majja nr. 12, kolme aasta pärast Simuna mnt. 3 ja 1963. aastal praegusesse majja Oktoobri Võidu tn. 3. J. Grönberg juhatas apteeki 1952. aasta alguseni, 1952. aastast 1982. aastani oli selles ametis E. Puss ning pärast teda on tänaseni apteeki juhitanud proviisor V. Palmiste.

Leisi apteegi asutamiseks saavutas kohalik preester Samon nõusoleku 1907. aastal. 1912. aasta sügisel avas apteegi apteekriabi R. Saral (19). Ta oli apteegijuhataja surmani 21. aprillil 1930 (8). Pärijate palgatud juhatajatest sai tunnumaks farmaatsiamagister E. Kull, ent ka apteekriabi V. Voimann (9) oli rahva seas heas kirjas.

13. märtsil 1967 võttis proviisor H. Puisilt apteegi vastu proviisor H. Vaht, kes on seal ametis praeguseni.

Leevi apteegi asutamise luba anti Võru apteegi omanikule farmaatsiamagister F. Kestnerile 1910. aasta suvel (23). Seni puuduvad andmed täpse avamisaja kohta. Seda peab asendama esmateade trükis: 1912. a. algul (vkj. 1911. a. lõpul) otsiti ajalehekuulutuse kaudu rentnikku (15). Nähtavasti soovijaid ei leidunud, sest järgmised teated on palgaliste juhatajate kohta (27, 28). Alates 1919. aastast on omaniku ja juhatajana mainitud proviisor N. Petersoni, kes järgmisel suvel viis apteegi üle endisesse mõisa kõrtsi.¹⁸ Riigi tervishoiunõukogu andis 1934. aasta lõpul korralduse viia Leevi apteek üle Veriora raudteejaama juurde, vastavalt tuli muuta ka apteegi nime, kohale pidi jääma esialgu vaid filiaal (14). Apteegi Leevi filiaali juhatajaks võeti apteekriassistents O. Diirik. Praegu juhatab Leevi apteeki farmatseut E. Sukk.

Tekib küsimus, kas pole ka Veriora apteek 75-aastane — esineb ju korralduses väljend «üle viima». Siiski mitte,

sest Leevil muutus vaid apteegi järk, kogu sisustus jms. aga jäi paigale. Hoopis uus oli seevastu Veriora apteek. Selle avamise 50. aastapäeva tähistati 1985. aastal (12).

Vastse-Kuuste apteegi sisseseadmiseks sai 1935. aastal loa Tartu Linna apteegi abijuhataja proviisor A. Hermann (10). Apteek avati 31. oktoobril 1937 (3). Aastail 1959...1986 juhatas apteeki proviisor A. Laurits, nüüd proviisor A. Janson.

KIRJANDUS: 1. *Alaots, M.* Prov. Eduard Grönberg. *Pharmacia*, 1934, 7, 177—179. — 2. Apteekide nimekiri. *Pharmacia*, 1921, 1, 55. — 3. -*app.* Vastse-Kuustes uus /.../ apteek /.../. Eesti Rohuteadlane, 1937, 11, 359—360. — 4. Farmatseutilise personali liikumine. Eesti Rohuteadlane, 1939, 10, 294—296. — 5. Farmatseutilise personali liikumine. Eesti Rohuteadlane, 1939, 11, 323—324. — 6. Farmatseutilise personali liikumine. Eesti Rohuteadlane, 1940, 1, 44. — 7. Farmatseutilise personali liikumine. *Pharmacia*, 1929, 9/10, 254—255. — 8. Farmatseutilise personali liikumine. *Pharmacia*, 1930, 5, 146—147. — 9. Farmatseutilise personali liikumine. *Pharmacia*, 1930, 9, 264—265. — 10. Farmatseutilise personali liikumine. *Pharmacia*, 1935, 5, 115—116. — 11. Farmatseutilise personali liikumine. *Pharmacia*, 1940, 4, 109. — 12. *Gustavson, H.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1985, 3, 202—210. — 13. *Gustavson, H.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1981, 3, 211—212. — 14. Märkmeid /.../ tervishoiunõukogu koosolekust. *Pharmacia*, 1935, 1, 16—18. — 15. Postimees, 1911, 23. dets. — 16. Proviisor Karl Vomm †. *Pharmacia*, 1930, 9, 257—258. — 17. Richters Baltische Verkehrs- und Adreßbücher, Bd. I. Livland. Riga, 1900, 66. — 18. *Rähesoo, K.* Karksi apteek. *Pharmacia*, 1930, 5, 132—133. — 19. *Seppel, A.* Leisi. Tallinn, 1965, käsikiri ENSV TA TR-s, 46. — 20. *W/allner/, A.* Mag pharm. Felix Jacoby 70-aastane. *Pharmacia*, 1933, 6, 121—122.

21. Лифляндские Губернские Ведомости, 1887, 17. апр. — 22. Лифляндские Губернские Ведомости, 1888, 3. окт. — 23. Лифляндские Губернские Ведомости, 4. июня. — 24. Российский Медицинский Список на 1888. СПб, 1888, 724. — 25. Российский Медицинский Список на 1888. СПб, 1888, 727. — 26. Российский Медицинский Список на 1901. СПб, 1901, 50. — 27. Российский Медицинский Список на 1912. СПб, 1913, 63. — 28. Российский Медицинский Список на 1913. СПб, 1913, 67.

*Eesti NSV Riikliku Agrotööstuskomitee
Piima- ja Lihatööstuse KTB*

Konverentsid ja nõupidamised

Transkraniaalse elektroanalgeesia alane konverents toimus 17...19. märtsini 1987 Leningradis. Selle korraldasid NSV Liidu Teaduste Akadeemia I. Pavlovi nim. Füsioloogia Teadusliku Uurimise Instituut, Eksperimentaalse Meditsiini Teadusliku Uurimise Instituut ja Üleliiduline Pulmonoloogia Teadusliku Uurimise Instituut. Arutlusel oli transkraniaalse elektroanalgeesia meetod, tehti kokkuvõtteid selle kasutamise tulemustest.

Meetodi on välja töötanud prof. V. Lebedev ja tema kaastöötajad I. Pavlovi nim. Füsioloogia Teadusliku Uurimise Instituudis 1984. aastal. Transkraniaalset elektroanalgeesiat on rakendatud paljudes Leningradi kliinikutes, aga ka teistes NSV Liidu kesketes kliinikutes. Kasutatakse järgmist meetodikat: ümberehitatud aparaadiga «Elektronarkon 1» lastakse läbi ajukolju elektrivool (sagedus 77 Hz, impulsi kestus 3,5 msek., alalisvoolu ja vahelduvvoolu vahekorrd 2:1, summaarne voolutugevus 9...24 mA). Elektroanalgeesia süvendamiseks antakse naerugaasi ja hapniku segu vahekorras 1:1...2:1 või kalipsooli 0,8...1,0 mg/kg ühe tunni jooksul. Seda tehakse ühekordselt. Edasine anesteesia juhtimine toimub tuntud skeemide järgi.

Tüsistustena on täheldatud harva põletust elektroodide paiknemiskohtadel, veelgi harvem haige depressiooni pärast operatsiooni. Meetodi eeliseks on vähene toksilisus. Seega on transkraniaalset elektroanalgeesiat võimalik kasutada neil juhtudel, kui haiguse kulgu on tüsistunud ja tavaline narkoos on suhteliselt vastunäidustatud.

Meie vabariigist võttis konverentsist osa neli inimest. Tallinna Öismäe Polikliiniku peaarsti asetäitja ravi alal A. Krasjukov esitas ettekande, milles käsitles transkraniaalse elektroanalgeesia kasutamist kombineeritult hilisema nõelraviga. Ta on saanud seda meetodit kasutades hea ravitulemuse 53 lülisamba-osteokondroosi põdejal. Tunduvalt on vähenenud töövõimetuspäevade arv.

Seni on prof. V. Lebedevi välja töötatud transkraniaalse elektroanalgeesia meetodi laialdasemat kasutamist piiranud ajakohase aparatuuri puudumine.

Artur Talihärm

19...21. märtsini 1987 toimus Saraatovis üleliiduline õppemetoodikakonverents, millest võttis osa meditsiinkõrgkoolide sotsiaalhügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kateedrite juhatajaid ja õppejõude. Arutlusel olid nende kateedrite ülesanded. Kõige enam tekitasid poleemikat sotsiaalhügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni uus õppeprogramm, elanikkonna ülddispanseerimine, suvine menetluspraktika.

PõhiettekanDED nõukogude tervishoiu ja arstiteaduse ülesannetest ning sotsiaalhügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni õpetamise parandamisest esitasid akadeemik J. Lissitsõn ja NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi meditsiinkõrghariduse metoodikakabineti juhataja V. Prokušev.

J. Lissitsõn rääkis peamiselt profülaktilise meditsiini ja tervishoiu planeerimisest. Ta väitis, et tervisliku eluviisi kohta ei ole meil ilmunud ühtki tõsiselt võetavat publikatsiooni. J. Lissitsõn oli seisukohal, et ainult võitlus kahjulike harjumustega ei ole veel kaugeltki tervislik eluviis, tervisliku eluviisi all tuleb mõista eelkõige tervise tugevdamist. Ta rõhutas vajadust selgitada üliõpilastele ja tegevartstidele tervist kahjustavaid riskitegureid, sest 50...52% kõikidest kroonilistest haigustest on põhjustatud halvadest elutingimustest ja valesst eluviisist, 21...25% haigustest on pärilikud, 15...19% on põhjustatud ebasoodsast elukeskkonnast, 5...10%-l juhtudest on põhjuseks puudused tervishoiukorralduses. Tervishoiu arendamise ja planeerimise taktikat on vaja muuta, on vaja otsida uusi tervishoiu intensiivarendamise võimalusi ja meetodeid.

J. Prokušev rääkis vigadest tulevaste arstide õpetamisel. Ta leidis, et arstide ettevalmistus ei vasta nüüdisaja nõuetele. Eksami hindend ei vasta tegelikele teadmistele. Uurimise andmetel oli õppejõudude pandud keskmine hinne sotsiaalhügieenis ja tervishoiuorganisatsioonis 4,6, tervishoiuministeeriumi eksperdid hindasid teadmised 3,2-le ja tervishoiuspetsialistide lõplik hinnang üliõpilaste tegelike teadmiste kohta oli vaid 2,2 palli.

Tšeboksarõs korraldatud ankeetküsitluse andmetel ei kasuta 80% arstidest hügieeni kateedrites saadud teadmisi üldse. Olukorra parandamiseks tuleb intensiivistada õppetööd, suurendada iseseisva töö osatähtsust ja täiustada teadmiste kontrolli. NSV Liidu Tervishoiuministeerium on seisukohal, et väheste teadmistega lõpetajatele tuleb anda velskridiplom. Arstidiplom on edaspidi kavas välja anda alles pärast internatuuri.

Konverentsil kuulati 34 sõnavõttu.

Kiiresti on vaja läbi vaadata ja parandada sotsiaalhügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni õppeplaanid ja -programm. Neid aineid tuleb pediaatriaosakonnas hakata uuesti õpetama kaheksandal ja üheksandal semestril.

Sotsiaalhügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni õpetamisest peavad osa võtma ka teiste erialade kateedrid.

Ilmar Vahula

2...4. novembrini 1986 toimusid Singapuris **Rahvusvahelise Tuberkuloositõrje Liidu juhtorganite nõupidamised**. Nendele järgnes 4...7. novembrini **ülemaailmne tuberkuloosi- ja kopsuhaigustealane konverents**, millest võttis osa umbes 1500 delegaati. Nõukogude Liitu esindas allkirjutanu. Konverentsi presidendiks oli prof. N. C. Sen Gupta Singapurist.

Juhtorganite tegevusprogramm oli väga lai ja pingeline: aruanded, valimised, finantsküsimumuste lahendamine, suunitlused. Tähtis oli selle 1920. aastal asutatud rahvusvahelise organisatsiooni nime muutmine. Arengumaades jääb tuberkuloosiprobleem prognooside kohaselt aktuaalseks veel vähemalt 100 aastaks. Arenenud riikides aga on tuberkuloosihagustumus märgatavalt vähenenud. Rohkem tähelepanu on hakatud pöörama nii ägedatele kui ka kroonilistele mittespetsiifilistele kopsuhaigustele. Need on juba aastaid olnud Rahvusvahelises Tuberkuloositõrje Liidus arutlusel. See vajas kajastamist ka organisatsiooni nimes. Üldnõukogu istungil otsustati peaaegu ühehäälselt, vastu oli ainult India, hakata kasutama nime-tust Rahvusvaheline Tuberkuloosi- ja Kopsuhaigustetõrje Liit (*International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases*).

Konverentsil ja teaduslike komiteede istungitel käsitleti põhiliselt tuberkuloosi ja mittespetsiifilisi kopsuhaigusi.

Arutlusel oli tuberkuloosihagete ravi — kemo-teraapia üldküsimumused, lühiajaline kemoterapia ja laste tuberkuloosi ravi. Kasutatakse põhiliselt kuut antibakteriaalset preparaati: isoniasiid, rifampitsiini, streptomütsiini, pürasinaamiidi, etambutooli ja tioatsetasooni. Ravi toimub kahes etapis. Intensiivse ravi perioodil, 2...4 kuu vältel, kasutatakse 3...4 kõige tugevamat preparaati. Prof. J. Pilheau Argentiinast vaatas läbi 25 maa ankeetküsitluse vastused, enam tarvitavateks ravimiteks on isoniasiid, rifampitsiin, pürasinaamiid, streptomütsiin ja etambutool. Ravi teises etapis, nn. jätkuva ravi perioodil, on 9...12 kuud kasutusel tavaliselt kaks preparaati, harilikult on need isoniasiid ja pürasinaamiid. Tuberkuloosi konventsionaalne ravi vajab ümberhindamist, ravi kestust on vaja lühendada.

Lühiajalist, 6...8 kuud kestvat kemoterapiat on paljudes riikides rakendatud juba aastaid. Ravi algusest kuni lõpuni kasutatakse isoniasiid, rifampitsiini ja pürasinaamiidi kombinatsiooni. Retsidiivide arv ei ületa retsidiivide arvu tavalise ravi korral. Pürasinaamiid toimib eriti intratsellulaarsetesse mükobakterites. Ka Nõukogude Liidus on tendents antibakteriaalse ravi aja lühendamisele. Rakendatakse nn. individuaal-kemoterapiat. Lühiajalist kemoterapiat on kasutatud ka laste tuberkuloosi ravis, sellest rääkis prof. P. Chaulet.

Huvi pakkusid ka uued antibakteriaalsed ravimid. Sveitsi firma *Ciba-Geigy*, Prantsusmaa *Lepetit* ja Itaalia *Farmitalia* on välja töötanud pikaajalise toimega rifampitsiinipreparaadid nii peroraalseks kui ka intravenoosseks kasutamiseks. Neid võib manustada 2...3 korda nädalas.

Huvi on tõusnud mitmesuguste kinoliinirea derivaatide, nagu pefloksasiini, ofloksasiini,

amifloksasiini vastu, millel on tugev tuberkuloosibaktereid pärssiv toime, eriti *in vitro*. Sellest andsid ülevaate R. Urbanczik Saksamaa LV-st ja C. Truffot-Pernot Prantsusmaalt. Mõned neist ravimeist on juba kasutusel, näiteks ofloksasiin. D. J. Girling Inglismaalt ja J. Chretien Prantsusmaalt rõhutasid ka mitme liitpreparaadi, eriti rifampitsiini ja pürasinaamiidi liitpreparaadi *Rifater* tõhusust.

Suurt huvi äratas L. Lunquisti ja kaasautorite (Taani) tuberkuloosiimmunoloogia alane ettekanne. Nende töö oli kõlme antigeeni eristamise kohta tuberkuloositekajast monokloonsete antikehade abil. V. H. Hoepfner ja kaasautorid (Inglismaa) rääkisid selle meetodi kasutamisest tuberkuloosi seroloogilisel diagnoosimisel. Prof. T. Danieli (USA) ettekanne **käsitles** tuberkuloosi spetsiifilist immunodiagnostikat.

Prof. T. Shimao Jaapanist tegi kokkuvõtte tuberkuloosi ja pulmonoloogia õpetamisest eri maade 60 kõrgemas õppeasutuses. Töö põhines noorte arstide ankeetküsitlusel, ankeetid saadeti 30 maa 80 õppeasutusse, vastused saadi 60 õppeasutuselt. Tuberkuloosi ja kopsuhaiguste koosõpetamist peetakse optimaalseks ja nüüdisaja nõuetele vastavaks. Neid distsipliini õpetatakse eraldi ainult Nõukogude Liidus ja Itaalias, kopsuhaigusi õpetatakse neis maades koos sisehaigustega.

Bronhiaalastma osas pöörati suuremat tähelepanu epidemioloogiale, ööastmale ja selle ravile. L. Laitinen, K. Venho ja H. Poppus Soomest olid raviks kasutanud kromolüünnaatriumi aerosooli, meil kasutusel (kapslitena) intaali nimetuse all. J. Boe kaasautoritega Rootsist oli uurinud ksantiinipreparaadi enprofüllüüni kasutamist ägeda astma ravis.

Ägedatesse respiratoorsetesse haigustesse haigestumine on kogu maailmas suurenenud nii laste kui ka noorukite hulgas. See on sageli surma põhjuseks, eriti lastel. J. Teo andmetel on Singapuris hospitaliseeritud alla 12 aasta vanustest lastest 27 % hospitaliseeritud ägedatesse respiratoorsetesse haigustesse haigestumise tõttu. B. Farri andmetel on haigestumine ägedas pneumooniasse USA-s 5...15 1000 inimese kohta. Suremus on suurim omandatud immuunpuudulikkuse korral. Pneumokokivaktsiini kasutamine on viimastel aastatel varasemate aastatega võrreldes osutunud tõhusamaks.

Rahvusvahelise Tuberkuloositõrje Liidu allasutusena töötab ka tubaka ja tervise teaduskomitee, mille esimees on prof. J. Crofton Inglismaalt. Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni (ÜTO) uusimail andmeil sureb maailmas aastas üle 2,5 miljoni inimese sigaretsiitsetamise tagajärjel. Suitsetamisvastase võitluse tulemusena on suitsetajate arv hakanud arenenud maades vähenema. Prof. J. Crofton märkis, et tubakatöösturid suunavad suure osa oma tooteid nüüd arengumaadesse. Viimastes on suitsetajate arv suurenenud.

XXVII ülemaailmne tuberkuloosi- ja kopsuhaigustealane konverents toimub 1990. aastal Bostonis.

Heinart Sillastu

Arstide seltsides

UDK 614.258.1 «1974/1987»

Eesti Farmatseutide Seltsi tegevusest

Piia Zobel · Tallinn

Eesti Farmatseutide Seltsi tegevust kuni 1974. aasta alguseni on käsitletud «Nõukogude Eesti Tervishoiu» 1974. aasta kolmandas numbris.

Algul, ajavahemikul 1950...1954, oli seltsi juhatuse esimeheks V. Ahlberg. Aastail 1954...1957 juhtis seltsi tööd E. Vagane, 1957...1963 I. Podolski, 1963...1967 S. Pedak, 1967...1986 J. Tammeorg. Praegu on seltsi esimeheks E. Arak. Liikmete arv on pidevalt suurenenud. Kui 1974. aasta alguseks oli 443, siis 1986. aastaks juba 657 liiget. Teaduskraad on 20 liikmel, nendest kolm on teadusdoktorid.

Seltsi auliikmed on olnud farmaatsiadoktor N. Veiderpass, Eesti esimene naisproviisor O. Kann-Tusti, M. Soolo, J. Koitmets, V. Päsmel, E. Karu ja B. Mirov. Praegu on auliikmeteks valitud Eesti NSV Teaduste Akadeemia korrespondentliige bioloogiadoktor H. Simm, bioloogiadoktor E. Vagane, J. Järvekülg, E. Kuik, H. Kangro, farmaatsiakandidaat B. Luik, I. Podolski, S. Purkin, M. Reinhold, A. Võmma ja ajalookandidaat H. Gustavson.

Vabariiklikku seltsi kuuluvad Tartu, Tallinna, Kohtla-Järve, Rakvere, Viljandi ja Pärnu selts. Tartu Farmatseutide Seltsi juhatas alates 1953. aastast prof. A. Siim, 1969. aastast on seda juhatanud B. Luik. Esimestel tegutsemisaastatel (1954...1957) oli Tallinna Farmatseutide Seltsi esimeheks V. Päsmel, 1969. aastast alates D. Luik, 1983.

aastast H. Eerik. 1974. aastal asutati Kohtla-Järve Farmatseutide Selts, mille esimeheks valiti S. Tomingas. 1978. aastast on seltsi tegevust juhtinud A. Tolga. 1975. aastal asutati veel kolm seltsi: Rakveres (esimees L. Kaasikmäe), Viljandis (H. Sikut) ja Pärnus (E. Paugus).

Seni on koos Apteekide Peavalitsusega korraldatud 31 vabariiklikku teaduslik-praktilist ja seminarkonverentsi ning kaks kongressi (esimene kongress toimus 1973. aastal ja teine 1981. aastal). Kongressidel oli vaatluse all nii apteekide süsteemis kui ka teaduse alal saavutatud. Trükist on ilmunud teesid, on koostatud ja laiali saadetud kongressil vastuvõetud otsuste täitmise plaan, mis on seltsi tegevusjuhendiks praegugi. Kui 1973. aastani toimusid kongresside asemel teaduslik-praktilised konverentsid, siis pärast seda on igal aastal olnud üks kindla teemaga seminarkonverents, millele on lisandunud muud üritused. Arutlusteemadeks on olnud ravimabi täiustamine ning apteekide töökultuur, ravimite kvaliteet, farmatseutide kaadri ettevalmistamine ja nende teadmiste täiendamine, raviinformatsioon ning ravimtaimede teaduslik uurimine ja kogumine. Tartu apteegitöötajate teaduslik-praktilisi konverentse peeti 1975., 1980. ja 1983. aastal.

Populaarsed on igal aastal toimuvad seltsi väljasõiduistungid, mis said alguse 1964. aastal. Pärast 1973. aastat on neid korraldatud Mõdrikul, Helmes, Pärlseljal, Vana-Võidus, Väimelas, Dorakul, Kallaveres, Kuremaal, Jänedal, Kurtnal, Jõgevestel, Tihemetsas ja kaks korda Vana-Võidus (1977. ja 1986. aastal). Neil on kuulatud 86 ettekannet ja peetud 9 diskussiooni. Vaieldud on farmatseudi deontoloogia, farmatseudi isiksuse, juhi autoriteedi ja käitumisnormide, ideaalse apteegijuhataja, seltsi liikme kohustuste ja õiguste, enesetäiendamise, samuti reklaami ja informatsiooni ning noorteprobleemide üle. Traditsioonikohaselt on külastatud ka teadusasutusi, on käidud kultuuriloolselt huvipakkuvates paikades ja rännatud looduskaitsealade õpperadadel.

Foto. Eesti Farmatseutide Seltsi juhatuse liikmeid V pleenumi presiidiumis. Paremalt esireas: E. Arak, V. Nisu, prof. J. Tammeorg (juhatuse esimees), P. Zobel (sekretär), L. Tungla, E. Paugus; tagareas: H. Sikut, A. Tolga, D. Luik. R. Sepa foto.



Erialaseid loenguõhtuid on seltsi liikmetele ajavahemikul 1974...1985 korraldatud 109 korral. Koos arstidega on neid peetud harva, vaid 2...3 loengut aastas. Järgimist vääricks 1983. aastal Narvas M. Taraski initsiatiivil korraldatud apteegitöötajate ja arstide ühine konverents, kus osalesid ka lektorid TRÜ-st ja Apteekide Peavalitsusest. Põhiteemaks oli prostaglandiinide uurimine ning kasutamine.

Viimastel aastatel on farmaatsias üle mindud instituutide ja asutuste laboratooriumide vahelisele komplekssele uurimistööle. Tartu Riiklik Ülikool koos teiste asutustega on edukalt töötanud uute ravimite loomisel. Farmaatsia kateedri ülesandeks on üleliidulisse plaani kuuluva teemara prostaglandiinide stabiilsete ravimivormide saamine. Teiseks põhiteemaks on kohalike ravimtaimede ja nende toimeainete uurimine ning ressursside stabiliseerimine. Üks juhatuse püüdlusi on olnud kaasata seltsi liikmeid teadustöösse. Tulemusriikas on olnud apteegi- ja teadustöötajate koostöö sobimatute ravimikombinatsioonide uurimisel meie vabariigi apteekide retseptuuris, mille kohta on avaldatud mitmeid trükiseid. Apteegitöötajatest on selles töös osalenud A. Roost, I. Belov ja A. Jaek ning Tartu Riikliku Ülikooli õppejõududest L. Kirsch, I. Kruse ja T. Hinrikus.

Ratsionaliseerimisettepanekuid on aastas tehtud kolm kuni kuus. Ratsionaliseerijatena on silma paistnud M. Tarask ja T. Heiberg.

Seltsi liikmed on agaralt tegelnud apteegiajaloo uurimisega. J. Koitmetša poolt alustatud ajaloolise väärtusega esemete kogumine pani aluse Eesti NSV Apteegimuuseumile. 1973. aastani juhatas muuseumi fondikogu korraldamist J. Koitmetša koos M. Soologa, aastail 1973...1977 H. Paris. Praegu on muuseumi ühiskondlikuks juhatajaks L. Savi. Muuseumi tegeliku töö teevad apteegimuuseumi teadusnõukogu koosseisus ära L. Savi, H. Kangro, E. Randmets, L. Soorand, S. Tomingas, I. Podolski, R. Tsengov ja H. Gustavson. Viimasel on suuri teeneid muuseumiesemete kogumisel. Apteegimuuseumi põhifondis oli 1985. aasta novembriks juba 2264 säilikut, mis on registreeritud tulme- raamatutesse ja märgistatud.

On alustatud farmaatsia suurkujude mälestuse jäädvustamist. Akadeemik A. Tomingase 80. sünniaastapäeva tähistamiseks paigaldati 1980. aasta 15. septembril Rakvere linnas tema sünnikohas mälestuskivi. Arstiteaduskonnale päeval 1983. aasta 13. oktoobril toimus Raadi kalmistul prof. N. Veiderpassi hauasamba avamine.

Kõige arvukamalt seltsi liikmeid tegeleb apteegitöötajate teadmiste täiendamise ja sanitaarharidustööga. Meie vabariigi 58 farmatseutide õpperingsis peetakse aastas 350...400 loengkoosolekut. Suurt elevust ja õpihimu tekitasid 1978. aastal apteegiasistentide, 1979. aastal analüütikute ja 1983. aastal tehnoloogproviisorite kutsevõistlused.

Elanikele ravimite kohta peetavate ettekannete arv aastas on 90-lt enne esimest kongressi suurenenud viimase viie aasta jooksul 275-ni. Nii Eesti Raadios kui Eesti Televisioonis on esinetud 9 kuni 10 korda aastas. Küllalt elav on olnud kirjastustegevus.

Ravimitealast informatsiooni meedikutele koordineerivad keskapteegilao juures töötavad seltsi liikmed, kes annavad välja infolehti ja -kirju. «Nõukogude Eesti Tervishoiu» rubriigi «Uusi ravimeid» on koostanud A. Jürison.

Osa on võetud paljudest konverentsidest ja kongressidest väljaspool meie vabariiki, seal kuuldust on räägitud ettekandekoosolekuil. Sidemeid on loodud ka Soome farmatseutidega, kes Helsingi Ülikooli professori J. Halmekoski juhtimisel on korduvalt külastanud Tallinna ja Tartut.

Praegune Eesti Farmatseutide Seltsi 45-liikmeline juhatus ja kolmeliikmeline revisjonikomisjon valiti teisel kongressil. Iga-aastastel juhatusel laiendatud pleenumitel on arutatud organisatsioonilisi küsimusi, apteegiasutuste juhtimise automatiseerimist, ravimabi kvaliteedi juhtimise kompleksüsteemi rakendamist, farmaatsiaajaloo jäädvustamist. Pleenumite vaheaegadel juhib seltsi 15-liikmeline juhatusel presiidium, kuhu kuuluvad ka kõik kohalike seltside esimehed.

Seltsi tööga on üldiselt rahule jäädud. Edaspidi tuleb töösse kaasata rohkem noori, korraldada üritusi koos arstide seltsidega ja tutvuda põhjalikumalt teistes liiduvabariikides saavutatuga.

*Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi
Apteekide Peavalitsus*

Kriitika ja biblio- graafia

UDK 616(091)(049.3)

Tartu Ülikool Läti teadusloos

P. Stradinši nimelise Riia Meditsiini-ajaloo Muuseumi vanemteadurilt Arnis Viksnalt ilmus huvipakkuv läti keelne raamat seoses Tartu Ülikooli* 350. aastapäevaga. Autor rõhutab, et Tartu Ülikool oli XX sajandi alguseni kolme Balti kubermangu tähtis teadus-, kõrgharidus- ja intellektuaalse elu keskus. Enamik esimesi läti intelligente oli seotud Tartuga. Esimesteks marksismi propageerijateks Lätis olid Tartu Ülikooli läti üliõpilased. Raamatus käsitletakse Tartu Ülikooli üldajalugu, tema osa maailmateaduse arengus, eriti aga tema tähtsust ja osa Läti kultuuri- ja teadusloos.

Lätiga olid seotud juba *Academia Gustaviana* mõned professorid ja üliõpilased. Mitmekülgne rootsi teadlane Urban Hjärne töötas Riias linnafüüsikusena, Janis Reiters aga oli esimene läti kõrgharidusega teoloog ja literaat, ta tegeles ka meditsiiniga.

A. Viksna, käsitledes Tartu Ülikooli taasavamist XIX sajandi alguses, toob andmeid ka selle asutamise katse kohta Jelgavas *Academia Petrina* baasil.

* A. Viksna. Tērbatas Universitāte. Rīga, «Zinātne», 1986, 192 p.

Autor on XIX sajandi ja XX sajandi alguse Tartu Ülikooli teadlastest uurinud eriti Lätiga seotud teadlaste tegevust. Nii oli esimene läti loodusteadlane D. H. Grindel Tartu Ülikooli keemia- ja farmaatsiaprofessor aastail 1804. . . 1814 ja rektor ajavahemikul 1810. . . 1812. Lätlastest professorid olid ka zooloog G. Flohr, mineraloog K. Grevink ja farmakoloog O. Schmiedeberg. Lätist olid pärit baltisakslased füsioloog F. Bidder, keemik K. Schmidt ja kirurg E. Bergmann. W. Ostwald oli sündinud Riias, õppinud ja töötanud Tartu Ülikoolis ning ainukesena sellest ülikoolist saanud Nobeli preemia laureaadiks.

Esimeseks läti üliõpilaseks oli 1803. aastal filosoofiateaduskonna üliõpilane K. Viljams, üliõpilaste esindajana võttis ta 1805. aastal koos rektor G. F. Parrotiga osa Tartu Ülikooli peahoone nurgakivi panekust. Arstiteaduskonnas olid esimesteks läti rahvusest üliõpilasteks F. Hassars (1808. . . 1812) ja K. Krauklinš (1814). Aastail 1802. . . 1850 õppis Tartu Ülikoolis 33 läti üliõpilast, nende seas ka J. Bārs, arst ja esimene läti rahvusest keeleteadlane. Pikemalt on peatunud noorlätlastel K. Valdemārsil, J. Alunānsil, K. Baronsil, esimene neist tsiteeris juba 1857. aastal oma auhinna töös F. Engelsi teost «Töölisklassi olukord Inglismaal». Raamatus olevast tabelist (lk. 94. . . 95) on näha, et 1802. aastast 1918. aastani astus Tartu Ülikooli kokku 1334 lätlast, neist meditsiini erialale 478, farmaatsia erialale 215.

Peatükis «Tartu ja Läti teadus» (lk. 97. . . 117) on autor kõrvuti Läti teadusajaloo sündmustega toonud palju andmeid Tartu Ülikooli osa kohta teaduse arendamisel Lätis. Peale eespool mainitud esimese nelja saksastunud lätlastest Tartu Ülikooli professori (D. H. Grindel, K. Grevink, G. Flohr, O. Schmiedeberg) olid Lätist ka läti keele lektor J. Lautenbach, filosoof J. Oze, filoloog E. Felsberg, matemaatik P. Kadikis. Meedikute õppejõududest olid Lätist pärit prosektori abi P. Laininš, E. Bergmanni assistent J. Kalninš (esimene õpetatud

läti kirurg), oftalmoloogia kateedri assistent J. Ozolinš, suguhaiguste kursuse dotsent P. Snikers, naistekliiniku assistent P. Kalninš. Tabelist lehekülgedel 102 ja 103 ilmneb, et aastail 1802. . . . 1918 kaitsesid lätlased Tartu Ülikoolis doktori- ja magistriväitekirju 62 korral, neist arstid 44 ja farmatseudid 12 korral. Väljaspool Lätit professoritena töötanud lätlastest märgib autor meedikutena veel kirurg R. Wanachi (Tartu), günekoloog G. Tomsonit (Odessa), terapeut A. Gerket (Voronež, Moskva), hügieenik E. Šurpet (Moskva, Taškent), mikrobioloog A. Ozolit (Voronež, Kaasan), farmatseute K. Kreslingit ja J. Hertelist (Peterburi-Leningrad). Peale meedikute töötas mujal ka teiste erialade esindajaid. Tartu Ülikooli kasvandikud olid ka 15 Riia Polütehnilise Instituudi professorit.

Tartu Ülikoolil oli eriti suur osa Läti ülikooli asutamisel 1919. aastal. 54 Läti ülikooli professorit olid õppinud Tartus, neist oli lätlasti 40. Need olid farmatseudid E. Zarinš, J. Kupcis, E. Svirlovskis ja J. Maizite, kirurgid J. Alksnis ja J. Dzirne, terapeutid M. Zile ja J. Mikelsons, oftalmoloogid J. Ruberts ja E. Jansons, psühhiaater H. Buduls, neuropatoloog E. Kalninš, günekoloog E. Putninš, patoloog R. Adelheim, lastekirurg A. Biezins jt. Arstiteaduskonnas töötas 21 Tartus õppinud õppejõudu. 1921. aastal oli läti arstidest Tartu Ülikooli lõpetanud 65,8%, 1939. aastal 17,9%, 1946. aastal aga juba kõigest 4,6%.

Aastail 1940. . . 1941 oli Riias kohtumeditsiini professoriks E. Jakovleva, kes oli lõpetanud Tartus M. Rostovtsevi eraülikooli. Mitmed esimesed läti naisarstid olid lõpetanud selle õppeasutuse, ent raamatus puuduvad nende kohta arvulised ja ka muud andmed. A. Viksna on toonud küll lühiaandmeid Riia ja Tartu vahelise teadusliku koostöö kohta, aga on hoopis käsitlemata jätnud kodanliku perioodi. Raamatust saame teada, et mitmed Tartu kõrgkoolide kasvandikud olid Läti NSV Teaduste Akadeemia tegevliikmed (astronoom

F. Blumbahs, filoloog J. Endzelīns, mikrobioloog A. Kirhenštein) ja korrespondentliikmed (terapeut J. Mikelsons). Paljud neist olid Läti NSV teenedlised teadlased ja teenelised arstid.

Raamatu üks peatükke käsitleb veterinaariainstituudi tegevust, veterinaariakoolina oli see algselt tihedalt seotud Tartu Ülikooliga. Aastail 1919... 1951 oli Tartu Ülikoolis loomaarstiteaduskond. Kuni 1918. aastani õppis veterinaariainstituudis umbes 200 lätlast, neist 13 said medali, 11 magistrikraadi. Instituudis töötasid professoritena lätlased E. Zimmers, A. Zimmers, L. Kundzinš, E. Paukuls, lätlastest kasvandikud K. Helmanis ja O. Kalninš tegid tähtsaid avastusi. Läti ülikooli loomaarstiteaduskonna asutamisel 1919. aastal võtsid Tartu Veterinaariainstituudi kasvandikud aktiivselt osa. Selles olid professoriteks L. Kundzinš, E. Paukuls, K. Kangro, R. Grapsmanis, dotsentideks K. Kalninš, V. Brencens, A. Petersons, prosektoorks A. Malmanis. Läti veterinaaride plejaadis kuulub eriti silmapaistev koht A. Kirhenšteinile, Tartu Veterinaariainstituudi kasvandikule. Temast sai silmapaistev nõukogude mikrobioloog, akadeemia vasta-instituudi rajaja, Läti NSV Teaduste Akadeemia esimene akadeemik ja asepresident. A. Kirhenštein oli ka nimekas riigitegelane, aastail 1940... 1952 oli ta Läti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi esimees, sotsialistliku töö kangelane.

Huvipakkuvad on ka andmed Läti Üliõpilaste Teaduslik-Kirjandusliku Seltsi kohta Tartus ehk nn. Pipkalonia kohta. Selts tegutses aastail 1888... 1899, enamik selle liikmeid olid meedikud, 38-st 24. Selles levitati esmakordselt ajakirja «Puhrs», milles propageeriti materialismi ja darvinismi ideid. Seltsi liige arst A. Kumbergs oli tsaari isevalitsuse esimene ohver Läti revolutsiooniliikumises. Seltsi kuulusid ka poet E. Veidenbaums, hilisem Riia professor A. Dauge (nõukogude stomatologia rajaja, V. I. Lenini hambaarsti, bolševik P. Dauge vend), meditsiiniüliõpilane F. Rozinš, hiljem üks

Läti KP asutajaid. Mõnuga on loetavad pildikesed XIX sajandi üliõpilaselust ja olmest, korporatsioonidest «Lettonia» ja «Lettgallia», pidustustest, duellidest, kartserist.

Raamatu viimases peatükis räägitakse sõjajärgsest TRÜ-st, selle arstiteaduskonnast, silmapaistvatest teadlastest ja saavutustest, samuti kontaktidest Lätiga. Tartu Ülikooli juubeli ajal avatud mälestussammaste kirjeldamisel teeb autor ühe ebatäpsuse: Toomemäe jalamil on ausammas mitte ainult revolutsioonilistele üliõpilastele (lk. 175), vaid ka Tartu Ülikooli õppejõududele ja üliõpilastele, kes võitlesid tsarismi ja kodanluse vastu.

Kirjanduse loetelu ei ole kaugeltki ammendav, on esitatud vaid selle lühinimestik. Autor on kasutanud ka kuue arhiivi materjale. Raamat on illustreeritud umbes 80 fotoga.

Viktor Kalnin
Maie Lõvi-Kalnin

NSV Liidu Statistika Keskvalitsuse andmeil on NSV Liidus 10 000 inimese kohta 43 arsti ja 130 haiglakohta. 1986. aastal ehitati haiglaid kokku 75 000 voodikohaga, ambulatooriume ja polikliinikuid kokku 179 000 külastuseks vahetuses. Täitmata jäi haiglate käikuandmise plaan. Ouliselt jääb maha maaelanike arstiabi.

Eesti NSV Statistika Keskvalitsuse andmeil on Eesti NSV-s 10 000 inimese kohta 47 arsti ja 124 haiglakohta. 1986. aastal ehitati ambulatoorium koos apteegiga Narva-Jõesuus 250 külastuseks vahetuses, Kingissepa rajooni Lümända sovhoosi ambulatoorium 100 külastuseks vahetuses, haigla ja ambulatoorium Kihnu saarele.

Eesti NSV Ministrite Nõukogu Presiidiumis kiideti heaks Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi ettepanek koostada elanikkonna haigestumise vähendamise sihtkompleksprogramm, mille alusel töötatakse välja plaaniprojektid ja suunised haigestumise vähendamiseks. 15. veebruaril 1986. aastal toimunud üleliidulisest kommunistlikust laupäevakust saadud summa otsustati anda Tallinna lastenakkushaigla, Märjamaa ambulatooriumi ja Narva-Jõesuu väikelastekodu ehitamiseks.

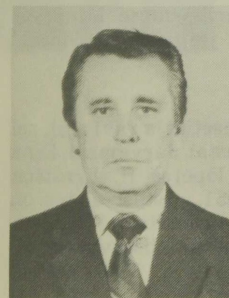
Meie juubilarid



Gerda Bürger, Eesti üks vanimaid lastearste, sai 24. aprillil 90-aastaseks. Juubilar on sündinud 1897. aastal Virumaal talupidajate perekonnas. G. Bürger on lõpetanud E. Lenderi Gümnaasiumi. Seejärel töötas aasta õpetajana Aaspere 6-klassilises koolis, hiljem halastajaõena Tartu Sõjaväe Haigemajas. 1923. aastal lõpetas ta Tartu Ülikooli arstiteaduskonna. G. Bürger oli jaoskonnaarst Haljalas ja Kadrinas. 1936. aastal määrati ta Nõmme Rinnalaste ja Emade Kodu juhatajaks, kus töötas 1940. aastani. Pärast nõukogude võimu taaskehtestamist töötas Tervishoiu Rahvakomissariaadis, Tallinna Linna Tervishoiuosakonnas, tervishoiuvalitsuses lastekaitse vaneminspektorina. 1942. aastal asus G. Bürger uuesti tööle Tallinna Väikelaste Kodu juhatajana, sel ametikohal oli ta pensionile jäämiseni 1961. aastal. Ta muutis oma pikkade tööaastate vältel väikelastekodu musterkoduks paljudele orbudele, jagas oma hoolt ja armastust igale väiksele kasvandikule. Soovime lugupeetud juubilarile head tervist!



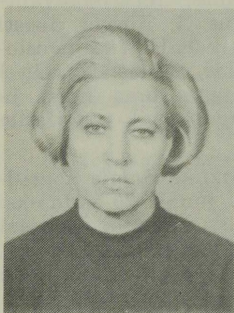
Linda Espar, Eesti NSV teeneline arst, Tallinna Vabariikliku Haigla Konsultatiivpolikliiniku kõrva-, nina- ja kurguarst, sai 12. juunil 70-aastaseks. Juubilar on sündinud Tallinnas teenistuja perekonnas. Pärast E. Lenderi Gümnaasiumi lõpetamist asus ta 1936. aastal õppima Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas, mille lõpetas 1945. aastal. Seejärel töötas ta Tallinna Vabariiklikus Haiglas ühe aasta kirurgiaosakonnas ordinaatorina. 1946. aastast alates on L. Espar töötanud Tallinna Vabariikliku Haigla kõrva-, nina- ja kurguhaiguste osakonnas, algul ordinaatorina, aastail 1951...1975 osakonnajuhatajana. 1975. aastast alates on praegusel ametikohal. L. Espar on tuntud spetsialist kuulmise proteesimise alal, oma teadmisi on ta jaganud meie vabariigi otorinolarüngoloogidele. Juubilar on kõrgema kategooria otorinolarüngoloog. Tema juhendamisel on Tallinna Vabariikliku Haigla kõrva-, nina- ja kurguhaiguste osakonnas ühena esimestest meie maal hakatud tegema kuulmist parandavaid operatsioone otoskleroosi raviks. L. Espar on korduvalt täiendanud oma teadmisi Leningradi ja Moskva kliinikutes. Kaua aega töötas ta Tallinna Meditsiinikooli õpetajana ja õppealajuhatajana. Aktiivselt on ta osa võtnud Eesti Otorinolarüngoloogide Seltsi tegevusest, ta on olnud seltsi aseesimees ja Tallinna Otorinolarüngoloogide Seltsi esimees, nüüd juhatuse auliige. Juubilar on pälvinud V. I. Lenini juubelimedali ning palju aukirju.



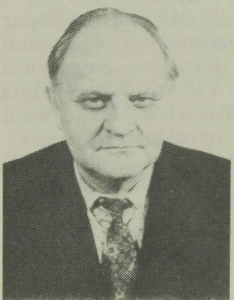
Roman Tsurenkov, Tartu Linna Tuberkuloosidisperseri statsionaari lasteosakonna juhataja, sai 12. veebruaril 60-aastaseks. Juubilar on sündinud 1927. aastal Virumaal Sõmeru vallas talupoja perekonnas. Ta õppis Pikaristi Algkoolis ja Rakvere 1. Keskkoolis, mille lõpetas 1946. aastal. Samal aastal asus edasi õppima TRÜ arstiteaduskonnas. 1950. ja 1951. aasta suvel töötas R. Tsurenkov Rakvere ümbruses jaoskonnaarstina ja rajoonihaigla sisehaiguste osakonna arsti kohusetähtjana. Aastail 1950...1951 töötas õpingute kõrvalt Tartu Kliinilise Haigla II haavaosakonnas ja 1951...1952 Tartu Laste Luu- ja Liigesetuberkuloosi Sanatooriumis. Pärast ülikooli lõpetamist jätkas ta seal töötamist arstina. 1956. aastast tänaseni on töötanud praegusel ametikohal. Kutsekaasluise alusel on ta 1954. aastast alates tuberkuloosidisperseri kopsuvälise tuberkuloosi kabineti arst. R. Tsurenkov on esimese kategooria ftisiaater. Ta on kogenud spetsialist luutuberkuloosi ja ortopeedia, ka lapsea tuberkuloosi ja pulmonoloogia erialal. Neid erialasid on ta õpetanud TRÜ arstiteaduskonna üliõpilastele ja ka täienduskursustest osavõtjatele arstidele. R. Tsurenkov on esitanud ettekandeid konverentsidel ja Eesti Ftisiaatrite Seltsi koosolekutel. R. Tsurenkov on täitnud paljusid ühiskondlikke ülesandeid. Ta on aktiivne isetegevuslane: meeskoorilaulja, rahvatantsija, E. Vilde nim. Rahvateatri näitleja. Juubilari on autasustatud V. I. Lenini juubelimedali, tervishoiu ja kultuuritöö eesrindlase rinnamärgi ning paljude aukirjadega.



Piia Zobel, kauaaegne Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Apteekide Peavalitsuse juhataja asetäitja, sai 4. märtsil 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Tallinnas teenistuja perekonnas. 1945. aastal lõpetas P. Zobel Tallinna 7. Keskkooli kuldmedaliga, 1949. aastal TRÜ arstiteaduskonna farmaatsiaosakonna. Pärast ülikooli lõpetamist töötas ta kolm aastat Tallinnas Kadrioru apteegis. 1952. aastal asus P. Zobel tööle Apteekide Peavalitsuses, kus oli algul inspektor, aastail 1967...1985 apteegivõrgu organiseerimisosakonna juhataja, Apteekide Peavalitsuse juhataja asetäitja. Juubilar on ära teinud tänuväärse töö apteekide projekteerimise ja ehitamise korraldamisel, apteekidevaheliste ülevaatuste ja kutsevõistluste organiseerimisel ning apteegivõrgu arendamisel. P. Zobel on lõpetanud marksismi-leninismi õhtuülikooli, korduvalt on ta viibinud täienduskursustel. Ta on kõrgema kategooria organisatsiooniproviisor. Ta on Eesti Farmatseutide Seltsi liige, 1963. aastast seltsi teadussekretär. P. Zobel on esitanud ettekandeid nii vabariiklikel kui ka üleliidulistel konverentsidel ja kongressidel. Tubli töö eest on juubilar autasustatud tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ja paljude aukirjadega. Juubeli puhul pälvis ta Dragendorffi medali.



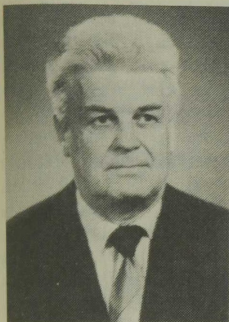
Ellen Blinova, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi eksperimentaalse ja kliinilise toksikoloogia osakonna vanemteadur, sai 30. märtsil 60-aastaseks. E. Blinova on instituudis töötanud 1956. aastast alates, algul oli ta nooremteadur, 1967. aastast alates on praegusel ametikohal. Peamise osa tema uurimistööst on moodustanud põlevkivitoodete toksilisuse määramine. Nendel uurimustel on olnud suur rahvamajanduslik tähtsus. Üleliidulise tunnustuse on saanud aerosoolsete gaaside ja aurude keerukate segude normeerimise alased uurimused. Juba palju aastaid on E. Blinova juhtinud eksperimentaalse toksikoloogia töörühma. Temalt on ilmunud umbes 60 teadusartiklit. Oma eriala väljapaistva spetsialistina, alati abivalmis, kohusetundliku ja tagasihoidliku inimesena on juubilar pälvinud kogu kollektiivi lugupidamise ja austuse.



Edgar Madis, Tartu Meditsiinkooli farmakoloogiaõpetaja, sai 2. aprillil 60-aastaseks. Juubilar on sündinud 1927. aastal Rannu vallas Tartumaal talupidajate perekonnas. Ta õppis Rannu Algkoolis ning Tartu 4. ja 5. keskkoolis. Ajavahemikul 1947...1951 õppis E. Madis TRÜ arstiteaduskonna farmaatsiaosakonnas. Pärast ülikooli lõpetamist töötas Tartu Apteegilao galeenikaosakonna juhatajana. 1952. aastast alates on E. Madis olnud Tartu Meditsiinkooli õpetaja, ta on sel ametikohal töötanud 35 aastat. E. Madis on esinenud ettekannetega konverentsidel ja kooli tähtpäevadel. Pikka aega on ta olnud kooli ametiühingukomitee esimees, tsiviilkaitsestaabi ülem, üldmeditsiiniliste ainet e õppekomisjoni esimees ja parteibüroo liige. E. Madis on väga hea spetsialist ning hinnatud õpetaja. Oma erudeerituse, vaimukuse, abivalmiduse, äärmise delikaatsuse ja rahulikkuse ning tähelepanelikkusega on ta pälvinud kolleegide lugupidamise. Juubilar on autasustatud Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi, Eesti NSV Kõrg- ja Keskerihariduse Ministeeriumi ja teiste asutuste aukirjadega ning tsiviilkaitse II järgu ja haridusala eesrindlase rinnamärgiga.



Haldi Ernstson, Tartu Kliinilise Sünnitusmaja peaarsti asetäitja ravi alal, sai 30. aprillil 60-aastaseks. Juubilar on sündinud 1927. aastal Järvamaal Esna vallas põllutöökooli õpetaja perekonnas. 1945. aastal lõpetas H. Ernstson Türi Keskkooli, 1951. aastal TRÜ arstiteaduskonna. 1951. aastast alates on ta töötanud Tartu Kliinilises Sünnitusmajas. Algul oli ta pediatri kohusetäitja, seejärel ordinaator, vastsündinute osakonna juhataja, observatsiooni-osakonna juhataja, septilise günekoloogia osakonna juhataja. 1960. aastast on H. Ernstson töötanud praegusel ametikohal. 1965. aastast alates on ta ka kirurgilise günekoloogia osakonna juhataja. Juubilar on kõrgema kategooria akušöörgünekoloog. Ta on korduvalt viibinud täienduskursustel. H. Ernstson on aktiivselt osa võtnud ühiskondlikust tööst: ta on olnud oma asutuse ametiühingualgorganisatsiooni esimees, Tervishoiutöötajate Tartu Linna-komitee presiidiumi liige, Tartu Rahvasaadikute Nõukogu saadik. 1978. aastast on ta oma asutuse parteialorganisatsiooni sekretär. Juubilar on autasustatud Tööpunalipu ordeni, tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ja mitme aukirjaga.



Artur Lind, bioloogiadoktor, professor, Tartu Riikliku Ülikooli molekulaarbioloogiaosakonna juhataja, sai 6. aprillil 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Väandras. Alg- ja keskhariduse omandas Raplas, Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna lõpetas 1952. aastal. Aastail 1952...1956 töötas arstiteaduskonna hospitaalkirurgia kateedris assistendina, 1956...1978 bioloogilise keemia kateedris assistendina, vanemõpetajana, dotsendina. 1978. aastast alates on A. Lind töötanud ÜMPI-s, viimasel aastal TRÜ molekulaarbioloogiaosakonna juhatajana. Juubilar on üleliidulise ja rahvusvahelise mainega teadlane molekulaarbioloogia alal, selle uurimissuuna rajaja Tartu Riiklikus Ülikoolis ja meie vabariigis üldse. Ta on õpetanud terve koolkonna noori molekulaarbiolooge, kellest osa on juba doktorikraadiga nimekad teadlased. A. Lind kaitses kandidaadiväitekirja 1963. aastal, doktoriväitekirja 1982. aastal. Tema uurimused käsitlevad valgu biosünteesi molekulaarseid mehhanisme ja neurohumoraalset regulatsiooni. Koos oma kolleegide ja õpilastega on ta valgustanud, kuidas molekulaarsel tasemel rakus valku sünteesitakse, kusjuures põhiline huviobjekt on olnud ribosoomi ribonukleiinhapete osa valgu biosünteesis ning ka ribosoomi valkude osa selles protsessis. Niisuguses koostöös on tema ja kolleegide uurimistööde tsükliks käsitletud ribosoomi struktuuri fundamentaalseid aspekte ja mitmeid ribosoomi funktsioneerimise sõlmküsimusi. A. Linnu juhendatud kunagise uurimisrühma poolt väljatöötatud afiinsuskromatograafia meetod on kasutusele võetud meie maa silmapaistvates teadusliku uurimise kesk-instituutides. A. Lind on nii üleliidulistes kui ka rahvusvahelistes väljaannetes avaldanud üle 80 teadusartikli. 1980. aastal pälvis ta uurimisrühma juhina koos viie kolleegiga Nõukogude Eesti preemia. Juubilar on NSV Liidu Teaduste Akadeemia, Eesti NSV Teaduste Akadeemia, TRÜ arstiteaduskonna teadusnõukogude liige. A. Lind on hingestatud teadlane, kelle mõtted ja loomevaim on viljakas koostöös oma andekate ja töökate õpilaste-kolleegidega rajanud molekulaarbioloogide koolkonna. Tema koolkonna teadustöö tulemused on kuulsust toonud Tartu Riiklikule Ülikoolile, ka Eesti NSV Teaduste Akadeemiale. Meie vabariigi molekulaarbioloogide ja -geneetikute nimed on juba aastaid maailma teaduskirjanduses. Jaksu ja tugevat tervist tublile teadusmehele veel paljudeks aastateks!



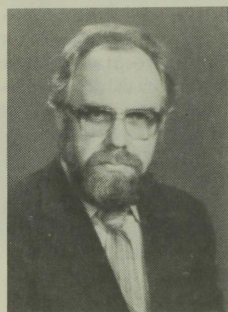
Hans Väre, meditsiinidoktor, Eesti NSV teeneline arst, Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi peapsühhiaater, Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla peaarst, sai 8. juunil 60-aastaseks. H. Väre on sündinud Võrus teenistuja perekonnas. Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna lõpetas 1952. aastal. Ajavahemikul 1952...1956 oli ta Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla osakonnajuhataja, 1956...1959 Tarvastu Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla peaarst. Aastail 1959...1979 töötas Jämejalas peaarsti ametikohal. Kahel järgmisel aastal oli H. Väre TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi teadusdirektor. 1980. aastast on ta praegusel ametikohal. Kandidaadiväitekirjas, mida ta kaitses 1969. aastal, esitas ta uudseid andmeid somaatilise-vegetatiivsete häirete ja psüühikamuutuste tekke kohta alkoholismihaigetel. Doktoriväitekirja «Muutunud reaktiivsusest ja psüühiliste ning somaatiliste häirete seosest alkoholismi korral» kaitses ta TRÜ arstiteaduskonna nõukogu ees 1975. aastal. Samal aastal pälvis ta koos teiste arstiteadlastega Nõukogude Eesti preemia neuroleptikumide ja antidepressantide kliinilise uurimise eest. Juubilaril on trükist ilmunud 85 teadusartiklit ja neli õppemetoodilist väljaannet. H. Väre on kõrgema kategooria psühhiaater. Tema algatusel on Jämejala arstid osalenud uurimistöodes: on uuritud psühhofarmakoteraapia näidustusi, alkoholismi etiopatogeneesi ja ravi ning vaimuhaiguste epidemioloogiat. Suur on olnud juubilari töö Jämejala haigla laiendamisel ja rekonstrueerimisel, nii täiskasvanute kui ka laste ning ka alkoholismihaigete erialase arstiabi täiustamisel, töö- ja taastusravi korraldamisel. Seetõttu on Jämejala haigla pälvinud ka üleliidulise tunnustuse — haigla meedikud on saanud üleliidulisi aukirju, diplomeid ja preemiaid. Kompleksse ravi ja profülaktika korralduse alal on haigla eesrindlike kogemuste kooliks, see kõik on seotud H. Väre mitmekülgse töö ja tegevusega. Juubilar on TRÜ erialanõukogu liige, tervishoiuministeeriumi psühhiaatria- ja narkoloogianõukogu esimees, probleemikomisjoni aseesimees, alkoholismikomisjoni liige, psühhiaatrite ja neuroloogide seltsi juhatuse liige. Väsimatu juubilar on silmapaistva tegevuse eest pälvinud Oktoobrirevolutsiooni ordeni, V. I. Lenini juubelimedali, tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ning palju aukirju.



Jaan Lepp, Tartu Kliinilise Haigla peaarsti asetäitja polikliinilisel alal, sai 5. aprillil 50-aastaseks. J. Lepp on sündinud Tartus teenistuja perekonnas. 1955. aastal lõpetas ta Tõrva Keskkooli, 1957. aastal sanitaarvelskri kutsega Tartu Vabariikliku Meditsiinilise Keskkooli ja 1968. aastal TRÜ arstiteaduskonna. Enne ülikooli astumist töötas J. Lepp Suure-Jaani Rajoonihaiglas, Suure-Jaani sanitaar- ja epidemioloogiaosakonnas ning Tartu Kliinilises Haiglas. Pärast ülikooli lõpetamist oli ta Tartu Kliinilises Haigla traumatoloog ja peaarsti asetäitja eritööde alal. Aastail 1974...1979 oli J. Lepp Tartu Kiirabihaama peaarst, 1979...1982 Tartu Kliinilise Haigla peaarsti asetäitja polikliinilisel alal ja 1982...1986 sama haigla peaarst. J. Lepp on korduvalt viibinud täienduskursustel. Ta on esimese kategooria tervishoiuorganisaator. J. Lepp on alati olnud aktiivne ka ühiskondlikus tegevuses, teda on korduvalt valitud rahvasaadikuks, EKP Tartu Linna-komitee liikmeks. EKP XIX kongressil valiti ta ka EKP Keskkomitee liikmekandidaadiks. Aastail 1979...1982 ja uuesti alates 1987. aastast on J. Lepp haigla parteibüroo sekretär. Juubilar on autasustatud Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjaga tsiviilkaitse ja doonorluse organiseerimise eest, ta on pälvinud Punase Risti Seltsi teenetemärgi ja palju aukirju.



Lea-Mai Mitt, Tartu Kliinilise Sünnitusmaja observatsiooniosakonna juhataja, sai 30. aprillil 50-aastaseks. Juubilar on sündinud 1937. aastal Viljandis teenistuja perekonnas. 1955. aastal lõpetas ta Rakvere 1. Keskkooli, 1962. aastal TRÜ arstiteaduskonna raviosakonna. Aastail 1962...1964 töötas L.-M. Mitt Paide Rajooni Keskaiglas ja Ambla Haiglas laboriarstina ja terapeudina, ajavahemikul 1964...1967 Pärnu Linna Haiglas terapeudina, 1967...1977 Pärnu Naistenõuandlas akušöör-günekoloogina. 1977. aastast alates on L.-M. Mitt töötanud Tartu Kliinilises Sünnitusmajas, algul oli ta akušöör-günekoloog, 1982. aastast on praegusel ametikohal. L.-M. Mitt on esimese kategooria akušöör-günekoloog. Korduvalt on ta viibinud täienduskursustel. L.-M. Mitt on internatuuris olevate noorte arstide, samuti meditsiinikooli õpilaste juhendaja. Kohusetundliku töö ja ühiskondlikust tegevusest aktiivse osavõtu eest on juubilar autasustatud aukirjade ning sotsialistliku võistluse võitja rinnamärgiga.



Kaljo Mitt, Eesti NSV teeneline arst, Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla peaarst, sai 26. aprillil 50-aastaseks. Juubilar on sündinud Pärnus. 1961. aastal lõpetas ta TRÜ arstiteaduskonna. Aastail 1961...1964 töötas Paide rajooni Ambla Haigla arstina ja juhatajana, 1964...1967 Pärnu Linna Haigla pediatrina ja Pärnu peapediatrina, 1967...1977 sama haigla lasteosakonna juhatajana. 1977. aastast alates on praegusel ametikohal. K. Mitt on esimese kategooria lastearst. Ta on uurinud reumast põhjustatud südamekahjustusi lastel, mille kohta on trükis avaldanud parkümmend artiklit. K. Mitt on korduvalt olnud erialastel täienduskursustel, sealhulgas ka NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi ja ÜTO korraldatud sotsiaalmeditsiini ja tervishoiuorganisatsiooni alasel üheksakuulisel kursusel. Ta on elavalt osa võtnud ühiskondlikust tööst: on olnud Ambla alevi rahvasaadik, Pärnu Linna Haigla parteiorganisatsiooni sekretär, praegu on lastehaigla parteibüroo liige. Ajavahemikul 1978...1985 oli ta Tartu Lastearstide Seltsi juhatuse liige, 1981. aastast on Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee liige. Juubilar on autasustatud V. I. Lenini juubelimedali, tervishoiu eesrindlase rinnamärgi, Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirja ja muude aukirjadega. K. Mitt on organiseerimisvõimeline ja suurte kogemustega lastearst, ta on loonud teotatelse ja üksmeelse kollektiivi.

Välismaalt

Reisimärkmeid Lõuna-Ameerikast

Mõni aeg tagasi viibisin Nõukogude delegatsiooni liikmena Peruu, Brasiilias ja Argentiinas. Reisi korraldaja oli Välismaaga Sõpruse ja Kultuurisidemete Arendamise Nõukogu Ühingu Liidu meditsiiniassotsiatsioon.

Nimetatud maadest võiks palju kirjutada. Kui palju mõtteid tsivilisatsiooni järjepidevusest tekitavad inkade asulate varemed ja Peruu indiaanlaste geniaalsus. Kui mitmeid miljoneid inimesi päästis malaariast nende poolt kasutuselevõetud ravim, mida valmistati kiinakoorest. On raske leida sobivaid sõnu, et jutustada Rio de Janeirost — kauneimast linnast, mida eales olen näinud. Argentiina pealinn Buenos Aires köidab oma õdususega, seal on üle 1000 mälestusmärgi; oma laadne on Brasiilia pealinn Brasilia, mis on kui hingetu ilu. Lisaks kõigele veel sealsete inimeste harukordne ilu, omapärane kultuur, eksootiline loodus.

Ajakirja profiil ei luba üksikasjalikult peatuda nende maade külastamise mittemeditsiinilistel aspektidel. Olgu siinkohal toodud vaid mõningad üldandmed.

Nõukogude Liidul on eespool nimetatud riikidega nii diplomaatilised kui ka majanduslikud suhted. Meie maade ühiskondlikud suhted alles koguvad jõudu. Reisil selgus ka tõsiasi, et meie, Nõukogude medikute delegatsioon oli see, kes nõukogude võimu aastail Brasiiliat esmakordselt külastas. Suhete puudumise tõttu on ka mõistetav, miks nende maade arstid ei teadnud midagi Nõukogude Liidu arstiteadusest ega tervishoiust.

Mõistagi on tervishoiusüsteem ja arstiabikordalus determineeritud ühiskonnakorrale ning ühe või teise riigi majanduse seisundile. Nimetatud kolmes riigis valitseb kapitalistlik kord, nad kuuluvad Ladina-Ameerika regiooni, neid kõiki koormavad tohutud välisvõlad. Samal ajal erinevad need riigid üksteisest suuresti.

Peruu on madala arengutasemega maa, mille loodusrikkused on tohutud, rahvastikust poole moodustavad indiaanlased. Brasiilia on suurim riik regioonis, tehnika ja majanduse areng on seal kiire ja laialdane. Oma territooriumi suuruselt on ta viies, rahvastiku arvult kaheksas kogu maailmas. Argentiina on kolmest kõige arenenum, kõige enam on seal tunda Euroopa mõju. Brasiilias elavad valged, neegrid, metissid, mulatid, sambod, indiaanlased, moodustades ühtse rahvuse, kusjuures nende omavahelises suhtlemises ei ole tähtsust päritolul. Seevastu Argentiinas, kus enamik rahvastikust on eurooplased (itaallased, hispaanlased, prantslased, poolakad, sakslased jt.), kelle elulaad on üksteisele küll ligilähedane, püüab iga rahvus säilitada oma põlistavasid ja järgida oma sünnimaa traditsioone.

Eespool mainitud asjaolud jätavad muidugi oma jälje ka tervishoiule. Kõikides riikides on tervishoiul erakapitalistlik laad koos sotsiaalhoolduse mõningate elementidega. Kõigis kolmes on olemas ka vastavanimelised ministeeriumid, mis koordineerivad tööd peamistel aladel, näiteks narkootikumide profülaktika, arstiabi koolides, armees, Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni tegevusprogrammi täitmine jms.

Arstiabi annavad tervishoiuasutused, mida finantseerivad eraisikud, religioossed ja heategevad organisatsioonid, ka riik, munitsipaliteetid, tööstuskorporatsioonid jt.

Informatsiooni põhjal, mida meil reisil õnnestus hankida, on neis maades, nagu ka teistes kapitalismimaades, haiglaravi eelistatavam polikliinilisest abist. Seal ei eksisteeri meditsiinilise kiirabi süsteemi. Sageli antakse vältimatut abi haiglates. Ühes võib kindel olla: arstiabi kvaliteedi määraavad otseselt patsiendi rahalised võimalused.

Suurt tähelepanu pööratakse haiglate arhitektuurile, mistõttu ehituskulud on suured, kuid suur on ka tasu ravil viibimise eest. Rio de Janeiro külastasime haiglakompleksi, mille on projekteerinud XX sajandi silmapaistev arhitekt Oscar Niemeyer koos Helio Uchoaga. Haiglahooned on heledavärvilised, sageli ümbritsetud rohusest, palmidest. Palatid on 2...6-kohalised, valgusrikkad. Sealsest diagnoosimis- ja raviaparatuurist oli kõik meile tuntud. Endoskoopia, laboratoorsete uuringute jm. andmete arvestamiseks ja analüüsimiseks kasutatakse sageli raali. Rio de Janeiro saime teada, et tihti on ödedel kõrgharidus. See nõue tõstatati välismaa meditsiiniiniperioodikas juba palju aastaid tagasi. Olakse arvamusel, et sel juhul tõuseb erialapres-

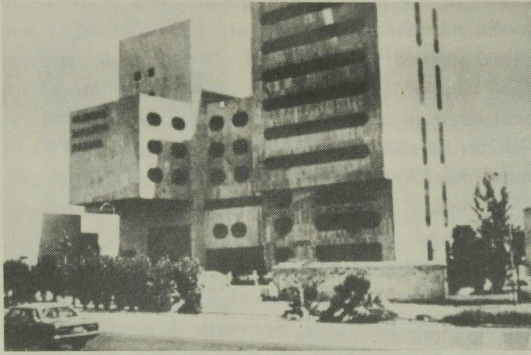


Foto 1. Uus haigla Limas, Peruu pealinnas.

tiiz (ka Lõuna-Ameerikas on meditsiiniõdedest puudus), paraneb ravi eriti sellistel juhtudel, kui meditsiiniõel on täita erakordselt vastutusrikas osa, näiteks reanimatsiooniosakonnas, enne- aegsete vastsündinute osakonnas jm. Ravimid on väga kallid.

Jätame siinkohal puudutamata tervishoiustatistika, sest jutt on üksnes esmamuljetest. Neile, kes niisuguste andmete vastu siiski huvi tunnevad, soovitan lugeda O. Štšepini toimetamisel Moskvas 1981. aastal ilmunud venekeelset raamatut «Välisriikide tervishoid» (leheküljed 231—275).

Maarahvastiku urbaniseerumises edestab Argentiina nii Brasiiliat kui ka Peruud. Argentiinas on arstide suhteline arv 3,5... 4 korda suurem kui Peruus ja Brasiilias, kusjuures linnarahvastik saab võrreldamatult paremat arstiabi kui maarahvastik. Arengus mahajäänud kaugpiirkondade elanikud pöörduvad abi saamiseks mitmesuguste posijate poole.

Mitmed tervishoiuprobleemid on sõltuvuses kliimaatilise-geograafilistest ja sotsiaalsetest tingimustest. Näiteks Peruus ja Brasiilias on haigestumuse struktuuris suur osa malaarial ja kollapalavikul. Veevärgi puudumisest ning ebatäiuslikust veevarustusest on tingitud patogeensete bakterite ja algloomade põhjustatud soolenakkustesse sage haigestumine. Argentiinas on selliseid haigusi harva. Brasiilia arstid rääkisid, et seedetraktihaigustest esineb neil vähktõbe hoopis vähem kui mujal. Põhjuseks peavad nad seda, et toitumises on tähtis koht värskel puu- ja aedviljal. Samal ajal põhjustab fluoripuudus joogivees sageli hambakahjustusi. Südamehaigeid on kõige rohkem Argentiinas.

Brasiilia meedikud rääkisid ka sellest, et minigeid alkoholismi ja narkomaania probleeme neil ei ole, ehkki 80% kergesõiduautodest kasutab

bensini asemel roosuhkrust valmistatud piiritust ning narkootikumide tootmiseks vajalike taime- de laialdased istandused asuvad maa põhja- ja idapoolsetel aladel. Nende ilmingute kohta me täit selgitust ei saanudki, kuidugi on järelduste tege- miseks vaja täpset statistikat.

Tubakamonopolide reklaam on kõikjal. Siga- rettide reklaamkuulutusel ühes ajakirjas nägin teksti «Nad tagavad täieliku lõõgastumise». Tei- ses ajakirjas võis näha Alain Deloni, Sophia Lo- reni, Elizabeth Taylori fotosid, sigaret käes või suus, piltide all tekst: «Nad tunnevad mõnu!». Arvan, et hoopis rohkem on mittesuitsetajatest kuulsusi.

Kohtusime arstidega meditsiiniassutustes ja sõp- rusühingu assotsiatsiooni poolt korraldatud vastu- võtul. Vestlused ja ka vaidlused olid avameelsed ning sõbralikud. Arutati tervishoiu struktuuri, meedikute töötasu, tänapäeva deontoloogiat, arst- ivingu, meditsiini võimalusi. Viimati mainitud vestlusteel meenutati 1985. aasta algul Brasiilia presidendiks valitud Tancredu Nevise surma. Nagu meile Brasilia Keskhaiglas öeldi — seal oli teda ravitud —, suri ta tüsistunud apenditsiidi tagajärjel. Pealinna ja Sao Paulo parimad arstid opereerisid teda 8 korda, kuid tema elu päästa ei suutnud. See juhtum illustreerib arsti võimaluste piiratust.

Huviga kuulati prof. N. Muhharlamovi (Mosk- vast) ettekannet südamehaigete arstiabist NSV Liidus, prof. A. Golikovi (samuti Moskvast) kõnet meditsiinilise kiirabi korraldusest NSV Liidus. Rio de Janeiros oli mul võimalus Brasiilia—Nõu- kogude Liidu meditsiiniassotsiatsiooni kohtumisel kõnelda polikliinilisest abist nõukogude tervis- hoiusteemis, iseäranis Eestis.



Foto 2 näeme Rio de Janeiro Keskhaigla arsti ja meditsiiniõde.

Välismaa arstidega kohtumistel informeeriti neid ülemaailmsest arstide tuumasõjavastasest liikumisest. Nendes riikides, kus viibisime, on see liikumine alles sündimas. Nagu mainisid Peruu arstid, mõjutas seda liikumist stimuleerivalt Nobeli rahupreemia määramine.

Oleks kergemeelne teha kolmenädalase reisi järele kaalukamaid üldistusi. Võin vaid kinnitada, et kõikidel kohtumistel (mitte üksnes meedikute) tunti suurt huvi Nõukogude Liidu vastu.

Natan Elštejn

EKP Keskkomitee, Eesti NSV Ministrite Nõukogu ja Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu võtsid tänava vastu ühise määruse «Täiendavatest abinõudest demograafilise situatsiooni parandamiseks vabariigis». Määruse põhjal on Eesti NSV Tervishoiuministeeriumil XII viisaastaku jooksul vaja varustada sünnitusabiasutused ajakahase meditsiiniaparatuuri ja -seadmetega, sealhulgas üsasiseeste haiguste diagnoosimiseks ning ema ja lapse elu säilitamiseks. Paremini tuleb korraldada töötavate naiste, eeskätt tervist kahjustavates tingimustes töötavate naiste profülaktilisi kompleksläbivaatusi. On vaja kõikjal sisse seada vastsündinute patronaazhooldus, pöörates seejuures eriti tähelepanu suurenenud riskiteguritele lastele. Samuti tuleb tagada rasedate intensiivvaatlus ja -ravi. On vaja arendada ka meditsiinigeneetikakabinettide võrku, vähendamaks kaasasündinud arenguanomaaliate esinemissagedust. On vaja täiustada günekoloogiliste ja androloogiliste haiguste ning viljatuse ravi, diagnoosimist ja profülaktikat.

Sama määruse põhjal on vaja vabariigilise alluvusega linnades ja rajoonikeskustes moodustada psühhoteraapia- ja narkoloogiatalitused ning laia profiiliga perekonnanõuandlad. 1987. aasta jooksul tuleb avada tasulised anonüümsed narkoloogiatalitused Tallinnas, Tartus ja Viljandis. Samuti on vaja rakendada tõhusaid meetmeid sanitaarkultuuri tõstmiseks, naiste hügieenialaseks õpetamiseks ning nende ettevalmistamiseks perekonnanõu, terve lapse kasvatamiseks.

Määrus kohustab tervishoiuministeeriumi parandama noorsoo hulgas tehtavat perekonnaplaneerimise, tervisliku eluviisi, raseduse vältimise nüüdismeetodite ning aborti, suitsetamise ja alkoholi kahjuliku mõju alast sanitaarharidustööd. 1987. aastal tuleb Tallinnas avada tasuline meditsiiniline perekonnanõuandla.

Usi ravimeid

KARFETSILLIINNAATRIUM

(*Carphecillinum-natrium*, *Vexyl*, *Uticillin*, карфещиллина натриевая соль)

Keemiliselt koostiselt karbenitsilliini fenüül-ester (6-(alfa-fenoksükarbonüül)-fenüülatssetamidopenitsillaanhappe naatriumisool).

Meditisiinis on kasutusel kapslid, mis sisaldavad kollakasvalget mörü maitsega karfetsilliinipulbrit. Ravim kuulub poolsünteetiliste penitsilliinide hulka. Toime on sama mis karbenitsilliinil. Preparaat toimib enamikku grampositiivsetesse ja gramnegatiivsetesse mikroobidesse, nende hulka kuuluvad ka *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus*'e kõik liigid, *Escherichia coli*, salmonellad, enterobakterid, stafülokokid, streptokokid.

Karfetsilliinnaatrium imendub pärast sissevõtmist kiiresti. Hüdrolüüsudes karbenitsilliiniks ja fenooliks, tekitab ta maksimaalse kontsentratsiooni veres juba ühe tunni möödumisel. Vabanenud fenool inaktiveerub maksas, seostudes glükuroonhappega. Terapeutiline kontsentratsioon püsib veres 4...6 tundi, uriinis üle 8 tunni.

Karfetsilliini manustamise põhiaidustused on täiskasvanute ägedad ja kroonilised kuseteede nakkused (püelonefriit, tsüstiit, uretriit), prostatiit, mille tekitajaks on ravimi suhtes tundlikud mikroobid (*Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Proteus vulgaris*). Ravimit kasutatakse samuti bakteriuria korral.

Uroloogiliste näidustuste korral on täiskasvanu ööpäevaseks annuseks 1,5 g (raskete ja krooniliste nakkuste korral kuni 3,0 g), mis manustatakse kolme annusena. Ravi kestab 7...14 päeva või kauem, sõltuvalt haiguse raskusest ja kulust.

Kõrvaltoimena võib karfetsilliin põhjustada söögiisu halvenemist, iiveldust, harvem oksendamist, kõhulahtisust, valu kõhus.

Penitsilliini suhtes ülitundlikel patsientidel võib ravim esile kutsuda allergilist reaktsiooni, mis nõuab karfetsilliinravi katkestamist ja desensibiliseerivat ravi.

Vastunäidustuseks karfetsilliini kasutamisel on ülitundlikkus penitsilliini suhtes.

Pakendis on 20 kapslit á 0,25 g karfetsilliini, hind 3 rubla 52 kopikat.

Ravimit säilitatakse toatemperatuuril, kuivas valguse eest kaitstud kohas. Väljastatakse retsepti alusel.

Aino Jürison

Marionella Tšetverikova



18. detsembril 1986 suri Tallinna Pelgulinna Haigla kauaaegne arst Marionella Tšetverikova.

M. Tšetverikova sündis 25. märtsil 1919. aastal Primorje oblasti Spasski linnas juristi perekonnas. Keskkooli lõpetas ta Feodossijas 1937. aastal, samal aastal astus Leningradi I Meditsiiniinstituuti. 1941. aastal astus M. Tšetverikova vabatahtlikult armeesse. Pärast Leningradi I Meditsiiniinstituudi lõpetamist 1948. aastal asus M. Tšetverikova tööle Eestis. Ta töötas siin väga paljudel ametikohtadel.

Ajavahemikul 1957...1962 töötas M. Tšetverikova Tallinna Pelgulinna Haigla pearsti asetäitjana ravi ja polikliinilisel alal, aastail 1962...1965 Tallinna Linna RSN TK Tervishoiuosakonna juhataja asetäitjana. 1965. aastast alates oli Tallinna Pelgulinna Haigla pearsti asetäitja ravi alal, ta täitis ka ortopeedi kohustusi. 1974. aastast alates töötas meditsiinstatistika alal.

1945. aastast kuulus M. Tšetverikova NLKP ridadesse. M. Tšetverikova oli organisaatorivõimete ja suurte erialateadmistega spetsialist. Ta oli üks neist, kelle eestvõtmisel korraldati ümber Tallinna tervishoiuvõrk. M. Tšetverikova võttis aktiivselt osa ühiskondlikust tegevusest. Aastail 1963...1969 oli ta valitud Tallinna Linna RSN saadikuna, neli aastat täitis ta tervishoiu- ja sotsiaalhoolduskomisjoni esimehe ülesandeid. Viisteist aastat oli M. Tšetverikova ametiühingukomitee liige.

M. Tšetverikovat oli autasustatud ordeniga «Austuse märk», Isamaasõja II järgu ordeni, paljude medalite ja aukirjadega.

Mälestus M. Tšetverikovast, südamlikust inimesest ja suurepärasest arstist, jääb kauaks püsima.

Kolleegid

Olga Võssotskaja



29. detsembril 1986. aastal suri ootamatult Elvas asuva Tartu Rajoonihaigla peaõde Olga Võssotskaja.

O. Võssotskaja sündis 18. septembril 1920. aastal Leningradi oblastis eestlastest väljarännanute perekonnas. 1938. aastal lõpetas O. Võssotskaja

Novgorodi Meditsiinilise Keskkooli. Pärast sõda tuli ta Eestisse. 1950. aastal asus ta tööle Elva haigla naistenõuandlas, samal aastal edutati O. Võssotskaja haigla vanemõeks. Seda vastutusrikast tööd tegi ta üle 36 aasta, kuni oma surmani. Tema põhjalikud teadmised, kogemused ja tööarmastus olid eeskujuks kõigile.

Tal olid kõik peaõeametiks vajalikud omadused. Ta oli aus ja otsekohene, erakordselt distsiplineeritud, alati abivalmis. O. Võssotskaja mõistis inimesi, tema heatahtlikkus võlus patsiente. Ta oskas kaadrit õpetada, kasvatada ning õdesid kutse-eetiliselt õigesti suunata.

O. Võssotskaja oli energiline ka ühiskondlikus tegevuses. 1958. aastast alates oli ta Elva haigla meditsiiniõdede nõukogu esinaine, 1966. aastast Eesti Meditsiiniõdede Seltsi juhatusse liige. O. Võssotskaja oli Elva Linnanõukogu saadik ja aastail 1965...1984 Elva Linnanõukogu alatise tervishoiu- ja sotsiaalhoolduskomisjoni esimees.

O. Võssotskajast pidasid lugu kõik elvalased, eriti aga linna vanurid, invaliidid ja Suure Isamaasõja veteranid.

O. Võssotskajat oli autasustatud V. I. Lenini juubelimedali, Eesti NSV Tervishoiuministeriumi ning paljude teiste aukirjadega.

Helge mälestus O. Võssotskajast, väga lahkest inimesest ja suurepärasest meedikust, jääb püsima meie kõigi südamesse.

Kolleegid

Ernst Mill



17. veebruaril suri 91. eluaastal meie vabariigi ftisiaatrite nestor meditsiinidoktor Ernst Mill.

E. Mill sündis 2. detsembril 1896. aastal Pärnus. 1916. aastal lõpetas ta Pärnu Gümnaasiumi, 1924. aastal Tartu Ülikooli arstiteaduskonna *cum laude*. Pärast ülikooli lõpetamist

töötas ta kuni 1935. aastani Tartu Ülikooli sisehaiguste polikliiniku assistendina, aastail 1930...1935 oli ta ka Tartu Tiisikusravila juhataja. 1929. aastal kaitses E. Mill doktori-väitekirja aneemilisest lipeemiast.

Ajavahemikul 1935...1940 oli E. Mill Tallinna Ühishaigekassa sise- ja kopsuhaiguste arst ja haigekassa polikliiniku juhataja, 1940...1941 Tallinna Tervishoiuosakonna inspektor. Ka sõja ajal, samuti pärast sõda töötas E. Mill paljudel vastutavatel ametikohtadel.

Aastail 1950...1952 oli E. Mill Vabariikliku Tuberkuloosidisperseri, samuti Kose-Lükati Sanatoorse Metsakooli arst, 1952...1968 Tartu Linna Tuberkuloosidisperseri dispanserise osakonna juhataja ning laste ja noorukite kabineti arst.

E. Milli elutööks oli tuberkuloositorje korraldamine Eestis ja laste tuberkuloosi ravi ning profülaktika. Ka tema paljud teadusartiklid olid tuberkuloositeemalised. Ta oli esimese kategooria ftisiaater. Ta viimastel tööaastatel vähenes Tartus laste tuberkuloosihaiigestumus 50 korda. E. Mill oli oma eruditsiooni, tasakaalukuse ja sõbralikkusega ravialuste ja kaastöötajate vastu teistele arstidele suureks eeskujuks.

E. Milli oli autasustatud Tööpunalipu ordeni, tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ja paljude aukirjadega.

Helge mälestus suurepärasest arstist jääb kõigi kolleegide ja kunagiste ravialuste südameisse.

Kolleegide nimel Guido Arro

Endel Kingisepp



18. veebruaril 1987. aastal lakkas tuksumast Rapla Rajooni Kesksahaigla kiirabiosakonna juhataja Endel Kingisepa süda.

E. Kingisepp sündis 28. septembril 1928. aastal Kabala vallas Viljandimaal põllupidaja perekonnas. Kooliteed alustas ta Kabala

Algkoolis, seejärel õppis Türil ja Viljandis. 1956. aastal astus ta Eesti Põllumajanduse Akadeemia veterinaariateaduskonda, 1957. aastal läks ta üle Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonda, mille raviosakonna lõpetas 1962. aastal.

Pärast ülikooli lõpetamist töötas E. Kingisepp Käru Jaoskonnahaigla juhatajana, alates 1963. aastast Rapla Rajooni Kesksahaigla sanitaar- ja epidemioloogiaosakonna juhatajana, ka silmaarstina. 1984. aastast oli ta Rapla Rajooni Kesksahaigla kiirabiosakonna juhataja, ta jätkas ka silmaarstina töötamist.

E. Kingisepp oli erudeeritud spetsialist mitmes meditsiinivaldkonnas. Ta töötas suure koormusega, oli vastutulelik arst, kes suhtus haigete muredesse suure tähelepanuga. E. Kingisepp täiendas korduvalt oma teadmisi nii meie vabariigi juhtivates tervishoiuasutustes kui ka üleliidulistes arstide täiendamise instituutides. Ta võttis osa oftalmoloogide seltsi tööst, oli ametiühingukomitee ja rahvakontrolli komitee liige. E. Kingisepp oli aktiivne sportlane, armastas jahti, male- ja kabemängu, võttis osa näiteringi tööst, oli tervete eluviiside propageerija ja hea lektor. Hea erialase ja aktiivse ühiskondliku töö eest oli teda autasustatud tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ja paljude aukirjade ning diplomitega.

Helge mälestus heast arstist ja suurepärasest inimesest jääb kauaks püsima tema kolleegide ja sõprade südameisse.

Kolleegid

Marika Paal



24. veebruaril 1987. aastal lakkas tuksumast Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi gastroenteroloogiaosakonna nooremteaduri Marika Paali süda.

M. Paal sündis 18. aprillil 1960. aastal Tapal. 1978. aastal lõpetas ta Tapa 1. Keskkooli

ja 1984. aastal TRÜ arstiteaduskonna ravi-osakonna. Kuigi Marika oli oma ohtlikust haigusest teadlik juba ülikoolipäevil, ei ot-sinud ta kergemat teed. Tema esimeseks töökohaks oli Lasnamäe Polikliinik. Lühikese ajaga rajas ta vastvalminud polikliiniku gastroenteroloogiakabineti, mille lait-matu töö tagatiseks olid M. Paali isiklikud omadused: head kutsealased teadmised, kor-rektsus, täpsus.

1987. aasta jaanuaris asus M. Paal tööle Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi gastroenteroloogiaosakonnas nooremteadurina. Kuigi nii polikliinikus kui ka gastroenteroloogiaosakonnas sai M. Paal töö-tada vaid lühikest aega, pälvis ta nii haigete kui ka kaastöötajate lugupidamise ja armas-tuse. Ta oli kiire taibu ja osava käega arst, seejuures väga südamlilik ja tagasihoidlik.

M. Paal oli väga elurõõmus ja väga ande-kas inimene. Ta oli haigete suhtes vastutule-lik ja neid mõistev. Olles ise haige, sai ta ka teiste muredest paremini aru ja püüdis igati aidata.

Marika Paal alustas paljutöötava arstina. Me jääme mälestama varalahkunud sõpra ja töökaaslast.

Kolleegid

Agnessa Upart



3. märtsil 1987. aastal lakkas tuk-sumast Valga Ra-jooni Keskaigla kauaaegse arsti, Suure Isamaasõja veterani Agnessa Upart'i süda.

A. Upart sündis 14. aprillil 1909. aastal Minskis pedagoogi pere-konnas. 1932. aastal lõpetas ta Minski Meditsii-niinstituudi ning

asus tööle Vitebski oblasti Polotski rajooni jaoskonnahaiglas. 1939. aastal suunas Ter-vishoiu Rahvakomissariaat A. Upart'i tööle Mogiljovi. 23. juulil 1941. aastal ta mobili-seeriti. Esimesel sõjasuvel oli ta rindearst, seejärel töötas Sverdlovskis. A. Upartil oli meditsiiniteenistuse kapteni aukraad. 1945. aasta suvel tuli A. Upart elama Valka, kus asus tööle Valga haiglas ja ambulatooriumis. Algul oli ta ambulatooriumi peaarsti ase-täitja ja Valgamaa tervishoiuosakonna ins-pektori. Aastail 1952 . . . 1957 oli polikliiniku juhataja, ajavahemikul 1957 . . . 1967 neuro-patoloog ja endokrinoloog. 1967. aasta sep-tembris läks ta küll pensionile, kuid jätkas arstina töötamist veel viis aastat.

A. Upart oli kõrge kvalifikatsiooniga arst. Ta oli neuroloogilise, endokrinoloogilise ja psühhiaatrilise abi rajaja Valgas. Erudeerit-ud ning suure töövõimega arstina oli ta äärmiselt nõudlik nii enese kui ka kaastöö-tajate vastu. Ta oli ka hinnatud lektor. A. Upart oli ühingu «Teadus» rajooniorgani-satsiooni juhatusse liige.

A. Upartit oli autasustatud Tööpunalipu ordeni, Isamaasõja II järgu ordeni ning pal-jude medalite ja aukirjadega. Ta oli tervis-hoiu eesrindlane.

Helge mälestus Agnessa Upartist kui väsi-matust, töökast ning abivalmis arstist jääb kauaks püsima.

Kolleegide nimel Peeter Rahu

Boris Liberman



18. märtsil 1987 varises pingelise tööpäeva lõpul manalasse Eesti NSV teeneline arst, Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi peakardioloog, Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituudi direktori asetäitja teadus-alal Boris Liberman.

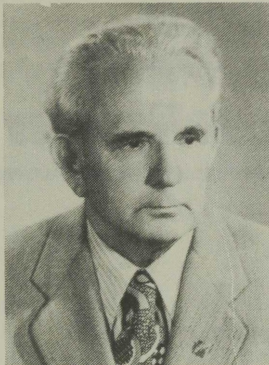
B. Liberman sündis 8. juunil 1925 Tšitaas arstide perekonnas. Juba noorukina tuli ta meditsiinitöötajate hulka: 1941. aastal alustas ta tööd Leningradis sõjaväehospidalis sanitarina. Leningradi blokaadi ajal oli ta Neevalinna kaitsjate ridades. 1950. aastal lõpetas B. Liberman Leningradi I Meditsiiniinstituudi ning ka kliinilise ordinatuuri. Arstitööd alustas ta Eestis Tallinna Vabariiklikus Haiglas. Hiljem töötas Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kliinilise kardioloogia osakonnas, viimastel aastatel Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituudis.

B. Liberman tegi palju kardioloogilise abi arendamisel meie vabariigis, laialdane oli tema tegevus kardioloogide õpetamisel, eriti spetsialistide koolitamisel funktsionaaldiagnostika alal, samuti uute diagnoosi- ja ravi vahendite kasutuselevõtmisel. Temalt ilmus üle 80 teadusartikli, peamiselt käsitleti neis südame isheemiatõbe, arütmia elekterstimulatsioonravi ja ehhokardiograafiat. 1971. aastal kaitses B. Liberman meditsiinkandidaadi väitekirja. Ta oli silmapaistvate teadmiste ja suurte kogemustega kardioloog, äärmiselt korrektne inimene ja kolleeg, kelle vastutulelikkusest ning lahkusest on paljud haiged ja meedikud osa saanud.

B. Liberman oli tegev Eesti Kardioloogide Seltsi juhatuses, juhtides selle tööd. Suurte teenete eest tervishoiu alal oli teda autasustatud viie medali ning Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjaga. Helge mälestus silmapaistvast südamearstist jääb kauaks püsima.

Kolleegid

Anto Korp



2. aprillil 1987. aastal lakkas tuksumast Eesti NSV teenelise õpetaja Anto Korbi süda.

A. Korp sündis 12. veebruaril 1905. aastal Rakke vallas Järva maal käsitöölise perekonnas. Alghariduse omandas Tartus, Tartumaal ja Võrumaal õppides. 1926. aastal, pärast

Tartu Õhtukeskkooli lõpetamist, asus A. Korp õppima Tartu Ülikoolis ajalugu, filosoofiat ja vanu keeli. Majanduslike raskuste tõttu tuli tal õppimine mitmel korral katkestada. Tänu visale tööle õnnestus ülikool lõpetada 1935. aastal. Aastail 1935 1946 töötas A. Korp ajaloo ja ladina keele õpetajana Võru Keskkoolis.

1946. aastal asus A. Korp tööle Tartu 2. Keskkoolis, andes tunde ka Tartu 3., 5. ja 6. keskkoolis. 1950. aastal, isikukultuse perioodil, vabastati ta õpetaja ametikohalt. See oli kogemustega pedagogile raske katsumus.

1955. aastal hakkas A. Korp õpetajana tööle Tartu Meditsiini koolis, kus töötas väga edukalt kuni pensionile siirdumiseni 1968. aastal. Ta õpetas ajalugu, ühiskonnaõpetust ja ladina keelt, oli aastaid kursusejuhendaja.

Eduka kohusetruu töö ning aktiivse ühiskondliku tegevuse eest autasustati A. Korpi paljude aukirjadega, sealhulgas Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirja ning Eesti NSV Kõrg- ja Keskerihariduse Ministeeriumi aukirjadega. 1964. aastal tunnistati A. Korp Eesti NSV teenelise õpetaja austava nimetuse vääriliseks.

Ka pärast pensionile siirdumist ei jäänud A. Korp Tartu Meditsiini kooli tööst eemale, ta õpetas veel üle kümne aasta noortele meedikutele ladina keelt.

Helge mälestus A. Korbist jääb alatiseks tema õpilaste ja kolleegide südameisse.

*Kolleegide nimel
Heinar Tedremaa*

Quaestiones linguae Estonicae in medicina

Meditsiinterminoloogia komisjonis

Ameerika Ühendriikides täheldati 1981. aastal esmakordselt uut raskekujulist ja surmaga lõppevat haigust, millele anti nimetus *acquired immune deficiency* (ka *immunodeficiency syndrome*, lühendatult AIDS).

Saksa, soome ja mitmed teisedki keeled on üle võtnud ingliskeelse tähtlühendi AIDS. Samal ajal aga kasutavad mitmed väiksemad ja suuremadki keeled omakeelset nimetust. Näiteks prantsuse keeles on ta *syndrome d'immuno-déficit acquis* (SIDA), vene keeles синдром приобретенного иммунодефицита, lühendatult СПИД.

Nii raadios, televisioonis kui ka ajakirjanduses on viimasel ajal levinud inglise keele eeskujul AIDS, millele võib anda ka läbinisti võõrsõnalise vaste «akvireeritud immuunsusdefitsiidi sündroom» ehk «akvireeritud immuun-defitsiidi sündroom».

Oma viimasel koosolekul 10. aprillil 1987. aastal pidaski meditsiinterminoloogia komisjon põhjendatuks nii kõnes kui ka kirjas kasutada lühendit **AIDS (akvireeritud immuunsusdefitsiidi sündroom e. akvireeritud immuun-defitsiidi sündroom)**, mõistes selle all omandatud immuunsupuudulikkuse sündroomi e. omandatud immuunpuudulikkuse sündroomi.

Ilmar Laan

Kroonika

NSV Liidu Tervishoiuministeriumis

1987. aasta veebruarist alates on NSV Liidu tervishoiuminister Jevgeni Ivani p. Tšazov. Sündinud 1929. aastal, rahvuselt venelane. NLKP liige 1962. aastast. On lõpetanud Kiievi Meditsiiniinstituudi 1953. aastal, meditsiinidoktor (1964), professor (1965), NSV Liidu Teaduste Akadeemia ja NSV Liidu Meditsiiniakadeemia akadeemik. 1957. aastal lõpetas Moskva I Meditsiiniinstituudi kliinilise ordinatuuri, samast aastast töötas NSV Liidu Meditsiiniakadeemia Teraapiainstituudis ordinaatorina, vanemteadurina, direktori asetäitjana, aastail 1965 . . . 1975 instituudi direktorina. 1967. aastast on ta ka NSV Liidu Tervishoiuministeriumi Neljanda Peavalitsuse ülem ja 1968. aastast NSV Liidu tervishoiuministri asetäitja. Samal ajal, 1976. aastast alates on J. Tšazov direktorina juhtinud NSV Liidu Meditsiiniakadeemia Üleliidulise Teadusliku Kardioloogiakeskuse tööd. J. Tšazov on NLKP Keskkomitee liige, NSV Liidu Ülemnõukogu saadik, sotsialistliku töö kangelane, Lenini preemia ja NSV Liidu riikliku preemia laureaat, teda on autasustatud nelja Lenini ordeniga. J. Tšazovi uurimused müokardi energeetika alal, samuti südametegevuse regulatsiooni ja bioaktiivsete ainete uurimise ning uute ravimite loomise alal on pälvinud rahvusvahelise tunnustuse.

Eesti NSV Tervishoiuministeriumis

1987. aasta 22. jaanuari kolleegiumi koosolekul, mida juhatas tervishoiuminister prof. V. Rätsep, kuulati ministeriumi peaarstgenoloogi P. Mardna aruannet kasutatud röntgeni- ja fluorograafiafilmidest saadud hõbeda riiklikku fondi tagastamise kohta. Plaan on täidetud 105%-liselt. Vabariiklik Laevanduse Keskhaigna, Kose Vabariiklik Tuberkuloosisanatoorium, Tallinna Vabariiklik Psühhoneuroloogiahaigla tagastasid röntgeni- ja fluorograafiafilme plaanis ettenähtud kogusest rohkem, Viljandi Rajooni Keskhaigna, Tallinna Nõmme Haigla ja mitmed teised haiglad aga hoopis vähem. Kolleegiumi otsuse põhjal peab edaspidi hõbeda tagastamise eest vastutama üks töötaja tervishoiuasutuse juhtkonna hulgas.

Samal päeval arutati meie vabariigi elanike varustamist kvaliteetselt valmistatud prillidega ning optikakaupluste tööd. Ülevaate sellest andis tootmiskoondise «Eesti Meditsiinitehnika» peadirektori asetäitja V. Allik. Viimasel ajal on olukord paranenud: on korraldatud optikute kvalifikatsiooni tõstmise kursusi, tehast saadud prilliraame ja -klaase on kontrollitud hoolikamalt. On paranenud ka inimestele teabe andmine. Suurt kasu on toonud liikuv optikakauplus, mille teeninduspiirkond on Jõgeva, Rapla ja Hiiumaa rajoon. Veel ei jätku bifokaalseid ja mõningaid astigmaatilisi prilliklaase. Mõnes rajoonikeskuses ei ole veel optikakauplust avatud.

Samal koosolekul kuulati Apteekide Peavalitsuse juhataja E. Sassi informatsiooni reaktiivide tellimuse kohta 1988. aastal. Tellimus on koostatud koos peaspetsialistide ja tervishoiu-ministeeriumi planeerimiskomisjoniga, kusjuures arvesse on võetud kõikide tervishoiuasutuste vajadusi ja tellimusi. Tellimuse maksumus on hulgi-hindades 394 300 rubla.

12. veebruari kolleegiumi koosolekul rääkis peaepidemioloog J. Märtn eriti ohtlike nakkushaiguste profülaktikast meie vabariigis. Tegutsetakse üksikasjaliku kompleksplaani järgi. Juba aastaid ei ole meil virolentseid koole-ravibrioone avastatud, kuid järgides NSV Liidu tervishoiu-ministri ammu tuntud korraldust, tehakse vee uurimisel väga palju analüüse. Selle töö üldmaht on väga suur, aga põhjendatus küsitav. Samal koosolekul olid arutusel AIDS-i leviku iseärasused eri maades. Kõne all olid ka doonore ja meremeeste meditsiinilised uuringud.

Kaadriosakonna juhataja A. Sivenkov andis ülevaate arstide ametikohtadest, mis 1987. aastal on täitmata, ning TRÜ arstiteaduskonna lõpetajate suunamisest nendele töökohtadele. Tänavu on arstide arv meie tervishoiuasutustes suurenenud 210 võrra, 1. jaanuaril 1987 oli meil 6235 arsti. Ent vaja on veelgi rohkem üldarste. Tänavu tuleb tervishoiuasutustesse tööle 189 noort spetsialisti. Kõige enam tuntakse puudust jaoskonnaterapeutide ja -pediaatrite järele, ka vajame rohkem anesthesiolooge, kiirabi- arste, stomatolooge, akušöör-günekolooge, silmaarste, patoanatoome. Kolleegium kinnitas TRÜ arstiteaduskonna 1987. aasta lõpetajate tööle suunamise jaotuskava.

Samal koosolekul kinnitati ka sanitaaraudote 1987. aasta jaotuskava. Apteekide Peavalitsuse juhataja E. Sassi rõhutas, et ravimite kohaletoimetamiseks meie vabariigi linnade ja rajoonide apteekidesse on iga päev vaja 14...15 autot, kuid nende kasutusse antakse ainult 6...7 autot. Sellest sügeneb osa vajakajäämisi ravimitega varustamisel.

19. veebruaril arutati ravimite ja meditsiinkaupade tellimust 1988. aastaks. Silmas on peetud kõikide tervishoiuasutuste ja teaduslike uurimis-instituutide aastatellimusi, igal aastal raviks ja profülaktikaks vajaminevat ning dispanseerimist. Tellimuse koostasid paarstid ja peaspetsialistid ühiselt. Tellimuses on import-ravimeid 39%, nende osa on suurenenud 4%.

Tellimuse maksumus on jaehindades 39,29 miljonit rubla.

26. veebruaril minister prof. V. Rätsepa eesistumisel toimunud kolleegiumi koosolekul oli arutlusel inventuur ja kõlbmatuks muutunud varade mahakandmine Tallinna Pelgulinna Haiglas. Kolleegium pidas vajalikuks, et paarast tugedaks kontrolli selles valdkonnas.

Koos Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumiga arutati töökaitse, tootmistraumatismi profülaktika ja liiklusuhtuse nõuete täitmist Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi süsteemi asutustes 1986. aastal. Aruande esitas ministeeriumi juhtivinsener J. Kornilov. Ehkki selles valdkonnas on saavutatud edu (töötingimused on paranenud, tootmistraumatism ja ajutise töövõimetuse päevade arv on vähenenud), on vaja teha veelgi enam. Sõidukiirused on suurenenud, mistõttu ka vigastused on raskemad. Üle 70% tööõnnetustest on juhtunud halva distsipliini ja organiseerimistöö ilmsiks tulnud vajakajäämist tõttu. Elektriseadmete kasutamine nõuab asjakikkust ja erialateadmisi. Ühises otsuses fikseeriti tegevussuund ja -ülesanded.

Arutati veel 1986. aastal Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumile saadetud kirjalike avalduste, ettepanekute ja kaebuste ning kodanike isiklike pöördumiste analüüsi tulemusi. Ettekande esitas inspektorarst R. Vassiljev. Kolleegiumi otsuse põhjal võetakse kasutusele meetmeid ambulatooriumide ja polikliinikute töö, diagnoosimise ja ravi kvaliteedi parandamiseks ning eriarstiabi tõhustamiseks kõikides haiglates. Eriti on vaja silmas pidada meditsiinideontoloogia nõudeid.

Vello Laos

Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi kolleegiumi ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee ühisel koosolekul 23. aprillil arutati tervishoiutöötajate tervise kaitset ning ajutist töövõimetust 1986. aastal. Ajutise töövõimetuse juhtude arv on vähenenud küll pidevalt, ent aeglaselt. Suhteliselt väike on haigestumus olnud Võru, Põlva, Hiiumaa rajooni tervishoiuasutustes, samuti Tallinna Kiirabihaiglas, Vabariiklikus Naha- ja Suguhaiguste Dispanseris (alla 700 ja isegi alla 600 päeva aastas 100 töötaja kohta), väga suur aga (üle 1000 päeva) Kohtla-Järve Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamas, Narva Linna Keskhai-glas, Tallinnas Nõmme ja Tõnismäe haiglas ning mitmes teises tervishoiuasutuses. Põhjustest rääkides selgus ka tõsiasi, et haiglaravi ei ole tervishoiutöötajatele alati kättesaadav olnud. Ka ambulatoorse ravi kvaliteet ei ole alati taganud töövõime ja tervise taastumist, mille tagajärjeks on ambulatoorse ravi pikalevenimine. Väga palju on olnud külmetushaigusjuhte.

Koosoleku otsuses on tervishoiuosakondi, asutuste juhatajaid ja peaarste muu hulgas kohustatud parandama töötajate töötingimusi, mille tulemusena väheneks külmetushaiguste osatähtsus haigestumise struktuuris. Hiljemalt 1. juuliks 1987 peab tervishoiuasutuse administratsioon oma töötajatele välja andma töötõendid, mille esitamine tagab arstiabi eelisjärjekorras polikliiniku registraaturist alates ning haigla vastuvõtuosakonnaga lõpetades.

26. veebruaril 1987 tegi komisjon eesotsas tervishoiuministri esimese asetäitja O. Tammega kokkuvõtte Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi, Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee ja Üleliidulise Meditsiini Teaduslik-Tehnilise Ühingu Eesti vabariikliku juhatuse poolt korraldatud ratsionaliseerimisettepanekute konkursist.

Parimaks tunnistati Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituudi osakonnajuhataja J. Kaigi, nooremteaduri V. Mahhotina ja vaneminseneri R. Rembali ning Eesti NSV Teaduste Akadeemia Küberneetika Instituudi Arvutustehnika Eri-konstrueerimisbüroo vaneminseneri K. Kevvai «Programmeeritav elektrokardiostimulaator».

Teise preemia pälvivad Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi osakonnajuhataja V. Mittšenkov, vanemteadur L. Männik ja kõrgharidusega laborant J. Nei ratsionaliseerimisettepaneku «Veres nitritite määramise fotokeemilise meetodi modifikatsioon» eest ja A. Seppo nim. Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise Laboratooriumi ja Kliiniku nooremteadur G. Firsov «Varras luukildude koldeväliseks fikseerimiseks» eest.

Kolmanda preemia said Tartu Kliinilise Haigla arst E. Krigul ja TRÜ dotsent L. Luts füsioteeraapiaalaste ratsionaliseerimisettepanekute eest; Tallinna Kiirabihaigla vanemmeditsiiniõde M. Kirillova ja laborant V. Kretsul histoloogilise materjali parafiinisse sisestamise küveti eest; Narva Linna Keskhaigla tistler V. Titov UDA-põrandaplaatide kinnitamise meetodi ja Meditsiinitehnika Remondiettevõtte elektrimehhaanik A. Maier röntgeniaparaadi RUM-20 skeemi täiustamise eest.

Zürri otsustas ära märkida Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vanemteaduri B. Sergejevi ratsionaliseerimisettepaneku «Kromatograafilise valkude määramise süsteemi küveti täiustamine»; Tallinna Kiirabihaigla seadistajate G. Jevdohhini ja A. Bataškovi ning vaneminseneri A. Ponomarjovi «Suitsueemaldussüsteemi klapi täiturmehhanism» ja Tallinna Lasnamäe Polikliiniku arsti A. Rjumini, inseneri V. Kostjuhini ja seadistaja B. Krõlovi «Kommutatsioon — võimendusseade psühhoteraapia kabineti jaoks».

Lembit Mitt

30. märtsil 1987 toimus Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi teadusliku meditsiininõukogu presiidiumi koosolek prof. P. Bogovski juhatusel.

Arutlusel oli uurimuste plaanide täitmine ja teadusliku meditsiininõukogu tegevus 1986. aastal; Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi, Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi, A. Seppo nim. Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise Laboratooriumi ja Kliiniku teadustegevus 1986. aastal.

Arutati ka narkoloogia ja psühhiaatria probleemikomisjonitööd, samuti muid küsimusi.

Uurimistööde plaanide täitmisest rääkis A. Tetsov. 1986. aastal võttis uurimistöödest osa 62 teadusdoktorit ja 242 -kandidaati. Lõpetati 24 teadustööd. Leiutiste kohta saadi üheksa autoritunnistust, ratsionaliseerimisettepanekuid tehti 52. Anti välja 40 metoodilist soovitusi. Avaldati kolm monograafiat ja võeti kasutusele 48 õppevahendit. Trükitist ilmus kaheksa teadustööde ja konverentside kogumikku. Publitseeritud on kokku 1105 artiklit, neist 82 välismaal.

Teaduslik meditsiininõukogu seadis sisse korra, mille järgi kõik lõpetatud uurimistööd tuleb retsenseerida. Kaks retsensenti kinnitab teadus- asutuse teaduslik nõukogu. Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis arutatakse lõpetatud uurimistööid teaduslikul konverentsil.

Teadusliku meditsiininõukogu presiidium leidis, et vähe on perspektiivseid teemasid, seoses sellega on ka vähe leiutisi. Soovida jätab teadus- alane koostöö nii meie vabariigi teadusasutuste kui ka teiste NSV Liidu teadusasutustega. Tead- laskaadri ettevalmistamise plaan jäi ka 1986. aastal täitmata. Puudusi on lõpetatud uurimis- tööde tulemuste praktikasse juurutamisel.

Teadustööst ja teaduslik-praktilisest tegevusest 1986. aastal kahes eespool nimetatud instituudis ja A. Seppo nim. Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise Laboratooriumis ja Kliinikus andsid aru instituutide teadusdirektorid prof. V. Kung ja prof. R. Silla ning kliiniku teadussekretär S. Umanski.

Narkoloogia ja psühhiaatria probleemikomisjonitööst rääkis komisjoni esimees dotsent L. Mehilane. Selgus, et komisjonil puudub tööplan. Midagi konkreetset ei ole veel tehtud. Komisjonil puudub terviklik ülevaade narkoloogia ja alkoholismi alal tehtavast uurimistööst. Presiidium kohustas probleemikomisjonitöö esimeest L. Mehilast esitama aprillikuu jooksul 1986. aasta tööaruande ja 1987. aasta tööplani.

Arutlusel oli ka teadusliku meditsiininõukogu koosseis. Paljud nõukogu liikmed on oma põhitöökohalt lahkunud, seoses sellega otsustati teha tervishoiuministrile ettepanek kinnitada teadusliku meditsiininõukogu esimehe esimeseks asetäitjaks prof. J. Männiste.

Andrei Sarap

Tartu Riiklikus Ülikoolis

TRÜ nõukogu koosolekul 6. veebruaril 1987 saadeti pidulikult pensionile ülikooli kauaaegne teadussekretär I. Maaros. I. Maarosi tööst üli-

koolis rääkisid prorektorid professorid J. Kärner ja A. Kallikorm ning teaduskondade dekaanid. I. Maaroo meenutas murrangulisi sündmusi, mis toimusid ülikoolis pärast Suurt Isamaasõda. Uueks TRÜ teadussekretäriks määrati V. Ant, kes seni töötas NLKP ajaloo kateedris.

27. veebruaril pidas oma esimese koosoleku TRÜ nõukogu uus koosseis. Uues nõukogus on ka 10 üliõpilast, neist kaks arstiteaduskonnast. Arutati talvise eksamisessiooni tulemusi, õpikutega varustatust ja muud. Õppeedukus mõnevõrra langes, eelkõige järeleksamite tähtaegade lühendamise tõttu. Järeleksamid peavad nüüd olema tehtud enne uue semestri algust.

Arstiteaduskonna nõukogu ja parteiorganisatsiooni ühisel koosolekul 24. veebruaril esitas hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kateedri dotsent I. Vahula *venia legendi* loengu «Meditsiinitöötajate ülesanded elanikkonna ulatusliku dispanseerimise etapis». Nõukogu hindas loengu kordalainuks ja otsustas taotleda I. Vahulale dotsendikutse.

Prodekaanid L. Pokk ja H. Silm rääkisid sügissemestri ja talvise eksamisessiooni tulemustest. 1986/1987. õppeaasta talvisel sessioonil oli õppeedukus arstiteaduskonnas 87,8%, seega 5% väiksem kui eelmisel talvel. Kõige parem oli õppeedukus farmaatsia- ja spordimeditsiinosakonnas — 91%, kõige halvem pediaatria- ja stomatoloogiaosakonnas — 84,7%. Kõige halvemad eksamitulemused olid II ja III kursusel. Stomatoloogiaosakonna III kursuse õppeedukus oli ainult 30,6%, suur osa üliõpilasi ei sooritanud patofüsioloogiaeksamit. Nõukogu arutas nende kateedrite tööd. Eksamivõlglasi oli palju ka II kursusel, normaalse anatoomia eksamit ei sooritanud 25% üliõpilastest. Eksamitulemuste põhjal eksamatrikuleeriti kokku 50 üliõpilast.

Nõukogu võttis vastu otsuse kateedrite õpetamismetoodika täiustamiseks.

Prof. H. Vahter esitas aruande nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateedri viie aasta töö kohta. Kateedril on olnud mitu aspiranti, tõusnud on õppejõudude kvalifikatsioon. Raskusi on kateedril materiaalse baasi osas. Kateedri õppebaasiks on Tartu Linna Kliiniline Nakkushaigla, Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla nakkushaiguste osakond ja Tartu Linna Naha- ja Suguhaiguste Dispanser koos statsionaariga. Amortiseerunud on nakkushaigla ruumid Lina tänavas ning naha- ja suguhaiguste dispanseri statsionaari ruumid Toomel, kus osa palateid on juba pikemat aega avariiolekorras. Ruumid on ahiküttega, külmad ega vasta sanitaareeskirjadele. Äärmine ruumikitsikus on naha- ja suguhaiguste dispanseris Burdenko t. 63. Otsustati taotleda dispanserile juurde ruume, samuti seda, et XIII viisaastakul ehitataks Tartusse teraapia- ja nakkushaiguste kliinik. Nõukogu hindas prof. H. Vahteri töö kateedrijuhatajana heaks ja otsustas ta esitada kateedrijuhataja kohale järgmiseks tööperioodiks.

16...20. veebruarini toimus Kääriku spordi baasis arstiteaduskonna lõpukursuste üliõpilaste õppelaager. Eesti NSV tervishoiuminister prof. V. Rätsep rääkis tervishoiu arengusuundadest ja noorte meditsiinitöötajate ülesannetest.

Lembit Allikmets

Traditsioonilisele arstiteaduskonna päevale tulakse meeleldi kõikidest meie vabariigi linnadest ja rajoonidest, tervishoiu- ja teadusasutustest. Sellel päeval saab tulija palju teavet aktuaalsete meditsiiniprobleemide ja -uudiste kohta, sest peetakse ju siis arstiteaduskonna teaduskonverents. TRÜ arstiteaduskonna ning Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi teadusnõukogude ja Eesti NSV Tervishoiu- ja Tervisehoiu ministri teadusliku meditsiiniõukogu liikmed tulevad kokku ühisele istungile, arutamaks päevaprobleeme, kuulamaks nimeka õppejõu akadeemilist loengut.

Üheteistkümnendale arstiteaduskonna päevale eelnes osavõtjaterohke teaduskonverents, mille teema oli «Arstiteaduse edusammud». Kuues sektsioonis kuulati teadusettekandeid (neid oli kokku 63), esitati küsimusi ning vastati neile, diskuteeriti. Konverentsi ettekannete kogumikus ilmusid 202 teadustöö teesid.

Järgmise päeva hommikul algas aulas kolme teadusnõukogu ühisistung, kus arutati ja analüüsiti kardioloogiaalast teadustööd meie vabariigis.



Foto 1. Akadeemilise loengu pidas TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateedri juhataja prof. L. Päi.



Foto 2. Arstiteaduskonna päeva pidulikul hetkel. Esireas keskel: kõrgharidusminister prof. V. Rajangu, rektor prof. A. Koop, tervishoiuminister prof. V. Rätsep, arstiteaduskonna dekaan prof. A.-E. Kaasik.

Istungit ja arutelu juhatas tervishoiuministreeriumi meditsiiniinõukogu esimees prof. P. Bogovski. TRÜ arstiteaduskonna sisehaiguste propedeutika kateedri juhataja prof. J. Riivi põhiettekandes, mis oli kardioloogiaalase uurimistööst, oli huvitavaid andmeid. Üldsuremuse struktuuris on 53% südamehaigustest põhjustatud surmajuhud. Pediaatrid on hakanud uurima geneetilisi riskitegureid, et välja selgitada ateroskleroosi põhjusi. Lastele ja noortele tuleb õpetada, kuidas elada, toituda, õppida. Kuid teaduslik uurimine peab alguse saama meditsiinipraktikast, sest õige vastuse ateroskleroosi tekkepõhjuste kohta võivad anda üksnes koopereeritud kompleksuuringud — see on laialdane uurimistöö. Meie vabariigis tegeleb kardioloogiaga 130 spetsialisti. Pediaatrid ja täiendusteaduskonna teraapia kateedri liikmed (prof. K. Valmaga eesotsas) uurivad ateroskleroosi ja veresoonte haigusi. Kirurgilise ja terapeutilise kardioloogia alal on 1986. aastal kaitsitud üks doktori- ja seitse kandidaadiväitekirja. Innuga tehakse meil eksperimentaaluurimisi, ka ÜMPI-s viljeldavad uurimissuunad on õiged ja vajalikud. Üldiselt on aga töö liiga killustatud ning meie vabariigi rajoonides töötavad arstid on uurimistööst kõrvale jäänud, neid aga tuleks stimuleerida teadusliku uurimisega tegelema. Soomlaste Ida-Karjala uurimiskspereiment tõestas, et ateroskleroosi puhul on geneetiline tegur olemas. Aga meiegi elasime iidsetel aegadel Ida-Karjalas. Uurimistöös vajalik materaal-tehniline baas

on meil maha jäänud; tänapäeval on vaja raale. Meil puudub südame- ja veresoonte haigusi põdevate rehabiliteerimise terviklik süsteem, meil on vaja profülaktikaosakondi, taastusravihaiglaid, ka arütmiate kirurgilise ravi keskust. Nii mõnigi hea ettepanek on realiseerimata jäänud NSV Liidu Tervishoiuministreeriumi tööstili tõttu.

Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituudi direktor P. Laane informeeris instituudis toimuvatest uurimistöödest ja nende tulemustest. Instituudis on 57 ametikohta. TRÜ arstiteaduskonna hospitaalkirurgia kateedri juhataja prof. A. Kliiman andis ülevaate südamehaigete kirurgilisest ravist Tartu Kliinilise Haigla kardiokirurgia osakonnas. Ta rõhutas muu hulgas, et kardiokirurgilisi operatsioone tehakse tungiva vajaduse tõttu, samal põhjusel on arenenud ka nimetatud eriala. Aastail 1958...1986 on Tartus opereeritud 2573 haiget. Kuid opereerida oleks vaja vähemalt kaks korda rohkem. Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi südameveresooneosakonna juhataja prof. R. Teesalu tutvustas uurimissuundi, millega neil tegeldakse. ÜMPI kardioloogia ja koronaarkirurgia osakonna juhataja meditsiini-doktor T.-A. Sulling rääkis Tallinna Kiirabihaiglas paiknevas osakonnas tehtust. Töö tulemused on olnud head, on suudetud päästa väga raskest, peaaegu lootusetus seisundis haigeid. Mitmed teadurid on kaitsnud väitekirju, uurimistööde kohta on avaldatud publikatsioone ka välismaa väljaannetes.



Foto 3. Ka sellel korral oli arstiteaduskonna päevale tulnud palju meedikuid nii linnadest kui ka rajoonidest. V. Kutsari fotod.

Elavas mõttevahetuses osalesid tervishoiu-minister prof. V. Rätsep, arstiteaduskonna dekaan prof. A.-E. Kaasik, professorid L. Allikmets, T. Karu, E. Laane, K. Valgma jt. Kolme nõukogu ühises otsuses on antud hinnang kardioloogiaalasele teadustööle. Teadusprobleemide lahendamiseks tegeleb 130 teadurit, neist 15 on doktori-, 47 kandidaadikraadiga. Teadustöötajate arv ja kvalifikatsioon on piisav, kuid soovida jätab nende rakendamine; näiteks kardioloogiainstituudis ei ole ühtegi doktorikraadiga teadurit. Teadustöö tulemusi on meditsiinipraktikas edukalt kasutusele võetud, seda eriti kardio- ja koronaarkirurgia alal. Eesti NSV riikliku preemia pälviski T.-A. Sullingu poolt juhitud koronaarkirurgide töörühm. Kompleksselt on toimunud kardiomiopaatiate uurimine pediaatria kateedris, täiendusteaduskonna teraapia kateedris ja kardioloogiainstituudis. Edukalt on kaitstud väitekirju.

Ent teha on veel palju. Meil on rohkem südame- ja veresoonte haigusi põdejaid kui mujal Nõukogude Liidus. Kavandatud profülaktika-, ravi- ja rehabilitatsiooniprogramme ei ole veel suudetud ellu viia. Uurimist vajavad probleemid on väga erinevad, millest tingituna on need jaotatud kümne eri juhtiva teaduskeskuse vahel. Nii-sugune killustatus ning kogu teaduspotentsiaali osaline rakendatus häirivad teadustöö ühtset suunamist ja kulgu. Juhuslik, seetõttu ka vähetõhus on rahvastiku tervisekasvatust südame- ja

veresoonte haiguste profülaktika valdkonnas. Arteriaalset hüpertensiooni on meil veel vähe uuritud, millest võivad sügeneda vajakajäämised aju vaskulaarsete haiguste ja südame degeneratiivsete haiguste profülaktikas. Laste kaasasündinud südamerikete, omandatud kombineeritud südamerikete ja südame rütmihäirete kirurgilise ravi võimalusi on vaja laiendada. Peame suutma opereerida kõiki haigeid, kellel kirurgiline ravi on näidustatud. Edaspidi on vaja paremini koordineerida kogu kardioloogiaalast tööd, vältida selle killustatust, otstarbekalt on tarvis rakendada teaduspotentsiaali. Teaduspublikatsioonide arvu üleliidulistes ja rahvusvahelistes ajakirjades tuleks kindlalt suurendada. Profülaktilises kardioloogias peab olema tähtsal kohal teaduse populariseerimine tervisliku elulaadi põhimõtete kindistamisel ja omaksvõtmisel rahva hulgas. Võiks veel lisada, et otsuses puudub üks punkt: väga on vaja rahvuskeelset populaarteaduslikku ajakirja, milles meie kardioloogid ja teised arstiteadlased ning arstid võiksid kirjutada rahvale, kuidas tervislikult elada, toituda, puhata, hoida enda ja teiste tervist.

Päeva teisel poolel toimus ülikooli aulas arstiteaduskonna päeva pidulik koosolek. Selle avas dekaan prof. A.-E. Kaasik. Tervitajate hulgas olid rektor prof. A. Koop, ministrid V. Rätsep ja V. Rajangu. Arstiteaduskonna akadeemilise loengu «Vana arsti mõtisklused (tänapäeva meditsiini aktuaalseid probleeme)» pidas hospitaalsisehai-

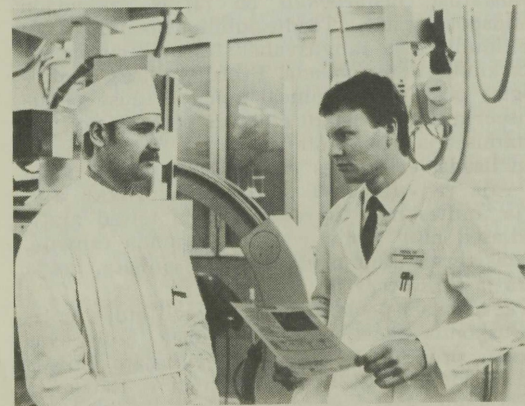
guste kateedri juhataja prof. L. Päi. Ta rääkis haigusest üldse, diagnoosimise kunstist, ravist, ka ebaravist ja šarlataansusest. Prof. L. Päi peatus ka meditsiini arengu põhiprobleemidel ning meditsiini arendajal — arstil. Arstiteaduskonna tööst andis ülevaate dekaan prof. A.-E. Kaasik, ÜMPI tegevusest dotsent L. Karu. Seejärel autasustati tublimaid. TRÜ arstiteaduskonna medali pälvisid professorid R. Looga, K. Villako ja A. Kallikorm, dotsendid H. Jalviste ja Ü. Lepp, ÜMPI-i enteroloogialaboratooriumi juhataja A. Tamm, Tartu RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhataja M. Sikk ja Tartu Polikliiniku peaarst S. Aru. Paljud õppejõud ja ka üliõpilased said aukirju Eesti NSV Tervishoiuministereeriumilt, Eesti NSV Kõrgharidusministeeriumilt, Tartu Riiklikult Ülikoolilt ja teistelt asutustelt.

Vello Laos

29. oktoobril 1986. aastal avaldas «Komsomolskaja Pravda» ÜLKNÜ Keskkomitee büroo otsuse 1986. aasta teadus- ja tehnikapreemiade määramise kohta. Premeeritud kollektiivse töö «Ägeda koronaarpuudulikkuse diagnoosimine ja ravi» üheksa autori hulgas on ka kaks meie vabariigi arsti: TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi teadur meditsiinkandidaat **Tiit Meren** ja Tallinna Kiirabihaigla arst **Tarmo Serka**.

Preemia pälvinud kollektiivi liikmed on teinud palju ägeda koronaarpuudulikkuse diagnoosimise ja ravi arendamisel. 1980-ndad aastad on olnud kogu maailmas radikaalsete muudatuste ajaks ägeda müokardiinfarkti diagnoosimises ja ravis. Tavapäraseks on saanud erakorralise koronograafia kasutamine ägeda müokardiinfarkti diagnoosimisel ning selle uurimismeetodi tulemuste alusel optimaalse ravitaktika valik. Sellised uued ravivõtted nagu intrakoronaarne trombolüüs, pärgarterite balloondilatatsioon ning aortokoronaarne šunteerimine on paljude infarkthäigete tervistumisel ning töövõime taastamisel hakanud etendama olulist osa.

T. Mereni ja T. Serka uurimistööde tulemused (vastavalt 20 ja 38 publikatsiooni) on erialarstide seas hästi tuntud, nende ettekandeid on



Fotol preemia pälvinud Tiit Meren ja Tarmo Serka. V. Kutsari foto.

kuulatud paljudel üleliidulistel ja vabariiklikel konverentsidel. T. Meren on meie maa üks paremaid ägeda müokardiinfarkti kirurgilise ravi asjatundjaid. T. Serka on intrakoronaarse trombolüütilise ravi ja pärgarterite balloondilatatsiooni alal üks kogenenumaid spetsialiste Nõukogude Liidus. Nende mõlema eesmärk on leida täiuslikumaid meetodeid südamelihase päästmiseks müokardiinfarktiga haigetel.

Üleliidulise preemia määramine on suur tunnustus nii T. Mereni ja T. Serka kui ka kogu ÜMPI kardioloogia ja koronaarkirurgia osakonna ja Tallinna Kiirabihaigla meedikute senisele tööle.

Jaan Eha

Tervishoiutöötajate ametiühingus

Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumi 24. veebruari koosolekul oli vaatluse all Tervishoiutöötajate Ametiühingu Valga Rajoonikomitee töö ning Narva Linna Keskhaigla administratsiooni ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Narva Linnakomitee tegevus sotsialistliku võistluse korraldamisel.

Tulenevalt tervistavate ürituste kompleksplaanini täitmisest arutati koosolekul ka töökaitset, töötõngimuste paremaks muutmist ning töötraumasid 1986. aastal. Põhiettekande esitas tervishoiu-ministeeriumi juhtivinsener J. Kornilov ning kaasettekande tervishoiutöötajate ametiühingu komitee peatehnikainspektor E. Rist. Nenditi, et töötõngimused on järjekindlalt parenenud ning töötraumade arv möödunud aasta arvust natuke väiksem. Pikemalt arutati Tartu Kliinilise Haigla siseõuel paikneva ning tuletõrjebinõudega vastulus oleva hapnikuballoonilao seisukorda. Ladu otustati sulgeda 1. juunist 1987. Operatiivselt tuleb leida lahendus, kus ja kuidas hapnikuballoonid ajutiselt hoida kuni projekteeritud vedelhapnikujaama ehitamiseni.

31. märtsi presiidiumi koosoleku päevakorras oli põhiline 1986. aasta kollektiivlepingu täitmise aruande kuulamine ja kinnitamine ning 1987. aasta kollektiivlepingu sõlmimine.

Punase Risti Seltsis

NSV Liidu Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside Liidu Täitevkomitee presiidiumi istungil 31. märtsil 1987 tehti kokkuvõtteid möödunud aasta töötulemustest. Liiduvabariikidevahelises sotsialistlikus võistluses sai esikoha ja rahapremia 5000 rubla Eesti NSV Punase Risti Selts. Linna- ja rajoonikomiteede vahelises sotsialistlikus võistluses tulid meie vabariigist võitjateks Tallinna Oktoobri rajoonikomitee (aseesimees M. Säask) ning Kohtla-Järve linnakomitee (esimees A. Rodin, aseesimees A. Nurk, instruktor E. Lilleorg). Parimaks algorganisatsiooniks tasuta

doonorluse arendamisel tunnistati meie vabariigi V. Klementi nim. Ömblustootmiskoondise algorganisatsioon (esimees L. Pirn).

Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee presiidiumi märtsikuu istungil oli arutusel Rakvere rajoonikomitee tegevus. Rakvere rajoonikomitee (esimees T. Randlane, aseesimees M. Puusepp) on olnud aastaid paremate seas. 1985. aastal saadi üleliiduline esikoht. Töö on hästi korraldatud ning elanikega on hea kontakt. 55,4% elanikest on Punase Risti Seltsi liikmed, mis on parim näitaja meie vabariigis. Aasta jooksul on liikmete arv suurenenud 1,4%. Töötajatest on seltsi liikmed 69,1%. Liikmemaksud kogutakse iga aasta esimestel kuudel. Ka kõik teised plaanilised näitajad on hästi täidetud. 1986. aastal jäi täitmata ainult doonorite plaan, täideti 93,5%-liselt. Ent rajooni doonorluse keskmine näitaja 37,1 doonorit 1000 inimese kohta on suurem vabariigi vastavast näitajast. 1986. aastal saadi doonoreid juurde vaid 16,6%.

Presiidium avaldas Rakvere rajoonikomiteele tunnustust.

10. aprillil toimus Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi IV Valitsuse Vabariikliku Haigla saalis Tallinna doonorite austamisõhtu. Kohal olid doonorid, kes olid andnud verd 40 või üle 40 korra ning keda on autasustatud NSV Liidu audoonori rinnamärgiga.

Koosoleku avas Tallinna Linna RSN Täitevkomitee esimehe asetäitja N. Kasemaa. Doonoreid olid tulnud tervitama Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi peakirurg prof. J. Männiste, Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee aseesimees G. Sukles ja Vabariikliku Verejaama peaarst R. Kolle. NSV Liidu audoonori rinnamärgi omanikuks sai üle 200 doonori. Südamlikke tänusõnu ütles doonoreile I. Titova, kellele on üle kantud üle viie liitri verd. Autasustatute nimel esines S. Annus.

Kokkutulnuile andis kontserdi RAM-i noortekvartett.

Gunnar Sukles

Karskusühingus

Vabariikliku Karskusühingu juhatus arutas oma istungil karskusalast tööd Harju rajoonis ning jõudis järeldusele, et karskuspropaganda tõhustamiseks tuleb veel palju teha. On vaja eeskujuks tuua karske eluviisiga inimesi ning tõsta nende ühiskondlikku aktiivsust. Rohkem on vaja teha igapäevast karskusalast selgitustööd, karskuspropaganda tuleb oskuslikult siduda tervisliku eluviisi propagandaga. Senisest rohkem on vaja kasutada alkoholivastaseid filme ja näitvahendeid, korraldada ühisüritusi vaba aja veetmiseks alkoholita. Karsklased peaksid tegema ka narkomaaniavastast propagandat.

Ülemaailmse tervisepäeva puhul korraldati mitu üritust. Jõgeva rajooni karskusühingu ja ühingu «Teadus» aktivistid arutasid märtsi lõpul tervisliku toitumise küsimusi. Nad degusteerisid

ka Põltsamaa Põllumajanduskombinaadis toodetud vitamiinirohkeid toite. Prof. L. Allikmets rääkis vitamiinide osatervise säilitamisel. Aprilli algul toimus Jõgeva rajoonis propagandadekaad deviisi all «Tervislik eluviis kõigile».

Karskusühing püüab teha rohkem tööd noorte hulgas. Märtsis korraldati Valgas järjekordne moderantsu konkurss. Parimad esinejad said karskusühingu auhinnad. 31. märtsil toimus karskusühingu eestvedamisel J. Tombi nimelises Kultuuripalees Tallinna Lenini rajooni koolinoorte teatriball. Õhtu oli meeleolukas ja tegevusrohke ning aitas arendada noorte suhtlemis- ja tantsukultuuri.

Karskusklubid tegutsevad edukalt Viljandis, Pärnus ja mitmel pool mujalgi. Märtsis asutasid noorte karskusklubi Tallinna Oktoobri rajooni 42. ja 43. kutsekeskkooli õpilased. Klubi eesmärk on oma liikmete silmaringi laiendamine ja vaba aja veetmine.

Lõppes Vabatahtliku Karskusühingu poolt korraldatud üle poole aasta kestnud ülevabariigiline ristsõnaturniir. Turniir oli osavõtjaterohke, võitjad said karskusühingu ja mitme teise organisatsiooni poolt väljapandud auhindu.

Aprillis kohtusid karskusühingu aktivistid külalistega USA-st, endiste alkohoolikute ühingu «Anonüümsed alkohoolikud» liikmetega. Tallinnas vestlesid nad Vabariikliku Karskusühingu juhtidega, Tartus klubi «Anti-Bakchos» liikmetega.

Erki Silvet

* * *

24. märtsil 1987 pandi nurgakivi Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla uuele ravihoonele. Haigla suureneb 250 koha võrra. Kohale olid tulnud EKP Keskkomitee büroo liige, EKP Tallinna Linnakomitee esimene sekretär E.-A. Silvari, tervishoiuminister prof. V. Rätsep, Kalinini Rajooni RSN Täitevkomitee esimees V. Ivanov ja meditsiiniüldsuse esindajaid. Uue hoone eriprojekti on teinud projekteerimisinstituudi «Eesti

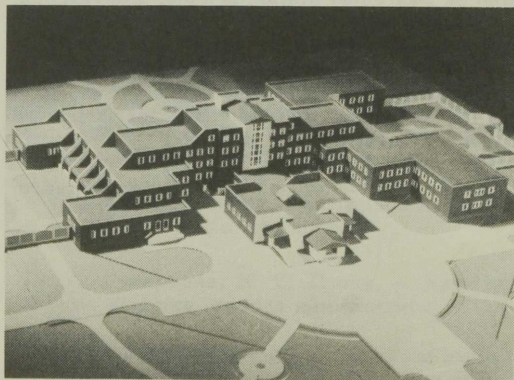


Foto 1. Uue ravihoone makett.



Foto 2. Vasakult: EKP Tallinna Linnakomitee esimene sekretär E.-A. Sillari, tervishoiuminister prof. V. Rätsep, haigla peaarst A. Haug, kõnelemas on arhitekt H. Karro.

Projekt» arhitekt Heldi Karro (vt. foto 1). Ravihooned peab valmis saama 33 kuuga. Üldmaksumus on üle 3,3 miljoni rubla. Pidulikult sündmusel kõnelesid prof. V. Rätsep ja haigla peaarst A. Haug. Praegu on palatite üldpinda 3006 ruutmeetrit, uues ravikorpuses 1550 ruutmeetrit. Esimesena viiakse sinna üle lasteosakond, milles valitseb praegu suur ruumikitsikus. Nurgakivisse müüriti silinder, millesse olid paigutatud haigla töötajate nimekiri koos nende allkirjadega, haigla autöötaja medal, rinnamärk, vimpel, kutsekaardid, haigla kahe juubeli puhul ilmunud artiklite kogumikud ning kalligraafiliselt kujundatud ürik haigla andmestikuga.

Vello Laos

Lääne-Eesti Arstide Seltside Seltside Nõukogu tervisepäevad olid 13. – 16. märtsini 1987 Valgamaal Kadejärvel. Osa võttis Rapla rajooni, Hiiumaa ja Saaremaa arste. Ühtlasi peeti ka nõukogu koosolek, kus arutati Lääne-Eesti arstide seltside IV konverentsi korraldamist. Konverents otustati pidada 1987. aasta septembris Raplas. Kavandati konverentsi esialgne teemaatika, mis anti läbiarutamiseks Hiiumaa, Haapsalu, Rapla ja Saaremaa arstide seltsile. Konverentsil arutlusele tulevate teemade lõplik kinnitamine toimub aprillis peetaval nõupidamisel. Leiti, et arstide tervisepäevad läksid hästi korda ning on väga vajalikud. Seltside nõukogu peaks hoolt kandma, et niisugused talvised tervisepäevad kujuneksid tavaks.

Ants Haavel

Nõukogude Eesti Tervishoid

[ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ]

Медицинский журнал
Министерства здравоохранения
Эстонской ССР

№ 3, май, июнь 1987 г.

Э. Х. Пало, М. О. Кивило — О роли главного специалиста системы здравоохранения в современной санитарно-просветительной работе
И. Г. Шор — Организация специализированной медицинской помощи новорожденным с врожденными пороками сердца

Организация специализированной медицинской помощи детям первого года жизни с врожденными пороками сердца содержит 4 группы вопросов: быстрая диагностика, быстрая транспортировка в специализированный центр, точный диагноз, немедленное соответствующее лечение. Только одновременное комплексное развитие всех этих компонентов может служить залогом успешного решения указанной проблемы.

Я. К. Ару, Т. Й. Каск, Р. Х. Лай, Т.-А. А. Суллинг — Внутриаортальная баллонная контрпульсация. Тактика при операциях аортокоронарного шунтирования

На примере 80 внутриаортальных баллонных пульсаций (ВАБП), проведенных в комплексе хирургического лечения разных форм ишемической болезни сердца (ИБС), обсуждаются тактические вопросы. У 3 больных с выраженной сердечной недостаточностью ВАБП была проведена в предоперационном периоде, у 2 больных с хронической формой ИБС ее провели в ходе операции. Из 28 больных с острым инфарктом миокарда 5 были оперированы в течение 24 часов после тромболиза. У 2 больных имели место осложнения после чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластики, вследствие чего возникла необходимость в экстренном аортокоронарном шунтировании. Приводятся 2 клинических примера.

Т. П. Аарелейд, М. А. Раху — **О выживаемости больных со злокачественными новообразованиями в Эстонии в 1968 . . . 1981 гг.**

В статье приведены показатели наблюдаемой и относительной выживаемости больных с наиболее распространенными злокачественными новообразованиями в Эстонии за период 1968 . . . 1981 (1982) гг. Для анализа использовались данные популяционного общереспубликанского Эстонского регистра рака. При раке желудка пятилетняя относительная выживаемость (ОТВ) составляла 15,0% для мужчин и 14,8% для женщин. Наиболее низкая выживаемость отмечена при раке легкого: пятилетняя ОТВ у мужчин равнялась 6,4%, а у женщин — 11,4%.

При раке молочной железы у женщин пятилетняя ОТВ была 55,9%, а при раке шейки матки — 59,2%. Среди больных злокачественной меланомой кожи пятилетняя ОТВ составляла 33,2% у мужчин и 55,6 у женщин.

Ю. Л. Кайк, Ю. Л. Калде, М. К. Вайну, В. Н. Махотина, И. Х. Вертман, М. Р. Мальвисте — **Сопоставление данных программируемой электростимуляции желудочков и холтеровского мониторирования при выявлении больных ИБС, предрасположенных к возникновению жизнеопасных нарушений ритма**

С целью изучения возможной корреляции данных программируемой электростимуляции желудочков (ПЭСЖ) и холтеровского мониторирования (ХМ) при выявлении контингента больных, предрасположенных к возникновению жизнеопасных нарушений ритма, обследовано 85 больных с велоэргометрически и коронарографически подтвержденным диагнозом ИБС. В соответствии с результатами ПЭСЖ (протокол стимуляции включал нанесение одного, двух и трех экстрастимулов из верхушки и/или тракта оттока правого желудочка на фоне исходящих от стимулятора с частотой 100 и 140 имп/мин. ритмов) больные были подразделены на 2 группы. Анализ данных суточного мониторирования ЭКГ выявил корреляцию некоторых параметров ХМ (количество различных конфигураций желудочковых extrasystoles, наличие высоких градаций желудочковых нарушений ритма) со степенью выраженности электрической нестабильности миокарда по данным ПЭСЖ.

М. Э. Лембер, А. О. Тамм, М. М. Уускюла — **Малабсорбция лактозы и привычное потребление молока у больных с инфарктом миокарда**

Было исследовано 140 мужчин, 70 из которых составляли пациенты с инфарктом миокарда (ИМ) и 70 — контрольные лица того же возраста (± 2 года), национальности и местожительства (город или село), но без болезней сердца. Данные о привычке потреблять молоко

были получены путем опроса, малабсорбция лактозы диагностировалась путем нагрузочных тестов с лактозой и глюкозой-галактозой. У больных с ИМ малабсорбция лактозы была выявлена в 12 случаях из 70 (встречаемость 17%), т. е. наблюдалась значительно реже, чем в контрольной группе (22 из 70 (31%), $p < 0,05$). В среднем больные с ИМ выпивали существенно больше свежего молока, чем контрольные лица ($p < 0,01$). В 33% случаев вариабельность риска ИМ описывалась следующими факторами: болезни сердца у родственников первой степени, гипертензия, повышенная масса тела, употребление молока свыше трех стаканов в день, курение сигарет. Эти результаты согласуются с гипотезой, по которой обильное употребление молока может увеличить риск ИМ.

М. Я. Оттер, К. Я. Кукк — **Проблема детских лекарств**

Детский организм имеет ряд анатомо-физиологических особенностей, что отражается в своеобразии реакций на лекарственное вмешательство. Проблема необходимости разработки лекарств для детей не новая, но, несмотря на это, число специальных лекарств в нашей стране пока не превышает нескольких десятков. Обычно ограничиваются лишь уменьшением доз. Проблема детских лекарств сложна и требует комплексного решения ряда фармакологических и биофармацевтических вопросов. Уже введение лекарственных веществ в организм ребенка нередко бывает затруднено, ибо дети плохо переносят боль, горький вкус и т.д. Часто пероральные лекарства требуют коррекции их вкуса, запаха, цвета, но это связано с проблемами абсорбции, стабильности, терапевтической активности. Различия в гидратации тканей детского организма дают основание предполагать неодинаковость распределения в них водорастворимых лекарственных веществ. Организм ребенка, особенно раннего возраста, характеризуется недоразвитием ферментных систем, играющих важную роль в биотрансформации многих лекарственных веществ, и иным уровнем выделения.

Детям дошкольного возраста более показаны жидкие лекарства, которые также имеют наибольшую биодоступность и позволяют широко варьировать дозирование. В ряде стран детские препараты выпускают в специальных упаковках, капсулах и ректальных формах. Их применение имеет как положительные, так и отрицательные стороны.

Ш. А. Гулордава, Х. С. Поола — **Хирургическое лечение острого панкреатита**

В статье отмечается, что, по данным литературы, при панкреонекрозе наблюдается крайне разноречивый подход ко всем лечебно-тактическим положениям. Это заболевание следует

считать одной из самых тяжелых проблем в urgentной абдоминальной хирургии.

В течение последних 15 лет различаются два направления в лечении острого панкреатита: 1) улучшение интенсивной консервативной терапии и 2) новые методы радикального хирургического лечения для удаления в неотложном или отсроченном порядке некротических участков поджелудочной железы.

Хирургическая активность в лечении острого панкреатита колеблется в больших диапазонах: от 3,6 до 68,9%.

Показаниями хирургического лечения острого панкреонекроза считают: нарастание явлений интоксикации, несмотря на интенсивное консервативное лечение, панкреатогенный перитонит, обширную деструкцию поджелудочной железы, желчно-каменный панкреатит и гнойно-септические осложнения (абсцессы, флегмоны, острые псевдокисты). Большое значение при определении распространения некроза придают сонографическим и компьютерномографическим исследованиям.

Различают ранние, отсроченные и повторные операции.

Большое значение имеет интраоперационная диагностика для определения причины заболевания (например, желчно-каменная болезнь) и распространения деструктивного процесса.

В последнее время увеличивается число авторов, которые предпочитают при панкреонекрозе радикальные операции.

Больных с тяжелым острым панкреатитом надо госпитализировать в палату интенсивной терапии и сразу начинать интенсивное консервативное лечение. Лечение должно быть комплексным: консервативное и оперативное лечение должны дополнять друг друга.

При выборе времени проведения операции надо учитывать все клиничко-лабораторные данные. Радикальные операции должны проводить высококвалифицированные хирурги.

Р. Б. Хейман — Эрозии желудка

Эрозии желудка имеют место у 2...10,5% эндоскопированных больных. В обзоре приводится классификация эрозивных изменений желудка, в общих чертах затрагиваются причины и механизмы их возникновения. Обсуждаются также течение и заживление эрозий, их клинические проявления. Рутинное рентгенологическое обследование желудка не позволяет отличать больных с эрозиями от лиц с чисто функциональными нарушениями желудка. Поэтому частота обнаружения эрозий желудка зависит от активности эндоскопирования больных с жалобами со стороны желудка.

Т. У. Подар — О патогенезе диффузного токсического зоба

В статье описываются различные вопросы патогенеза диффузного токсического зоба. Особое внимание уделяется иммуноглобули-

нам, стимулирующим деятельность щитовидной железы, и роли стресса в возникновении заболевания. Рассматриваются выявленные у больных диффузным токсическим зобом иммунологические сдвиги, принципы лечения и механизм возникновения долговременных ремиссий.

Р. А. Гейне, Л. А. Паавел — Синдром Гудпасчера у детей

Авторы описывают проявление синдрома Гудпасчера у 14-летнего мальчика, у которого наблюдалась характерная для данной болезни триада — гемосидероз легких, поражение почек как клиническое проявление гломерулонефрита и анемия. В результате трехмесячного лечения подросток был выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. Из остаточных явлений имел место уриновый синдром (микропротеинурия, микроэритроцитурия).

Х. А. Валликиви — Берегите детей от отогов Подготовка кадров

В. В. Калнин, М. О. Лыви-Калнин — О таргуских цирюльниках XIX столетия

В ЦГИА ЭССР в фонде магистрата г. Тарту хранится переписка между цирюльниками и городской ратушей от 1839...1864 гг. Она содержит интересные данные о конкретных лицах, их мастерских, разрешенных приемах и средствах лечения. Хотя в Таллине цех цирюльников был официально закрыт в 1863 г., 25 сентября 1864 г. обратился цирюльник В. Зингер, которому было разрешено практиковать в течение 2 лет, с просьбой к ратуше. Мнение, будто цирюльники прекратили свою деятельность с восстановлением Тартуского университета и появлением ученых-хирургов, не имеет оснований.

Х. А. Густавсон — Юбилейные аптеки 1987 года

В статье приводятся основные данные о Лихулаской аптеке (150 лет), о Калластеской, Нуйаской и Вяйке-Маарьяской аптеках (100 лет), о Лейзиской и Лээвиской аптеках (75 лет) и о Вастсе-Куустеской аптеке (50 лет).

Конференции и совещания

П. К. Зобель — О деятельности Эстонского общества фармацевтов

В. В. Калнин, М. О. Лыви-Калнин — Тартуский университет в истории латышской науки

Юбилейные даты

Новые лекарственные препараты

Некрологи

Хроника

Nõukogude Eesti Tervishoid

[SOVIET ESTONIAN HEALTH]

Medical Journal of the Ministry of Health of the Estonian SSR

№ 3, May, June 1987

E. Palo, M. Kivilo — The role of chief specialist in current health education

I. Shor — Specialized management of the newborn with congenital heart disease

The management of the newborn with congenital heart abnormalities, during the first year of life, is based on the following 4 considerations: a timely diagnosis, a prompt referral to a special care centre, an accurate anatomical and physiological diagnosis of the heart defect, an urgent and adequate medicamental and surgical treatment.

A proper care of newborns with heart defects implies a sophisticated observation of above-mentioned problems in order to treat established disorders more effectively.

J. Aru, T. Kask, R. Lai, T-A. Sulling — The significance of intra-aortic balloon counterpulsation (IABP) for a coronary artery surgery team

Experience in 80 consecutive intra-aortic balloon counterpulsation (IABP) procedures in patients with coronary artery disease (CAD) is dealt with. 30 patients got IABP electively before coronary bypass grafting (CABG), 28 had their acute myocardial infarction treated by thrombolysis and CABG. 10 patients had left main CAD and 7 patients had different forms of unstable angina. 2 patients underwent IABP after complicated PTCA which required emergency CABG. 7 patients developed low-output syndrome after cardiopulmonary bypass. The authors regard IABP as a comparatively safe method in the treatment of coronary patients by a coronary artery surgery team.

T. Aareleid, M. Rahu — Survival of cancer patients in Estonia between 1968 and 1981

Observed and relative survival rates for the most frequent cancer sites in Estonia between 1968 and 1981 (1982) are presented in this article. The data were obtained from the population-based, republic-wide Estonian Cancer Registry. The five-year relative survival rate (RSR) for male stomach cancer patients was 15.0% and that for female patients — 14.8%. In lung cancer, the five-year RSR-s were 6.4% and 11.4%, respectively. The five-year RSR for female breast cancer patients was 55.9% and of cervical cancer — 59.2%. In malignant skin melanoma, the five-year RSR was 33.2% for males and 55.6% for females.

J. Kaik, Y. Kalde, M. Vainu, V. Mahhotina, I. Vertman, M. Malviste — Correlation between programmed ventricular stimulation and Holter monitoring data in the evaluation of high-risk patients in coronary artery disease

The significance of Holter monitoring (HM) in the assessment of electrical instability as compared with programmed ventricular stimulation (PVS) was determined in 85 patients with CAD. PVS (single, double, triple extrastimuli at paced drivers 100 and 140/min) revealed the absence of electrical instability (0—3 repetitive responses) in 49 patients (group 1) and the presence of it (≥ 4 repetitive responses) in 36 (group 2). HM revealed a large quantity of various ventricular premature beat configurations and the presence of grade 3—4 ectopy in the second group patients as compared to the first group patients.

M. Lember, A. Tamm, M. Uusküla — Lactose malabsorption and milk-drinking habit in patients after myocardial infarction

70 males after myocardial infarction (MI) and 70 males with no cardiac disturbances as controls underwent medical examination. The controls were matched with respective MI cases for sex, age ($\pm 2y$), nationality and the place of residence. The examination consisted of a standard lactose loading and an interview. The prevalence of lactose malabsorption in MI cases (17%) was significantly higher than that in controls (13%). An average habitual milk intake among MI victims was relatively high, exceeding that in controls ($p < 0.01$). In 33% of the MI cases the MI was linked to the 5 following risk factors: family history of a heart disease, hypertension, overweight, a high milk consumption and smoking of cigarettes. The results of the study are consistent with the hypothesis that milk consumption in large amounts may carry the risk of myocardial infarction.

M. Otter, K. Kukk — Problems of infant drugs

There is a number of special physiological factors that can overwhelm the mechanism of

drugs in the body of the newborn infant. Such factors control adsorption, distribution, metabolism and excretion of drugs. A longer half-life of drugs in infancy makes it possible to reduce both intervals between drug administration and dosage. Several drugs are dangerous and should not be given to infants. A number of drug forms are very suitable for infants (mixtures, solutions and suppositories). Oral drugs with improved taste are palatable for small children.

Sh. Gulordava, H. Poola — Treatment of acute pancreatitis

A review of the literature on the treatment of acute pancreatitis is presented. The treatment of acute necrotizing pancreatitis, during the last 15 years, have had the following salient features:

1. an improvement of intensive therapy in serious forms of the disease;
2. a new approach to the surgical procedures used in a prompt or delayed operative removal of necrotic areas of the pancreas. These treatments should complete each other. Ultrasonographic and computed tomographic examinations are of great importance in the choice of the time of operation. The authors also emphasize the importance of intraoperative diagnosis. Examinations for cholelithiasis should be systematically carried out.

The following treatment plan is recommended: at first, intensive conservative therapy; then, diagnostic laparotomy, if necessary. An early operation is required if the disease takes a severe course and intensive therapy does not improve the course of the disease. Delayed and repeated operations on the pancreas consist of the removal of abscesses and necrotic areas and an adequate drainage.

R. Heiman — Stomach erosions

Stomach erosions are detected in 2—10.5 % of gastroscopies. This review presents a classification of stomach erosions and deals with the causation and development of their clinical signs, course and healing. A routine X-ray examination is not sufficient for distinguishing patients with gastric erosions from those with a true, functional gastric dyspepsia. Therefore, the detection rate of gastric erosions depends largely on doctors' endoscopical activity in examining patients with gastric dyspepsia.

T. Podar — Pathogenesis of diffuse toxic goitre

This article deals with some aspects of diffuse toxic goitre. Special emphasis is laid on thyroid stimulating immunoglobulins and on the role of stress in the development of the disease. The author also describes immune responses, the principles of treatment and long-term remissions of the disease.

R. Geine, L. Paavel — Goodpasture's syndrome in children

The authors describe Goodpasture's syndrome in a 14-year-old boy who had a typical triad of the disease consisting of lung haemosiderosis, glomeronephritis and anemia. After a three-month successful treatment the child was discharged in satisfactory condition. Residual microproteinuria and microerythrocytemia were observed later on.

H. Vallikivi — Avoid burns among children! Training of personnel

V. Kalnin, M. Lõvi-Kalnin — The part of Tartu's barber-surgeons ("palbers") in the development of surgery in the 19th century

According to the data obtained from the Central State Archives of History and from the correspondence between barber-surgeons and the Tartu Town Hall, between 1839 and 1864, barbers contributed greatly to the development of surgery. This paper gives details of some famous barber-surgeons and barber-shops, where surgery was carried out, and describes surgical procedures and instruments used by barbers. Since 1864, barber-surgeon W. Singer was allowed to practise surgery for 2 years. After the reopening of Tartu University barbers continued working as surgeons.

H. Gustavson — Drug-store anniversaries in 1987

Drug-store anniversaries in Estonian SSR, in 1987, are as follows: at Lihula — 150, at Kallaste, Nuia and Väike-Maarja — 100, at Leisi and Leevi — 75 and at Vastse-Kuuste — 50 years.

Conferences and meetings

P. Zobel — The activities of the Estonian Pharmacologists' Society

V. Kalnin, M. Lõvi-Kalnin — Tartu University described by Latvian scientists

Our heroes of the day

N. Elshtein — Travel notes on South-America

New drugs

Necrologies

Chronicle

English text edited and translated by E. Saarnok

MEDITSIINITÖÖTAJAD!

Nüüdisajal suureneb arstiteadusliku kirjanduse nimestik pidevalt, sealhulgas ka bibliograafiate ning infoväljaannete arv.

Nendes orienteerumiseks kulutavad arstid sageli palju aega.

Meditsiiniraamatukogus on lugejaile nõuandjaiks kogenud konsultandid.

Nii üksikisikutele kui ka rühmadele antakse konsultatsiooni igal neljapäeval kell 14 . . . 18.



CORTOMYCETINUM

Kortomütsetiin sisaldab toimeainetena kortisoonatsetaati ja levomütsetiini.

Ravimit kasutatakse põletikuliste ja allergiliste nahahaiguste kompleksravis: infitseerunud ekseemi, allergilise ekseemi, neurodermiidi, püodermia korral.

Salvi määratakse nahale õhukese kihina

2...3 korda päevas.

Originaalpakendis on 15 g salvi.