



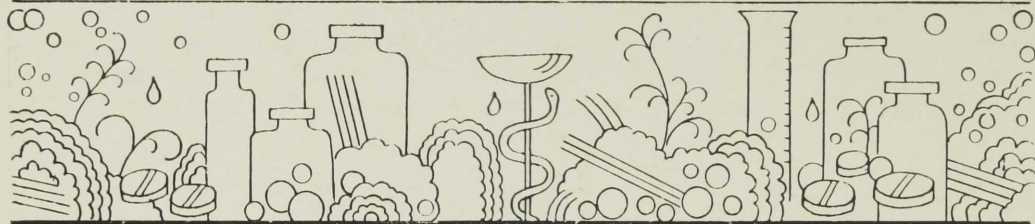
ISSN 0134—2320

NOUKOGUDE EESTI **TERVISI- HOID**



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

3 • 1979



TABULETTAE ANABASINI HYDROCHLORIDI

Anabasiinhüdrokloriid on mõjus vahend kroonilise nikotiinismi raviks.

Kergendab vaevusi, mis ilmnevad suitsetamisest loobumisel.

Pakendis 120 tabletti à 3 mg

TABULETTAE TABEX

Mõjus suitsetamisvastane ravim.

Taabeksis sisalduv alkaloid tsütisiin vähendab suitsetamise mahajätmise ajal esinevat nikotiininälgu.

Pakendis 100 tabletti à 1,5 mg

TABULETTAE LOBESSILUM

Lobessiil on suitsetamisvastane ravim, mille toimeaineks on alkaloid lobeliin.

Toime poolest sarnaneb eelmistega.

Pakendis 50 tabletti à 2 mg

SISU

TEORIA JA PRAKTIKA

A. Rooks, L. Maurer, V. Siimre — Konsultatiivpolikliiniku tegevuse analüüs 195

H. Künamägi, A. Sarap, L. Metsis — Sanatoorse ravi mõju ajutisele töövõimetusele 197

L. Maurer, V. Roos, S. Aasa — Invaliidistumine ja invaliidide rehabiliteerimine Eesti NSV-s 200

P. Laane, M. Kundla, A. Stern — Südame isheemiatõve kulg ja prognoos selektiivse koronarograafia aspektist 202

K. Ilvär — Südame isheemiatõve ja hüpertooniatõve tõttu esitatud kirabiväljakutsete arv ning ilmastikutegurid 205

V. Bolotovski, N. Titova, O. Tamm, J. Märtin, A. Vorobjova, I. Blumberg, A. Budjak, U. Mirme — Leetri elusvaktsiini tüve JI-16 immunogeensed omadused 207

FILOSOOFIA JA MEDITSIIIN

S. Koppel — Elulaad ja vajadused 210

TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS

V. Ilmoja — Tööstustöölise polikliinilise vastuvõtu organiseerimine 214

J. Koljak — Onkoloogiline ambulatoorne abi ja side üldravivõrguga 215

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

J. Oro, L. Sepp — Gardneri sündroom 217

A. Levin, R. Kolle — Vere otseülekanete meetodika imikutel 220

R. Teesalu — Intraaortaalse kontrapulsatori kasutamine südameoperatsioonide ajal 221

MÕTTEVAHETUS

N. Elšteín — Sisemeditsiini kliinilis-organisatsioonilisi küsimusi 223

ABIKS VELSKRITELE JA ÕDEDELE

J. Karusoo — Hepariini kasutamine bronhiaalastma ravis 226

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

P.-H. Loit — Arstiteaduse doktor Sirje Velbri 228

UUSI TERVISHOIUASUTUSI

G. Sukles — Rapla Rajooni Kesksaigla juurdeehitis on valmis 229
Kolhoosi lastesanaatorium 230

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

V. Nisu — Liiduvabariikide apteekide peavalitsuste juhatajate ning NSV Liidu Meditsiinitööstuse Ministeeriumi koondeste ja valitsusjuhatajate üleliiduline nõupidamine 231

S. Umanski, J. Reinaru — Epidemioloogide seminar 231

L. Pokk — NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi meditsiinilise kõrghariduse nõukogu nõupidamine 232

E. Raudam — NSV Liidu ja Soome arstiteadlaste koostööst 233

J. Ennet — Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee VI pleenum 234

MEIE JUUBILARE 235

Marta Streltsova-Kask, Kaljo Villako, August Roosileht, Lea Boston, Jüri Narma, Natan Elšteín, Lembit Tähepõld

INTERVJUU

Polikliinilise arstiabi päevaprobleeme 237

IN MEMORIAM

Endel Kama 19. VI 1919...15. V 1979 238

Udo Tarve 30. IV 1934...16. III 1979 239

Harry Lõiv 23. V 1923...04. IV 1979 241

UUSI RAVIMEID

A. Jürison — Fenkarool, sümosaan 242

QUAESTIONES LINGVAE ESTONICAE IN MEDICINA

I. Laan — Meditsiiniterminoloogia komisjonis 243

KROONIKA 244

TOIMETUSE VEERG 248

Eesti NSV teadlaste lõpetatud uurimused 249

Artiklite venekeelsed resümeed 252

Artiklite ingliskeelsed resümeed 255

NB

«Nõukogude Eesti Tervishoid»

ilmub 6 korda aastas. Tellimishind aastaks 2 rbl. 40 kop., poolaastaks 1 rbl. 20 kop. Tellimusi võtavad vastu «Ajakirjanduslevi» osakonnad ja kõik sidekontorid. Tellimusi järgmiseks aastaks võetakse vastu 1. novembrini, II poolaastaks 15. juunini. Tellimusi välismaale saab vormistada aadressil Москва Г 200, «Международная книга».

Toimetuse kolleegium

N. Ajasta, L. Allikmets, P. Bogovski, N. Elštein, K. Gross, L. Keres, I. Laan, V. Laos (peatoimetaja asetäitja), E. Raudam, J. Saarma, U. Sibul, M. Sikk, O. Tamm (peatoimetaja).

Toimetuse nõukogu

M. Allik (Kingissepa), S. Ellervee (Tartu rajoon), M. Holm (Jõgeva), V. Ilmoja (Tallinn), A. Juhasoo (Põlva), H. Kadastik (Tartu), R. Kariis (Viljandi), A. Klink (Võru), M. Martinson (Haapsalu), R. Mihelson (Hiiumaa), H. Raaga (Harju rajoon), P. Rahu (Valga), T. Randlane (Rakvere), V. Randrüüt (Paide), M. Silland (Narva), G. Sukles (Rapla), T. Tuisk (Kohtla-Järve), R. Vodja (Pärnu).

Korrektor L. Art. Tehniline toimetaja M. Mihhailova. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19, Kallaku 3. Tel. 444-370. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pikk 73, tel. 601-337. Ladumisele antud 6. IV 1979. Trükkimisele antud 19. VI 1979. Trükiarv 5900. Ofsetpaber nr. 1, 70×100/16. Trükipoognaid 4,25. Tingtrükipoognaid 5,52. Arvestuspoognaid 6,72. Tell. nr. 1220. MB-01389. EKP 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.

Käsikirjad esitatakse toimetusele kahes eksemplaris masinakirjas. Tekst lehe ühel küljel, ridade vahe kaks intervalli, leheküljel 30 rida, reas 60 täheruumi. Töö peab olema aktuaalne ja vastama tänapäeva teaduse tasemele. Artikkel koosnegu pealkirjastatud osadest: sissejuhatus ja töö eesmärk, uurimismaterjal ja -meetodid, tulemused, arutelu, kokkuvõte ja järeldused. Käsikiri peab olema keelelt korrektne, terminid, valemid, mõõtühikud, tsitaadid, nimed, initsiaalid kontrollitud. Samuti on autori kohus esitada 3...7 **võtmesõna** oma töö kohta (tekstist ja pealkirjast võetud tunnuslik sõna, mis väljendab artikli sisu). Uudse eestikeelse termini või mõiste kasutuselevõtmisel töös esitatagu see tõlkevaste sobivuse üle otsustamiseks võimalikult mitmes keeles (ladina, vene, inglise, saksa). Artiklid esitatagu kokkusuurutult, sõnatihedatena, mitte üle viie ja ülevaated mitte üle kümne lehekülje, kirjandus sealhulgas kuni 10 ja 30 nimetust. — **Asutuse tõend** selle kohta, kas töö on plaaniline, väljaspool plaani või dissertatsiooni fragment, esitatakse toimetusele koos käsikirjaga. Iga teadusliku töö peab viseerima teaduslik juhendaja. — **Andmed kõikide autorite kohta** (perekonna-, ees- ja isanimi, asutuse nimetus, kodune aadress, töökoha ning koduse telefoni number, perekonnaseis, laste arv) lisatakse käsikirja lõppu koos kõikide autorite allkirjadega. Kõrgkoolide ja uurimisinstituutide töötajad märkiva ka kateedri või osakonna nimetus. — **Resümeed** esitatakse vene keeles (15...20 rida masinakirjas) ja ka inglise keeles (8...12 rida) või siis lisatakse tõlkimiseks sobiv eestikeelne 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, köide, anne või number, artikli lehekülgede algus- ja lõpnumbrid. — **Fotod ja joonised** koos allkirjadega paigutatakse käsikirja lõppu. Selguse mõttes on soovitatav foto tagaküljele märkida, milline serv on ülemine. **Lubamatu** on toimetusele saata töid, mis on teistes väljaannetes juba trükitud.

Toimetus ei tagasta käsikirju ka siis, kui need avaldamata jäävad.

Honorari makstakse Tallinna autoritele 11., 12. ja 26. ning 27. kuupäeval kirjastuse «Perioodika» kassas Pikk 73. Väljaspool Tallinna elavatele autoritele saadetakse honorar koju posti teel.

Teooria ja praktika

UDK 616-08-039.57

KONSULTATIIVPOLIKLIINIKU TEGEVUSE ANALÜÜS

ARGO ROOKS LENNART MAURER
VILMA SIIMRE · TALLINN

konsultatiivpolikliinik, ülesanded, haigete konsultatsiooniks ettevalmistamine, eksperthinnang

Arstiabi spetsialiseerumisastme suurenemine tingib etappsüsteemi süvendamise vajaduse.

Meie ambulatoorse-polikliinilise abi süsteemis on lõppetapiks vabariiklikud dispanserid ning konsultatiivpolikliinik Tartus ja Tallinnas, kus konsultatiivseid vastuvõtte korraldavad ka arstiteaduskonna ja uurimisinstituutide spetsialistid.

Konsultantideks määratakse üksnes kõrge kvalifikatsiooniga spetsialiste, kelle nimekiri perioodiliselt kinnitatakse.

Spetsialistide vastuvõtu graafik püütakse koostada sellise arvestusega, et tagada haigete üheaegne konsultatsioon kõikidel põhierialadel, mille eesmärk on vajaduse korral võimaldada mitme eriala spetsialisti koondotsuse tegemist (4). Konsultatiivpolikliinikute ruumid ei võimalda seda nõuet sageli täita.

Tallinna Vabariikliku Haigla kliiniliste osakondade juhatajate konsultatiivsed vastuvõttud on igal nädalal, see vastab üldkehtivale nõudele (6). Nimeetatud osakonna juhatajad on sageli vabariigi mittekoosseisulised peaspetsialistid või tegelikult koosseisuliste peaspetsialistide asetäitjad, mistõttu nende osavõtt konsultatiivsetest vastu-

võttudest on eriti vajalik (8). Vastuvõtul tuleb ilmekalt esile, millisel määral on konsultatsioonile saadetud varem uuritud ja ravitud.

Haige konsultatsioonieelse uurimise ja ravi süstemaatilise analüüsimise vajadust tunnistatakse laialdaselt (2, 5, 6, 7), milleks andmete saamisel on hakatud kasutama eksperthinnangut (2, 7). Sellise arstiabi taseme ja kvaliteedi hindamise alusel püütakse välja selgitada vajadused ja reservid kohapeal. See võimaldab konsultatiivpolikliinikul täita ka üht oma põhifunktsiooni — meie vabariigi ambulatoorset-polikliinilist võrku organisatsioonilis-metoodiliselt juhtida.

1978. aasta II kvartalist alates on Tartu Kliinilise Haigla Polikliiniku ja Tallinna Vabariikliku Haigla Polikliiniku konsultandid täitnud iga saabunu kohta kontrollkaardi, millel antakse haige konsultatsioonieelse uurimise ja ravi, samuti konsultatsioonile saatmise õigeaegsuse kohta eksperthinnang. Konsultatiivpolikliinikusse saatekirjata saabumise korral tehakse otsus saabumise põhjuse ja saatekirja puudumise põhjuse kohta.

Kontrollkaartide kaasabil tehtava



1979 — rahvusvaheline lasteaasta

analüüsiga selgub ka konsultatiivse abi etappüsteemist kinnipidamine. Rajoonis või linnas kasutatakse ära kõik kohapealsed võimalused haige õigeaegselt kvaliteetseks uurimiseks ja raviks. Kui need ei osutu küllaldaseks, saadab rajooni või linna juhtiv spetsialist haige vabariiklikku konsultatiivsesse keskusesse, kusjuures talle antakse kaasa kõik uurimisandmed. Haige elukohajärgne uurimine ja kõikide uurimistulemuste konsultandile saatmine ei ole vajalik mitte ainult konsultandi, vaid ka haige huvides. Kui haigel andmeid esmakordsel arsti poole pöördumisel kaasas ei ole, tingib see alati tema konsultandi vastuvõtule veelkordse ilmumise. Et Tallinnas ja Tartus on hotelli kohta vähe ja pensionaate ei ole, on haigetel konsultatiivpolikliinikus või dispanseris abiuuringute tegemise võimalused piiratud.

Konsultatsioonile saatmise kontrolltalongide alusel koostatud tabelid, millel uurimis- ja ravivead on ära toodud rajoonide ja linnade kaupa, saadetakse kohtadele igas kvartalis. Põhjalikum analüüs koostatakse kord aastas. Kohtadele saadetakse ka konsultatsioonide kontrollkaardid, mis pärast analüüsi tegemist ei ole konsultatiivpolikliinikule enam vajalikud, kuid mis kahtlemata huvitavad kohapealseid arste. Et kontrollkaartidele märgitakse ka haige passiantmed, siis konsultandi hinnang konsultatsioonieelse uurimise ja ravi kohta saab arstidele teatavaks igal üksikjuhul.

Tallinna Vabariiklikku Haiglas konsultatsioonile saatmise analüüsist nähtub, et lähedastest rajoonidest saabub haigeid konsultatsioonile mitu korda rohkem kui kaugetest. Tugev ravi- ja profülaktikaasutuste võrk ning töö hea organiseerimine vähendavad konsultatsiooni vajadust vabariiklikus ravisutuses tunduvalt (3), millele viitavad ka meie andmed. Kõikidest konsulteeritutest moodustavad alla 15 aasta vanused peaaegu poole, üle 60 aasta vanused aga 7%. Kui arvestada laste spetsialiseeritud abi arengu perspektiive rajoonides, jääb selline kon-

sulteeritavate vanuseline koosseis ilmselt ka tulevikus.

Peaaegu 5% patsientidest on konsultatsioonile saanud velskrid, mida aga üldse ei tohiks olla. Samal ajal on nii sama palju patsiente konsultatsioonile saanud osakonnajuhatajad või peaspetsialistid. 41% tunnistati eelnevalt täielikult uurituks ja 46% õigesti ravituks, täielikult uurimata aga oli 10% ja eelnevalt ravimata 38% suunatuist. Konsultatsioon oli 9%-l juhtudest hilinenud, hilinemine oli keskmisest üle kahe korra suurem ortopeedia, lasteallergoloogia ja -pulmonoloogia alal. Saatediagnoosi ja konsultandi diagnoosi täielik lahknevus ilmnes 22%-l juhtudest.

Kõikidest konsulteeritutest peeti vajalikuks saata vabariiklikesse haiglatesse ravile 19% ja jätta konsultatiivpolikliinikus jälgimisele 6% haigetest. Samasugused andmed on saanud ka M. Builin (1).

Andmed on mõeldud konsultatsioonile saatmise analüüsimisest üksnes põgusa ülevaate saamiseks. Tegelik analüüs on palju detailsem ja seda kaerialade ning rajoonide ja linnade kaupa.

Konsultatiivpolikliiniku poolt süsteemiliselt tehtav organisatsioonilismetoodiline töö peab kaasa aitama diagnoosimise ja ravi parandamisele meie vabariigi rajoonide ning linnade polikliinikutes ja haiglates.

KIRJANDUS: 1. Бу́лин М. В. *Здравоохран. РСФСР*, 1976, 11, 22—26. — 2. Зубович А. П., Нестерова Л. М., Дробнис Б. Я. *Сов. здравоохран.*, 1978, 9, 29—33. — 3. Луньков И. Ф. *Сов. здравоохран.*, 1972, 10, 17—22. — 4. Сахарова-Сорокина Г. В. В сб.: *Вопросы организации специализированной медицинской помощи (по опыту Московской области)*. М., 1966, 18—20. — 5. Серенко А. Ф., Ермаков В. В., Петраков Б. Д. *Основы организации поликлинической помощи населению*. М., 1976. — 6. Фофанов В. П. В кн.: *Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения*, т. II. М., 1974, 171—202. — 7. Фролова Н. А., Королев В. С., Золин В. П., Бакеева Г. Я., Бранская А. Н., Грязнова Г. К., Смоленская В. В., Черных А. П., Болдырева В. В. *Здравоохран. РСФСР*, 1978, 9, 23—27. — 8. Цванг Р. Л. *Сов. здравоохран.*, 1972, 7, 20—25.

Tallinna Vabariiklik Haigla

SANATOORSE RAVI MÕJU AJUTISELE TÖÖVÕIMETUSELE

HELJU KUNAMÄGI ANDREI SARAP
LEMBIT METSIS · TALLINN

sanatoorne ravi, ajutine töövõimetus, ravi hilis-
tulemused, ravialuste vanus

Võitluses elanike haigestumise ja ajutise töövõimetus vähendamise eest on oluline osa sanatoorsel ravil, mis aitab taastada haige organismi jõuvarusid. Koos töövõime ja töövõimejõu tõesuga on sanatoorse ravi järel täheldatud haigestumisest tingitud ajutise töövõimetus vähenemist (1, 2, 3, 4, 5). Põhihaiguse — sanatoorse ravi näidustuse — osas on sanatoorse või profülaktoorse ravi järel ajutine töövõimetus vähenenud kuni 40...50% (1, 5), kaasuivate haiguste osas aga 10% (5).

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teadurid, uurinud 1972...1974. a. tehase «Volta» ja J. Lauristini nim. Tallinna Masinatehase töötajate ajutise töövõimetus struktuuri ja töövõimetus põhjustavaid tegureid, püüdsid selgitada ka sanatoorse ravi mõju ajutisele töövõimetusle. Selleks võrreldi töötajate ajutise töövõimetus näitajaid üks aasta enne ja pärast sanatoorset ravi. Arvesse ei läinud haigete hooldamisega ja vahetult sanatoorsel ravil viibimisega seotud ajutine töövõimetus, samuti sünnituspuhkused.

Tehases «Volta» oli aastail 1972...1974 välja antud 233 sanatooriumituisikut, Tallinna Masinatehases 190. Et paljude sanatooriumis viibinute kohta olid lähteandmed puudulikud, läksid läbitöötusele andmed 134 tehase «Volta» ja 121 Tallinna Masinatehase töötaja kohta, mis moodustab 57,5% ja 63,7% sanatooriumides viibinute üldarvust.

Uuritute hulgas oli mehi 141 (55,3%), naisi 114 (44,7%), neist «Voltas» vastavalt 73 ja 61 (54,5% ja 45,5%), Tal-

linna Masinatehases 68 ja 53 (56,2% ja 43,8%).

Sagedamini on sanatooriumituisikuid eraldatud 40...54-aastastele: 70,9% tuusikute üldarvust «Voltas» ja 67,8% Tallinna Masinatehases. Kuni 35 aasta vanustele eraldatud tuusikute hulk moodustas mõlemas tehases vaid 9% tuusikute üldarvust, kuigi sellealised töötajad on umbes 40%. Suurem osa sanatooriumis viibinutest on närvisüsteemi või seedeelundite haiguste all kannatajad (28,6% ja 23,2% juhtudest). Peaaegu kaks korda vähem on südame ja veresoonte ning luu- ja liigesesüsteemi haigusi põdejad.

Aastail 1972...1974 olid ajutise töövõimetus keskmised näitajad tehases «Volta» järgmised: 124,6 haigusjuhtu ja 1164 haiguspäeva 100 töötaja kohta aastas, Tallinna Masinatehases 125,9 haigusjuhtu ja 1247 haiguspäeva. Jättes arvestamata haigete hooldamise ja sanatoorse raviga seotud ajutise töövõimetus, saame keskmisteks näitajateks «Voltas» 97,9 haigusjuhtu ja 1071,9 haiguspäeva, Tallinna Masinatehases 105,4 haigusjuhtu ja 1181,1 haiguspäeva (vt. tabel 1). Sanatoorsele ravile saadetud töötajate haigestumine oli ravile eelnenud aastal mõnevõrra sagedam, pärast ravi see aga tunduvalt vähenes. Tallinna Masinatehases on töövõimetus näitaja enne sanatoorset ravi kõrgem kui «Voltas», haigestumise vähenemine pärast ravi aga ilmekam: haigusjuhud vähenesid 21,2%, haiguspäevad koguni 44,2%, haiguse kestus 29,3%.

Sanatoorse ravi mõjus ilmneb selgemini haiguse korral, mida raviti sanatooriumis (vt. tabel 2). Ka siin näeme olulisemat vähenemist Tallinna Masinatehase töötajatel: haigusjuhud 47,8%, haiguspäevad 70,7%, haiguse kestus 43,7%, kuigi neil olid haigestumise näitajad enne sanatoorset ravi isegi kõrgemad kui «Volta» töötajatel.

Ravile eelnenud aastal oli töövõimetuslehel diagnoosiga, mis oli ka sanatoorsele ravile saatmise ajendiks, 40,3% «Volta» ja 43,8% Tallinna Masinatehase uuritud töötajatest, ravile järgne-

Tabel 1. Ajutise töövõimetuse näitajad enne ja pärast sanatoorset ravi*

Haigestunute kontingent	Tehas «Volta»			Tallinna Masinatehas		
	100 töötaja kohta aastas		Haiguse kestus päevades	100 töötaja kohta aastas		Haiguse kestus päevades
	haigusjuhud	haiguspäevad		haigusjuhud	haiguspäevad	
Keskmisel näitajad 1972...1974. a.	97,9	1071,9	10,9	105,4	1181,1	11,2
Sanatoorsel enne ravi ravil viibinutel:(1 a.)	127,6	1917,2	15,0	190,9	3005,8	15,7
pärast ravi (1 a.)	117,9	1676,9	14,2	150,4	1667,8	11,1
Näitajate muutumine ravi järel (%)	-7,6	-12,5	-5,3	-21,2	-44,2	-29,3

* Selles ega järgnevas tabelis ei ole arvestatud haigete hooldamise ega sanatoorse raviga seotud haigestumise (ajutise töövõimetuse) näitajaid.

nud aastal aga vastavalt 34,3% ja 24,8%.

Tallinna Masinatehases peetakse sanatooriumisse suunatavate valikul rohkem silmas töötajate ajutise töövõimetuse näitajaid, niisugune valik on end ka õigustanud.

«Volta» töötajate ajutine töövõimetus on olnud kõrge kardioloogiliste haiguste tõttu: 100 töötaja kohta oli enne ravi haigusjuhte aastas 65,2 ning haiguspäevi 1843,5, pärast sanatoorset ravi aga vähenesid need arvud vastavalt 46,6% ja 56,6%. Tallinna Masinatehase töötajatel oli enne sanatoorset ravi täheldatud kõrget ajutist töövõimetus põhjustatuna gastroenteroloogilistest haigustest. Haigusjuhte 100 töötaja kohta aastas oli 86,1 ning haiguspäevi 2566,7. Pärast ravi langesid need näitajad 77,5% ja 93%.

Suhteliselt kõrged olid ajutise töövõimetuse näitajad mõlema tehase töötajatel, kelle sanatooriumisse saatmise põhjuseks olid neurootilised haigused — haiguspäevi «Voltas» 1314,3, Tallinna Masinatehases 2373,3. Pärast sanatoorset ravi on töövõimetuspäevade arv vähenenud «Voltas» 51,3%, Tallinna Masinatehases 47,8%. Luu- ja lii-

gesesüsteemi haiguste osas oli ajutine töövõimetus kõrgem mõlema tehase sanatooriumidesse suunatud meestöötajatel, ravitulemus aga on meestöötajatel enam kui kolm korda parem, nii näiteks langes haiguspäevade arv sanatoorse ravi järel meestel 69,4%, naistel 20,2%.

Tabel 2. Ajutine töövõimetus enne ja pärast sanatooriumis viibimist haiguse tõttu, mis oli sanatooriumi suunamise põhjuseks

Haigestumise aeg	Tehas «Volta»			Tallinna Masinatehas		
	haigusjuhte	haiguspäevi	haiguse kestus	haigusjuhte	haiguspäevi	haiguse kestus
Enne sanatoorset ravi (1 a.)	57,5	1127,6	19,6	74,4	1838,0	24,7
Pärast sanatoorset ravi (1 a.)	44,8	767,2	17,1	38,8	538,8	13,9
Näitajate muutumine (%)	-22,1	-32,0	-12,8	-47,8	-70,7	-43,7

Torkab silma, et sanatoorne ravi on mõjusam noorematel töötajatel. Kui sanatooriumi suunamise diagnoosiga haiguspäevade arv pärast ravi kõigil töötajail vähenes keskmiselt 55%, siis kuni 30 aasta vanuste rühmas 92,2%, 30...34 aasta vanuste rühmas 85,7% ($P < 0,05$), enam kui 55 aasta vanustel töötajatel vähenes haiguspäevade arv samal ajal aga ainult 20% ($P > 0,5$). Ka üldhaigestumise näitajad langesid nooremate töötajate rühmas intensiivsemalt. Haiguspäevade üldarv sanatoorse ravi järel vähenes keskmiselt 31,3%, kuni 35 aasta vanuste rühmas aga 66% ($P < 0,05$).

Et üks tervisliku seisundi näitajaid on töötajate dispansseeritus, siis on sanatoorse ravi tõhusus suurem dispansseeritute rühmas. Sanatooriumisse suunamise diagnoosiga haiguspäevade arv vähenes neil 67,1%, dispansseerimata töötajatel aga 47,9%.

Ajutine töövõimetus avaldab mõju rahvamajanduses saamata jäänud toodangule, samuti sotsiaalkindlustustestustele ja arstiabiga seotud kulutustele. Seega kaasneb sanatoorse ravi tervistava toimega ka majanduslik efekt. Kui arvestada eespool mainitud mõju-reid, moodustavad majanduslikud kaod Tallinna Masinatehases ühe ajutise töövõimetus päeva kohta 22 rbl. 19 kop. * Majanduslik efekt haiguspäevade vähenemise arvel (1619 päeva) moodustas 35 925 rbl. 61 kop. 100 sanatooriumis viibinud töötaja kohta tuleb majanduslik efekt 29 690 rbl. 59 kop. (ühe töötaja kohta 296,9 rbl.). Siinkohal ei ole arvestatud haigestumise vähenemisega kaasnevat töövõimetusliku töusu, mis majanduslikku efekti veelgi suurendaks.

Järeldused.

1. Sanatoorsele ravile on tehases «Volta», eriti aga Tallinna Masinatehases, saadetud peamiselt neid töötajaid, kes on sageli ja kehtvalt haiged. Ligi kaudu $\frac{1}{3}$ sanatooriumides viibinuist on

dispansseeritud mitmesugustel näidustustel.

2. Sanatooriumis viibinud töötajate ajutine töövõimetus on ravile järgnenud aastal märgatavalt vähenenud, eriti sanatooriumi suunamise haigusest põhjustatud ajutise töövõimetus osas. Sanatoorne ravi on mõjusam noorematel töötajatel.

3. Sanatoorse ravi mõju — ajutise töövõimetus vähenemine — kajastub ka ettevõtte majanduslikes näitajates.

4. Ühe tähtsama kriteeriumina sanatooriumidesse saatmisel tuleb arvestada töötajate ajutise töövõimetus näitajaid, rohkem saata sanatooriumi ravile nooremaid töötajad.

KIRJANDUS: 1. Богатырева Г. В., Юнсон Р. К. В кн.: Вопросы экспериментальной и клинической курортологии и физиотерапии. Труды Центрального НИИ курортол. и физиотер., ХХІХ. М., 1975, 242—243. — 2. Данилов Ю. Е., Александрова М. Б. В кн.: Вопросы экспериментальной и клинической курортологии и физиотерапии. Труды Центрального НИИ курортол. и физиотер., ХХІХ. М., 1975, 225—228. — 3. Рыбинская М. Г. В кн.: Вопросы экспериментальной и клинической курортологии и физиотерапии. Труды Центрального НИИ курортол. и физиотер., ХХІХ. М., 1975, 228—231. — 4. Хузин Г. Х. Здравоохр. РСФСР, 1972, 9, 27—28. — 5. Шаровар Т. М. Медицинская и экономическая эффективность лечения рабочих и служащих промышленных предприятий в санаториях-профилакториях. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1973.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Isa suitsetamise tagajärjed. Väga ulatuslik uurimistöo, millest võtsid osa paljud lastekliinikud, näitas, et lastel, kelle isad suitsetasid päevas enam kui 10 sigaretti, oli perinataalne suremus kõrgem isegi siis, kui nende emad ei suitsetanud. See näitaja ei olenend mitmesugustest kontrollandmetest, nagu näiteks ema ja isa vanus, sünnituste arv, varajase mate nurisünnituste ja surnultsünnimiste arv. Eriti teevad valvsaks andmed, et intensiivselt suitsetavate isade laste hulgas on kaks korda sagedamini raskekujulisi väärearenguid, nagu peaaegu alaareng, huule- ja suulaelõhed, urogenitaaltrakti anomaaliad, südamerikked ja jäsemete vääreareng.

Deine Gesundheit, 1979, 2.

* Andmed on saadud TRÜ majandusküberneetika kateedri poolt tehtud uurimisest.

INVALIIDISTUMINE JA INVALIIDIDE REHABILITEERIMINE EESTI NSV-s

LENNART MAURER VELLO ROOS
SILVIA AASA TALLINN

invaliidistumine, invaliidide taasläbivaatused,
arstlik töövõime ekspertiis, rehabilitatsioon

Eesti NSV-s on invaliidistumise sagedus juba pikemat aega olnud suur. 1976. aastal oli see liiduvabariikide hulgas suurem üksnes Läti NSV-s, kuid sedagi ainult tööliste ja teenistujate, mitte aga kolhoosnike hulgas. Psüühikahäiretest, südame isheemiatõvest ja traumadest põhjustatud invaliidistumine on meil liiduvabariikide seas kõige sagedam. Sotsiaalhooldusosakondades arvel olevate invaliidide arvu (välja arvatud sõjainvaliidid) poolest on meie vabariik Gruusia NSV järel teisel kohal.

Siiani on meie vabariigis invaliidistumist uuritud ainult ATEK-ide kaupa ja kogu vabariigi ulatuses. See on tingitud asjaolust, et paljud ATEK-id ei tööta territoriaalprintsibil ja nende aruannetest ei saa tuletada näitajaid ühe linna või rajooni kohta.

Taasläbivaadatavate invaliidide arv on esmaselt invaliidiks tunnistatavate arvust ligikaudu neli korda suurem, mistõttu olulisi andmeid võib anda töövõime kaotuse dünaamika uurimine.

Eespool toodust lähtudes seadsime ülesandeks invaliidistumise ja töövõime kaotuse dünaamika uurimise meie vabariigi linnade ja rajoonide ulatuses.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Uuriti ATEK-ide 1976. ja 1977. aasta statistilisi aruandeid (vorm nr. 7), mis meie taotlusele olid koostatud territoriaalprintsibile vastavalt. Rajoonide tööliste ja teenistujate invaliidistumise näitajate arvutamisel on aluseks võetud rajooni elanike arv, välja on jäetud kolhoosnike arv. Intensiivnäitajad on arvutatud 10 000 elaniku kohta, nagu seda soovitatakse ka kirjanduses (2, 3, 4).

Töövõime kaotuse dünaamika hinda-

miseks kasutati (9) invaliidide taasläbivaatuse andmeil tuletatavaid meditsiinilise ja kutsealase rehabilitatsiooni ning invaliidsusgruppide muutumise näitajaid. Selle meetodika järgi ei eristata invaliidsusgruppi üheastmelist muutumist kaheastmelisest. Lisapuduseks on näitajate rohkus.

Meie järgi on töövõime kaotuse astme dünaamika põhiühikuks invaliidsusgruppi muutumine ühe grupi võrra: üleminek I grupist II-se, II-st III-sse või III grupist täielikult töövõimeliseks tunnistamine loetakse dünaamika positiivseks ühikuks (+), vastupidises suunas aga dünaamika negatiivseks ühikuks (—), sest töövõime kaotuse dünaamika näitaja on sisuliselt meditsiinilise ja sotsiaalse rehabilitatsiooni koondnäitaja. Samal põhimõttel arvestasime invaliidsusgruppi muutumist kahe grupi võrra kaheks ja kolme grupi võrra kolmeks ühikuks. Näitajad arvutasime 100 taasläbivaadatu kohta.

Uurimistulemused ja arutelu. 1977. aastal oli tööliste ja teenistujate invaliidistumine meie vabariigi linnades ning rajoonides suuresti kõikuv (vt. tabel 1),

Tabel 1. Invaliidistumise sagedus tööliste ja teenistujate hulgas Eesti NSV linnades ja rajoonides 1977. aastal väljendatuna protsentides vabariigi keskmise suhtes

Linn, rajoon	% vabariigi keskmisest
Eesti NSV	100
Paide rajoon	61,7
Kingissepa rajoon	67,8
Hiiumaa rajoon	79,4
Rakvere rajoon	81,0
Kohtla-Järve rajoon	85,5
Pärnu rajoon	86,8
Tallinn	93,7
Jõgeva rajoon	96,8
Harju rajoon	97,1
Põlva rajoon	102,9
Rapla rajoon	104,2
Haapsalu rajoon	104,8
Narva linn	105,5
Pärnu linn	107,7
Tartu rajoon	109,3
Viljandi rajoon	110,0
Kohtla-Järve linn	115,8
Valga rajoon	120,3
Võru rajoon	126,0
Tartu linn	130,5

Tabel 2. Töölise ja teenistujate invaliidistumise põhjused Eesti NSV-s 1977. a.

Haigused	% kõikidest invaliidistumise juhtudest	Sealhulgas		
		I grupp	II grupp	III grupp
Tuberkuloosi kõik vormid	3,2	—	3,3	2,4
Pahaloomulised kasvajakasvaja	14,1	35,0	17,3	1,2
Psüühikahäired	9,3	2,0	10,6	8,5
Närvisüsteemi ja meelelundite haigused	6,8	10,0	4,3	11,0
Südame ja veresoonte haigused	30,9	30,0	31,7	29,4
Hingamiselundite haigused	5,1	—	5,4	6,1
Seedeelundite haigused	2,6	—	2,9	2,4
Luu- ja lihaskonna ning sidekoe haigused	5,8	3,0	4,3	9,8
Igasuguse lokalisatsiooniga traumad	15,8	15,0	15,4	18,3
Kutsehaigused ja mürgitused	0,6	—	—	2,4
Muud haigused	5,8	5,0	4,8	8,5
Kokku	100	100	100	100

eriti sage oli see Tartu linnas ja Võru rajoonis, tunduvalt väiksem vabariigi keskmisest aga Paide, Kingissepa ja Rakvere rajoonis ($P < 0,05$). Nendes linnades ja rajoonides oli invaliidistumine samasugusel tasemel ka 1976. aastal.

Sellist vabariigi linnades ja rajoonides esinevat invaliidistumise suurt erinevust ei saa seletada elanikkonna vanuselise koosseisu mõningase erinevusega. Invaliidistumise sagedusele mõju avaldavad töö- ja olustikutingimused ei erine nimetatud linnades ning rajoonides oluliselt. Invaliidistumisele, samuti töövõime kaotuse dünaamikale avaldab arvestatavat mõju arstiabi ja profülak-

tika tase, mis aga käesolevas töös ilmenud erinevuste aluseks tõenäoliselt ei ole. Paljud autorid pööravad tähelepanu sagedastele eksimustele töövõime hindamisel. Seda asjaolu tuleb antud juhul kindlasti arvestada.

Töölise ja teenistujate invaliidistumise põhjustest on ülekaalukalt esikohal südame ja veresoonte haigused (vt. tabel 2), nendele järgnevad traumad, pahaloomulised kasvajakasvaja ja närvisüsteemi ning meelelundite haigused. Seejuures on I invaliidisusgruppi põhjustanud haiguste seas esikohal pahaloomulised kasvajakasvaja ning teisel kohal südame ja veresoonte haigused. II invaliidisusgruppi põhjustanud haiguste seas on esikohal südame ja veresoonte haigused ning teisel kohal pahaloomulised kasvajakasvaja.

Pahaloomulistest kasvajakasvajatest põhjustatud invaliidistumine on kõige raskem — töövõimetute invaliidide (I ja II grupp) osa moodustab siin 97,2%. Raskestastmelt järgnevad neile psüühikahäired (77,8%), tuberkuloos (75%), südame ja veresoonte haigused (74,8%) ning seedeelundite haigused (74,8%).

Nagu töölise ja teenistujate invaliidistumise tase, nii oli ka taasläbivaatustel määratav invaliidide rehabiliteerimise tase meie vabariigi linnades ja rajoonides 1977. aastal suuresti erinev (vt. tabel 3). 100 taasläbivaadatu kohta oli see Pärnu ja Rakvere rajoonis vastavalt 16,5 ja 10,8 positiivset ühikut, Tartu linnas ja Võru rajoonis aga väljendus see negatiivsetes ühikutes ($P < 0,05$).

III grupi invaliididel oli rehabilitatsiooni summaarne näitaja peale Pärnu rajooni kõikjal negatiivne. Seega oli nendel ülekaalus töövõime kaotus. II grupi invaliididel oli töövõime suuremine või taastumine kõikjal suurem kui töövõime vähenemine.

Töövõime kaotuse dünaamikat mõjutab märgatavalt invaliidide dispanseerimise kvaliteet (1,8), veelgi rohkem töövõime ekspertiisi kvaliteet (6,7). Töötühtingimuste mõju on siin juba taandunud, kuna suur osa invaliidide enam ei tööta ja

Tabel 3. Töölise ja teenistujate invaliidsusgrupi muutumine 100 taasläbivaadatu kohta Eesti NSV linnades ja rajoonides 1977. aastal väljendatuna ühikutes

Linn, rajoon	Invaliidsusgrupid enne taasläbivaadust			
	I grupp	II grupp	III grupp	Kõik grupid
Eesti NSV	+16,2	+11,2	-10,0	+ 3,6
Pärnu rajoon	0	+22,8	+ 5,2	+16,5
Rakvere rajoon	+15,4	+14,9	- 0,7	+10,8
Narva linn	+30,0	+19,6	- 8,7	+ 7,7
Jõgeva rajoon	+22,2	+13,9	-13,3	+ 6,7
Kingissepa rajoon	+42,9	+ 8,9	- 9,7	+ 5,8
Kohtla-Järve linn	+12,1	+17,9	- 9,4	+ 5,6
Hiumaa rajoon	0	+11,6	- 4,7	+ 4,2
Paide rajoon	+33,3	+ 5,4	0	+ 3,8
Pärnu linn	0	+14,0	-11,7	+ 3,5
Tallinna linn	+21,0	+10,1	- 8,7	+ 3,3
Rapla rajoon	0	+15,4	-18,5	+ 3,1
Harju rajoon	+11,5	+11,5	-12,4	+ 2,9
Viljandi rajoon	+ 8,3	+ 8,4	- 6,1	+ 2,5
Kohtla-Järve rajoon	+16,7	+20,0	- 5,2	+ 0,9
Valga rajoon	+20,0	+ 6,4	-15,4	+ 0,8
Haapsalu rajoon	+14,3	+ 5,9	-13,7	+ 0,6
Põlva rajoon	+27,3	+ 7,5	-16,3	+ 0,4
Tartu rajoon	+15,4	+ 7,8	-13,5	+ 0,2
Tartu linn	+ 8,7	+ 6,4	-15,1	- 0,7
Võru rajoon	0	+ 8,1	-18,1	- 1,8

lõunarajoonis olukord vastupidine. On ilmne vajadus uurida sealsetes raviasutustes ja ATEK-ides töövõime eksperitiisi.

Arvatakse, et invaliidide arvu stabiliseerumine või isegi suurenemine ei ole negatiivne nähtus, kui sellega kaasneb suremuse vähenemine (5). Selle seose selgitamine aga käesoleva töö ülesannete hulka ei kuulunud.

KIRJANDUS: 1. Гамаюнов П. Ф. Сов. здравоохран., 1975, 4, 41—45. — 2. Магарил М. Ю. В сб.: Экспертиза трудоспособности и трудоустройство инвалидов, т. II. Л., 1959, 332—339. — 3. Нестеров В. А. Статистика инвалидности. М., 1977. — 4. Нестеров В. А., Камушкина Л. В. Сов. здравоохран., 1976, 1, 29—35. — 5. Нестеров В. А., Камушкина Л. В. Здравоохран. РСФСР, 1977, 1, 8—12. — 6. Пузанов И. И., Домрачев Г. Т. В кн.: Вопросы теоретической и практической медицины, т. 11. Ростов-на-Дону, 1976, 59—63. — 7. Романенко В. В. В сб.: Некоторые вопросы инвалидности и пути ее профилактики. Минск, 1976, 26—45. — 8. Стасевич Т. А. Там же, 45—64. — 9. Статистические исследования в практике врачебно-трудовой экспертизы. Методические рекомендации Министерства социального обеспечения РСФСР. Л., 1975.

Tallinna Vabariiklik Haigla

Eesti NSV Sotsiaalhooldusministeerium

UDK 616-005.4:616-079.4

SÜDAME ISHEEMIA TÕVE KULG JA PROGNOOS SELEKTIIVSE KORONAROGRAFIA ASPEKTIST

PEETER LAANE MALLE KUNDLA
ALEKSANDER STERN · TALLINN

südame isheemiatõbi, kulg, letaalsus, prognoos, selektiivne koronarograafia

Üha rohkem on tähelepanu hakanud äratama südame isheemiatõve prognoosimine, lähtudes selektiivsel koronarograafial dokumenteeritud pärgarterite anatoomilisest seisundist (1, 2, 4, 5). Nimetatud asjaolu on tingitud eelkõige sellest, et nüüdisajal konkureerivad ja täiendavad teineteist kaks südame

enamiku töötavate invaliidide töötingimused on sobivaks muudetud.

Analüüsinud töölise ja teenistujate invaliidistumist ning töövõime kaotuse dünaamikat, selgus enamiku linnade ja rajoonide osas, et mida suurem on linnas või rajoonis invaliidistumine, seda väiksem on seal invaliidide rehabiliteerimise näitaja. Paariskorrelatsioonikordaja (0,5) ja järjekorranumbrite korrelatsioonikordaja (0,6) näitavad siin tugevakujulist vastassuunalist korrelatsiooni.

ATEK-i töö hindamisel peetakse normaalseks, et mida suurem on invaliidistumine, seda kõrgemad on töövõime näitajad. Invaliidistumise madalate näitajate korral ei saa oodata töövõime taastumise kõrgeid näitajad (3). Nagu selgus, on Tartu linnas ja mitmes meie vabariigi

isheemiatõve ravi meetodit — konservatiivne ja kirurgiline ravi. Südame isheemiatõve eri vormide korral aga on prognoos konservatiivse ravi suhtes operatsiooni näidustuste formuleerimisel üks olulisemaid lähtemomente. Puuduvad ju seni üksmeelsed seisukohad selles, kas kirurgiline ravi pikendab eluiga või vähendab esmase või korduva müokardiinfarkti tekke sagedust.

Arvestades probleemi aktuaalsust seadsime oma töö eesmärgiks jälgida südame kroonilise isheemiatõve kulgu, prognoosi ja konservatiivse ravi efektiivsust, võttes aluseks selektiivse koronarograafia andmed.

Uurimismaterjal ja -metoodika. 114 haiget, kelle vanus oli 22...65 aastani (keskmine vanus 43 aastat), jälgisime haiguse kulgu, konservatiivse ravi tulemusi ja prognoosi 6 kuni 78 kuu vältel pärast selektiivset koronarograafiat (keskmine jälgimisaeg 30 kuud).

Selektiivse koronarograafia tulemustest lähtudes jaotasime haiged nelja rühma. Esimesse rühma kuulus 49 haiget, kellel selektiivsel koronarograafial nähtavad haiguslikud muutused puudusid. Neist 31-l säilis pärast koronarograafiat südame isheemiatõve diagnoos, 18-l diagnoosisime muid haigusi. Kaks selle rühma haiget olid varem põdenud müokardiinfarkti. Teise rühma moodustasid 14 südame isheemiatõbe põdevat haiget, kellel selektiivsel koronarograafial ilmnes ühe või mitme suure pärgarteri valendiku paikne kitsenemine $<50\%$ diameetrist; on mõeldud vasaku koronaararteri eesmist vatsakestevahelist haru, ümbritsevat haru ja paremat koronaararterit. Kolmandasse rühma kuulus 25 südame isheemiatõbe põdejat, kellel selektiivsel koronarograafial leiti ainult ühe eespool mainitud suure koronaararteri valendiku paikne kitsenemine $>50\%$ diameetrist või täielik sulgus. Teised koronaararterid olid kas normis või esines neis stenoos $<50\%$ arteri valendiku läbimõõdust. Selles rühmas oli müokardiinfarkti varem põdenud 11 haiget (44%). Neljanda rühma moodustasid 26 südame isheemiatõbe põdejat, kellel koronarograafial leiti mitme suure pärgarteri valendiku paikne kitsenemine $>50\%$ valendiku läbimõõdust või täielik sulgus. Müokardiinfarkti põdenud oli selles rühmas 18 (69%).

Tulemused. 1. Letaalsus. Jälgimisajal suri kaheksa haiget, neist viis ägeda koronaarpuudulikkuse või müokardiinfarkti tõttu ja kaks kroonilise kardiovaskulaarse puudulikkuse tõttu, mis oli tekkinud põetud müokardiinfarkti tüsitusena. Ühe surm ei olnud tingitud südame isheemiatõvest (enesetapu juht II rühmas). Rühmade kaupa jaotusid südame isheemiatõvest põhjustatud surmajuhud järgmiselt: I ja II rühm — letaalselt lõppenud juhte ei olnud, III rühm — üks letaalselt lõppenud juht (4%), IV rühm — kuus letaalselt lõppenud juht (23%).

2. Haiguse kulgu. Jälgimisajal võis täheldada, et enamikul esimese rühma haigetel kaebused kas kadusid täiesti või vähenesid ravi mõjul tunduvalt. Ühelgi juhul ei sedastatud haiguse raskekujulist progresseerumist ega müokardiinfarkti teket.

Teise rühma haigeist progresseerus haigus märgatavalt ühel. Stenokardilised valud sagesid ja tugevenesid oluliselt, lisandus väikesekoldeline müokardiinfarkt. Korduval selektiivsel koronarograafial, mis võeti ette 66 kuud pärast esimest, sedastati vasaku koronaararteri ümbritseva haru stenoosi tunduvalt progresseerumist: lokaalne kitsenemine $<50\%$ arteri valendiku läbimõõdust oli asendunud kitsenemisega $>90\%$ arteri valendiku läbimõõdust. Stenoos eesmises alanevas harus $<50\%$ arteri valendiku diameetrist ei olnud oma astet muutnud. Seega oli haige jälgimisaja jooksul läinud teisest rühmast üle kolmandasse, s. t. algavast koronaarskleroosist oli 66 kuu jooksul välja kujunenud raskekujuline stenoseeriv koronaarskleroos pärgarteri subtotaalse oklusiooniga. Veel kaks haiget põdesid vaatlusaja jooksul peenekoldelist müokardiinfarkti, ülejäänul puudus haiguse kulus ja kaebuste osas arvestatav dünaamika.

Enamikul kolmanda rühma haigeil andis konservatiivne ravi häid või

rahuldavaid tulemusi. Stenokardilised vaevused kadusid või vähenesid tunduvalt 19 haigel (76%). Viiel haigel (20%) olulisi muutusi haiguspildis ei olnud. Märkatavalt progresseerus haigus ainult ühel patsiendil, lõppedes müokardiinfarktiga, mille tagajärjel haige suri 40 kuud pärast selektiivset koronarograafiat. Lahangul sedastati kaugelearenenud ja raskekujulist stenoseerivat koronaarskleroosi juba mitmes suures pärgarteris. Seega oli ka see haige jälgimisaja jooksul üle läinud kergemast haigusrühmast raskemasse, fataalse müokardiinfarkti tekkemomendil kuulus ta juba neljandasse rühma.

Neljandas rühmas täheldasime lisaks eespool nimetatud kuuele letaalselt lõppenud juhule kliinilise sümptomaatika olulist progresseerumist veel kolmel juhul. Nimelt ühel haigel tekkis raskekujuline suurekoldeline müokardiinfarkt, teisel peenekoldeline müokardiinfarkt ja kolmandal haigel, kellel esines infarktijärgne südame aneurüsm, sagedad raskekujulised paroksüsmaalse tahhükardia hood. 11 haigel (42%) puudus haiguspildis oluline dünaamika. Stenokardiasündroomi ei õnnestunud konservatiivse raviga täielikult likvideerida ühelgi haigel, valude nõrgenemist võis täheldada vaid kuuel haigel (23%).

Käesolev töö ei võimaldanud vastust anda küsimusele, kas haiged, kellel koronarogramm on küll normaalsed, kuid kellel kliiniliste andmete alusel diagnoosisime südame isheemiatõbe, haigestuvad hiljem stenoseerivasse koronaarskleroosi või mitte. Teiste sõnadega, kas esimest rühma tuleb või ei tule vaadelda kolmanda ja neljanda rühma eelstaadiumina. Esialgu jääb mulje, et tegemist ei ole stenoseeriva koronaarskleroosi eelstaadiumiga, vaid printsiipsaalselt südame isheemiatõbe eri vormiga. Sellele küsimusele peaks lõpliku vastuse andma suure haigete kontingendi märksa pikajalisem kliiniline ja koronarograafiline jälgimine. Stenoseeriva koronaarskleroosi tekkimine teise rühma haigeil on väga tõenäoline. Huvi pakub, et nimetatud haigetel on sedastatud täiesti uute

raskete stenooside väljakujunemist pärgartereis kuni kaks korda sagedamini kui esialgsete mõõdukate stenooside progresseerumist (3). Seetõttu puudub mõõdukate stenooside korral vajadus ka profülaktilisteks operatsioonideks.

Järeldused.

1. Südame isheemiatõve kulg ja prognoos sõltuvad oluliselt koronaararterite anotoomilise kahjustuse ulatusest ja astmest: mida vähem on koronaararterite kahjustus, seda parem on haiguse prognoos, ja vastupidi, mida suurem on pärgarterite kahjustus, seda ebasoodsam on haiguse kulg ning halvem prognoos.

2. Konservatiivse ravi tulemust võib pidada heaks haigetel normaalsete või vähe muutunud koronaararterite korral ja rahuldavaks ühe suure pärgarteri stenoseeriva koronaarskleroosi korral. Kui kaugelearenenud ateroskleroos on tabanud mitut suurt pärgarterit, on prognoos konservatiivse ravi korral ebasoodne.

KIRJANDUS: 1. *Bruschke, A. V. G., Proud-fit, W. L., Sones, F. M.* Circulation, 1973, 47, 5, 936—945. — 2. *Burggraf, G. W., Parker, J. O.* Circulation, 1975, 51, 1, 146—156. — 3. *Lawrie, G. M., Morris, G. C., Howell, J. F., Ogura, J. W., Spencer, W. H., Cashion, W. R., Peterson, P. K., Lie, J. T.* Am. J. Cardiol., 1977, 40, 5, 665—672. — 4. *Reeves, T. J., Oberman, A., Jones, W. B., Sheffield, L. T.* Am. J. Cardiol., 1974, 33, 423—430.

5. *Мазаев В. М., Матвеева Л. С., Сидельников Г. Я., Долбилова В. А.* Кардиология, 1976, 16, 7, 34—41.

*Eksperimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut*

SÜDAME ISHEEMIA TÕVE JA HÜPERTOONIA TÕTTU ESITATUD KIIRABIVÄLJAKUTSETE ARV NING ILMASTIKUTEGURID

KOIDULA ILVÄR · TARTU

südame isheemiatõbi, hüpertooniatõbi, ilmastikutingimused, statistilised andmed

Viimasel ajal on kogu maailmas hakatud järjest rohkem uurima ilmastikutegurite mõju haiguste kulule ja esinemisagedusele (1, 2, 3). On täheldatud, et mõne haiguse puhul esineb ööpäevase keskmise väljakutsete arvu küllalt suur kõikumine (4, 5, 6, 7), mida kinnitavad ka Tartu Linna Kiirabijaama statistilised näitajad.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Uurimistöös on kasutatud Tartu Linna Kiirabijaama, Tallinna Ilmajaama ja Tõravere observatooriumi andmeid 1976. aasta 1. maist kuni 1977. aasta 30. aprillini.

Et rõhkkondade liikumiskiirusest, nende vaheldumisest ja aktiivsusest oleneb ka üksikute ilmastikutegurite amplituud, on analüüsitud eraldi õhurõhku, relatiivset õhuniiskust ja päikeseradiatsiooni ning seost nende muutuste ja kiirabiväljakutsete vahel. Analüüsi hõlbustamiseks on ilmastikutegurid rühmitatud vastavalt intensiivsusele ja amplituudile.

Töö põhineb südame isheemiatõbe ja hüpertooniatõbe põdevate haigete juurde 3689 kiirabiväljakutse analüüsil. Müokardiinfarkti statistiliste andmete analüüs on tehtud haiglate poolt tagastatud saatekirjatalongide järgi täpsustatud diagnooside alusel. Väljakutsete arvu ja ilmastikutegurite vahelist seost on nende haiguste puhul uuritud eraldi veel meestel ja naistel vanuserühmade järgi.

Tulemused. Aasta keskmine väljakutsete arv ööpäevas oli südame isheemiatõve puhul 8,1 (müokardiinfarkti puhul 0,6), hüpertooniatõve puhul 2,0. Rõhk-

kondade mõju uurimine näitas, et madal- ja kõrgrõhkkonna korral oli erinevus väljakutsete arvus minimaalne. Väljakutsete arv suurenes rõhkkondade vaheldumisel ühe ööpäeva jooksul. Kui madalrõhkkonna eemaldumisega samal ajal lähenes kõrgrõhkkond, siis vähenes väljakutsete arv müokardiinfarkti tõttu 30,7%, kui kõrgrõhkkond aga eemaldus, siis 17,0% lähteväärtusest. Hüpertooniatõve juhtudel vähenes väljakutsete arv vastavalt 7,2% ja 26,8%.

Väljakutsed südame isheemiatõbe põdevate juurde sagenesid paralleelselt õhurõhu tõusuga (13,1%). Madala õhurõhu (730...749 mm Hg) korral oli väljakutseid päevas keskmiselt 7,5, keskmise õhurõhu (750...769 mm Hg) korral 8,2 ja kõrge õhurõhu korral (770...789 mm Hg) 9,7. Sõltuvus õhurõhu muutuste ja väljakutsete arvu vahel on tõestatud olulisuse nivool 2...4% ($\chi^2=7,59 > \chi^2_{kr.}=5,99$). Õhurõhu järsu tõusu-languse korral 10 mmHg või enam ööpäevas oli väljakutseid 6,7, tõusu-languse korral 5...9 mmHg aga 7,7 ($P < 0,05$). Võrreldes väljakutsete arvu 1...2 päeva pärast õhurõhu järsku langust arvuga 1...2 päeva enne langust, selgus, et väljakutsete arv suurenes keskmiselt 14,3%, õhurõhu tõusu korral aga vähenes 7,7%. Väljakutsete arv suurenes järsult kaks päeva enne õhurõhu järsku langust ja kaks päeva pärast õhurõhu tõusu. Madala õhurõhu korral oli kuni 39 aasta vanustel meestel väljakutseid keskmiselt 33% rohkem kui keskmiste rõhuväärtuste korral. Sama vanuserühma naistel väljakutsete arv vähenes 61%. Kui õhurõhk oli kõrge, siis ei olnud väljakutseid sama vanuserühma kummastki soost haigete juurde. Kesk- ja vanemaealiste meeste puhul oli väljakutsete näitaja varieeruv, naiste puhul aga õhurõhu kõrgenemisel suurenes. Nii noores (kuni 49 aastat) kui ka vanemas eas naiste juurde väljakutsete sageduse sõltuvus õhurõhu muutustest on tõestatud olulisuse nivool 5%. Vanemas eas meeste juurde oli väljakutsete sagedusel sõltuvustendents olemas, nooremaealistel aga oli täielik sõltumatus.

Madala relatiivse õhuniiskuse (kuni 59%) korral vähenes väljakutsete arv 8,5% ($P > 0,05$).

Võrreldes summaarse ja otsese päikesekiirguse mõju seost väljakutsete arvuga, selgus, et vahe oli keskmise intensiivsusega kiirguse puhul. Kui summaarse kiirguse korral väljakutsete arv suurenes paralleelselt kiirguse intensiivistumisega, siis otsese kiirguse korral suurenes see tugeva intensiivsuse (301...600 cal/cm²) korral, kuid keskmise intensiivsuse (101...300 cal/cm²) korral, võrreldes nõrgaga, väljakutsete arv vähenes. Väljakutsete sageduse sõltuvus kiirguse intensiivsusest on tõestatud ainult meestel ($P < 0,05$).

Müokardiinfarkti juhtudel oli väljakutseid kõrge õhurõhu korral 28,4% rohkem kui madala õhurõhu korral. Vaatamata suurtele erinevustele väljakutsete sageduses, ei ole sõltuvuse olulisus seoses rõhu muutustega tõestatud ($P > 0,05$).

Väljakutsete arv suurenes kõrge relatiivse õhuniiskuse puhul (võrreldes madalaga) meestel keskmiselt 48,6% ja naistel 85,9%. Vanemaealistel ilmnes niiskuse toime korral sõltuvuse erinevus meeste ja naiste vahel ($P < 0,05$).

Keskmise intensiivsusega otsese päikesekiirguse korral (võrreldes nõrgaga) oli väljakutseid 14,4% võrra vähem. Tugeva intensiivsuse juures vähenes väljakutsete sagedus meestel 51,2% ja naistel 77,3% ($P > 0,05$).

Hüpertooniatõve puhul oli rõhkkondade vaheldumisel ööpäevas keskmine väljakutsete arv 2,4, kõrgrõhkkonna ajal 1,9 ($P > 0,05$). Kaks päeva enne ja pärast õhurõhu järsku langust (üle 10 mmHg) suurenes väljakutsete arv keskmiselt 6,4%. Kui õhurõhk järsku tõusis, oli väljakutseid teisel päeval pärast tõusu 22,4% võrra vähem kui üks päev enne tõusu ($P < 0,05$).

Väljakutsete arv suurenes paralleelselt suhtelise niiskusprotsendiga õhus ($P < 0,05$). Relatiivse õhuniiskuse amplituudi muutumine avaldas erisugust mõju naistele ja meestele, eriti nooremate vanuserühmas (kuni 49 aastat), kusjuures olulisuse nivoo oli 4...5%.

Väljakutsete arv oli seda väiksem, mida intensiivsem oli otsene päikesekiirgus ($P > 0,05$). Tugeva intensiivsusega otsese kiirguse korral väljakutsete arv küll vähenes (meestel 80,4%, naistel 67,8% võrra), kuid seda ei saa tõestatuks pidada ($P > 0,05$).

Kokkuvõte ja järeldused. Uurimusest nähtus, et rõhkkondade vaheldumisel tuleb ette õhurõhu suure amplitudiga kõikumisi, millega seoses ka väljakutsete arv südame isheemiatõve tõttu järsult suurenes. Paralleelselt õhurõhu kõrgenemisega keskmine väljakutsete arv ööpäevas südame isheemiatõve juhtudel suurenes, hüpertooniatõve juhtudel aga vähenes. Ilmastikutegurid avaldasid haigustele mõju erisuguselt, sõltvalt ka vanusest ja soost. Eriti ilmneb seos õhurõhu muutuste ja väljakutsete arvu vahel isheemiatõbe põdevatel naistel. Järsult sagenesid väljakutsed 1...2 päeva enne ja pärast õhurõhu järsku muutust.

Kõrge relatiivse õhuniiskuse korral oli väljakutseid rohkem, kusjuures sõltuvus rõhu muutustest oli naistel ja meestel erisugune. Näiteks oli väljakutsete sagedus südame isheemiatõbe põdevate 59 aasta vanuste meeste juurde kõrge relatiivse õhuniiskuse korral väiksem, naistel aga suurenes paralleelselt vanusega, saavutades maksimumi vanuserühmas 70...79 aastat. Hüpertooniatõve juhtudel oli kõrge õhuniiskuspotsendi korral (võrreldes madalaga) väljakutseid rohkem naistel (17,5%) ja vähem meestel (0,3%). Tugeva intensiivsusega nii summaarse kui ka otsese päikesekiirguse korral oli väljakutsete arv meestel vanuses kuni 39 aastat tunduvalt suurem, seevastu arv vanemas eas vähenes (55,2%).

Et nõukogude meditsiini põhisuund on profülaktika, siis oleks hädavajalik kõikide ilmastikutegurite mõju uurimist jätkata nii organismile tervikuna kui ka haigustele ning nende kulele.

Meditsiinilise meteoroloogiajaama asutamine oleks alus uuele tõhusale profülaktikasuna meditsiinis.

KIRJANDUS: 1. Prüller, P., Riiv, J. Kni-mene ja ilm. Tln., 1970, 257—271. —

2. Riiv, J., Valgma, K. *Kardioloogia* II, Tln., 1978.

3. Алиев М. А., Кулакова Р. И. Гипертония и атеросклероз в условиях высокого-рья, 1971. — 4. Бей П. И., Смачило Б. И. В сб.: Экстренная медицинская помощь на догоспитальном этапе. Киев, 1977, 105—107. — 5. Никберг И. И., Козлова Л. С., Сергиенко С. П., Чечик Э. А. Там же, 103—104. — 6. Никберг И. И., Хоменко Ю. А. Там же, 109. — 7. Шуманский В. Е. Там же, 108.

Tartu Linna Kiirabijaam

UDK 616.916:576.8.097.3(474.2)

LEETRI ELUSVAKTSIINI TÜVE Л-16 IMMUNOGEENSED OMADUSED

VLADIMIR BOLOTOVSKI NINEL TITOVA
MOSKVA
OKU TAMM JAAN MÄRTIN
ALEKSANDRA VOROBJOVA IDA BLUMBERG
TALLINN
ANNA BUDJAK NARVA
UNO MIRME PÄRNU

leetri elusvaktsiin, immunogeensed omadused, kaitsepookimised, meetodika, vaktsiini immunogeensus, reaktsiooni hindamine

Meie töö eesmärk oli uurida L. Pasteuri nimelises Epidemioloogia ja Mikrobioloogia Teadusliku Uurimise Instituudis toodetava leetri elusvaktsiini tüve Л-16 eri vaktsiiniseeriade immunogeenseid omadusi.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Vaktsineerimine oli plaanipärane ning kooskõlas elusvaktsiini kasutamise eeskirjadega. Kaitsepookimisi tehti Narva Lastepolikliinikus ja Pärnu Lastepolikliinikus. Immuniseeriti kümne kuu kuni nelja aasta vanuseid terveid lapsi, kellele ei olnud vaktsineerimiseks vastunäidustusi.

Leetri elusvaktsiini eri seeriade immunogeensus määrati antihemaglutineerivate leetriaantikehade tiitrite põhjal

kapillaarvere seerumis hemaglutinatsiooni pidurduse reaktsiooni mikromeetodil antigeeniga koguses neli hemaglutinatsiooniühikut töölahuses. Seejuures kasutasime rohepärdiku erütrotsüütide 0,5% -list suspensiooni, mis oli standardiseeritud fotoelektrokolorimeetriselt.¹

Seerumi kontrollimiseks kasutati Tarassevitši-nimelise Riikliku Kontrollinstituudi antikehade riiklikku standardit. Leetriaantigeen oli valmistatud tingimisi virulentsest tüvest Edmonston HA-129K. Uuriti 579 lapse vereseerumeid, kellele enne immuniseerimist ei olnud leetriaantikehi vereseerumis ning kellele oli tehtud kaitsepookeid 12 vaktsiiniseeriast. Leetrivaktsiin oli valmistatud L. Pasteuri nimelises Epidemioloogia ja Mikrobioloogia Teadusliku Uurimise Instituudis Leningradis.

Töö tulemused. Igast vaktsiiniseeriast määrati kolmes suvaliselt valitud vaktsiiniampullis vaktsiiniviiruse nakkuslikkus tiitrimise teel, millest ilmnas, et selle hulk oli tegelikult võrdne kõigis 12 vaktsiiniseerias (158...631 ТЦД₅₀ vaktsineerimisannuses)². Uuritud 12 vaktsiiniseeria reaktogeensuse tase avaldatuna tugeva ja keskmise intensiivsusega temperatuurireaktsiooni summana kõikus 10,4...20,0% -ni.

Uuritud leetri elusvaktsiiniseeriad ei olnud ühesuguste immunogeensete omadustega. Nii varieerus serokonversiooni tase 74,1...100,0% ning antikehade tiitrite geomeetriline keskmine $2,7 \pm 0,2$... $5,5 \pm 0,18 \log_2$. Ilmne oli seos antikehade moodustumise intensiivsuse ja aastaaja vahel, mil kaitsepookeid tehti. Nii oli serokonversiooni tase lastel, keda oli vaktsineeritud sügisel ja talvel, võrdne keskmiselt 90,2% -l, koos antikehade tiitrite geomeetrilise keskmisega $4,5 \pm 0,28 \log_2$ (5 vaktsiiniseeriat). Ent lastel, kellele oli tehtud kaitsepookeid kevadkuudel, olid need arvud vastavalt 81,4% ja $3,7 \pm 0,28 \log_2$ (7

¹ Verd võeti lastelt sõrmeotsast enne immuniseerimist ning neli kuud pärast seda.

² 158...631 tsütopaatilist ühikut.

Tabel 1. Immunogeneesi intensiivsuse sõltuvus aastaajast leetri elusvaktsiiniga immuniseerituil

Immuniseerimise aeg	Vaktsiini-seeriade arv	Laste arv	Serokonver-sioon %-des	ATGK* m	Näitude erinevus	
					serokon-versioon	ATGK
Oktoobrist veebruarini	5	248	90,2... 91,4	4,5± 0,28	3,6	2,0
Märtsist maini	7	331	81,4	3,7± 0,28	3,6	2,0

* antikehade tiitrite geomeetriline keskmine nii selles tabelis kui ka tabelis 2 m — standardviga

vaktsiiniseeriat). Erinevus on statistiliselt oluline ($t > 2$; vt. tabel 1).

Immuniseeritute hulgas oli küllalt palju imikuid, seepärast oli huvitav välja selgitada, kas on olemas seos lapse vanuse ja antikehade moodustamise vahel immuniseerimise korral (vt. tabel 2). Tabelist nähtub, et lastel, kellele oli tehtud kaitsepookeid 10...11 kuu vanuselt, oli immunoloogiline reaktiivsus palju madalam kui neil, keda oli immuniseeritud pärast esimest eluaastat. Oluline erinevus tehti kindlaks nii serokonversiooni näitajate ($t = 3,9$) kui ka leetriveriiruse antikehade moodustamise intensiivsuse osas ($t = 2,0$).

Võrdlesime leetri elusvaktsiiniga kaitsepookimise järel avalduva im-

Tabel 2. Leetriaantikehade moodustumise sõltuvus lapse vanusest elusvaktsiiniga immuniseerimisel

Vaktsiiniseeriade arv	10...11 kuu vanused lapsed			Üle ühe aasta vanused lapsed			Näitude erinevus	
	arv	serokon-versioon %-des	ATGK m	arv	serokon-versioon %-des	ATGK m	serokon-versioon	ATGK
12	161	67,9	3,3± 0,46	266	91,3	4,3± 0,21	3,9	2,0

muunvastuse intensiivsuse seost aasta enne vaktsineerimist põetud ägedate respiratoorsete nakkushaiguste esinemissagedusega. Anamneesi põhjal ei täheldanud me põetud ägedate respiratoorsete nakkushaiguste esinemissageduse ja viimasest ägeda respiratoorse nakkushaiguse põdemisest kuni vaktsineerimiseni möödunud ajavahemiku olulist seost antikehade moodustumise intensiivsuse vahel.

Arutelu. Leetri elusvaktsiiniga immuniseeritud laste aastaid kestnud jälgimine on kinnitanud, et immuunsus säilib küllalt kõrgena 10...15 aastat (3, 4, 5, 6, 7, 18). Ehkki viimastel aastatel on ilmunud töid, milles juhitakse tähelepanu tõsiasjale, et leetriaigestumus immuniseeritud laste hulgas on suurenenud (11, 12, 13).

Meie uurimus näitas, et uuritud vaktsiiniseeriad ei olnud immunogeensete näitajate poolest kõik standardsed. Nii varieerus serokonversioon 74,1...100%, antikehade tiitrite geomeetriline keskmine aga 2,7...5,5 log₂. Üksnes neli vaktsiiniseeriat 12-st (33,3%) vastasid standardnõuetele ning kutsusid esile serokonversiooni rohkem kui 90%-l immuniseeritulist.

Vaktsiiniviiruse hulk immuniseerimisannuses oli tegelikult võrdne kõigis leetri elusvaktsiini uuritud seeriates, mis viitab vaktsiinitüve üleatenuerimise võimalusele. Ka L. Boitšuk ja kaasautorid on tähelepanu juhtinud leetri elusvaktsiini Λ-16 reaktogeensete omaduste märgatavale nõrgenemisele viimasel ajal, mis teeb valvsaks vaktsiinitüve immunogeensuse aktiivsuse nõrgenemise tõttu, sest viimane on otseses sõltuvuses tüve atenuerituse astmest.

Arvestamata ei tohi jätta ka muude tegurite osa immunogeneesi arengus, eriti tuleb silmas pidada lapse vanust immuniseerimise ajal. Meie töö tulemustest oli väga ilmne, et alla ühe aasta vanustel lastel on immunoloogiline reaktiivsus madal ning seepärast lapse organism kas ei reageeri immuniseerimisele antikehade tekkega või siis kaotab omandatud immuunsuse kiiresti.

Meie uurimise põhjal oli pärast leetri elusvaktsiiniga immuniseerimist sügisel ja talvel immunogenees märksa intensiivsem võrreldes andmetega, mis olid saadud laste vaktsineerimisel kevadkuudel (serokonversioon 90,2%, antikehade tiitri geomeetiline keskmine $4,5 \log_2$; sügisel ja talvel vastavalt $81,4\%$ ning $3,7 \log_2$; $t > 2$).

Autorid on leetrivaktsiini reakto-geensete ja immunogeensete omaduste vaheliste seoste osas erisugusel seisukohal. Ühed kalduvad arvama, et reakto-geensemamad vaktsiinid tagavad pikaajalise ja püsiva immuunsuse (14, 15, 17), teised aga ei ole niisugust sõltuvust täheldanud (10, 18). Ka meil ei õnnestunud niisugust korrelatsiooni nimetatud omaduste vahel leida, ehkki uuritud vaktsiini reakto-geensus oli tunduvalt väiksem kui varem kasutusel olnud vaktsiinil Л-4 ja Л-16 ПМС.

Eelnevat kokku võttes võime öelda, et tänapäeval kasutusel olevatel leetri elusvaktsiini seerialtel ei ole meie arvates küllaldast immunogeensust, esile kutsumaks immunoloogilist vastust sellisel tasemel, mida täheldati varem vaktsiini Л-16 ПМС kasutamise korral, mil antikehade tiitrite geomeetiline keskmine üks kuu pärast immuniseerimist oli $6,6 \dots 7,5 \log_2$ (8, 9, 16, 18).

Järeldused.

1. Laste massiliseks immuniseerimiseks kasutatud leetri elusvaktsiini 12 vaktsiiniseeria immunogeensuse uurimine näitas, et immunogeensete omaduste poolest ei olnud kõik vaktsiiniseeriad standardsed. Nii varieerus serokonversioon $74,1 \dots 100\%$, keskmiselt $86,1\%$, ning antikehade tiitrite geomeetiline keskmine $2,7 \dots 5,5 \log_2$, keskmiselt $4,0 \pm 0,28 \log_2$.

2. 10...11 kuu vanustel lastel, kellele oli tehtud kaitsepookeid, tekkisid leetriviiruse antikehad $67,9\%$ -l, seevastu neil, keda oli immuniseeritud pärast esimest eluaastat, oli see protsent 91,8. Erinevus oli usaldusväärne ka antikehade tiitrite geomeetriliste keskmiste võrdlemisel, vastavalt $3,3 \pm 0,46 \log_2$ ja $4,3 \pm 0,21 \log_2$.

3. Tehti kindlaks usaldusväärne seos immunogeneesi intensiivsuse ja aastaaja vahel, millal kaitsepookeid oli tehtud. Nii olid leetriantikehade moodustumise näitajad kõrgemad neil lastel, kellele oli kaitsepookeid tehtud sügisel ja talvel, võrreldes lastega, keda oli immuniseeritud kevadkuudel.

KIRJANDUS: 1. *Krugman, S. J. Pediatr.*, 1971, 78, 1—16. — 2. *Krugman, S. J. Pediatr.*, 1977, 90, 1—13.

3. *Болотовский В. М., Геликман Б. Г., Титова Н. С.* В сб.: Краевая инфекционная патология и научные основы снижения и ликвидации инфекционных болезней. Ереван, 1973, вып. 6, 111—114. — 4. *Болотовский В. М., Геликман Б. Г., Кибрик Л. И.* ЖМЭИ, 1976, 6. — 5. *Болотовский В. М., Геликман Б. Г., Кибрик Л. И.* В кн.: Иммунологические аспекты эпидемиологии. Кишинев, 1977. — 6. *Бойчук Л. М., Шикина Е. С., Мешалова В. Н.* В сб.: Международный симпозиум по стандартизации биологических препаратов. М., 1972, 57—58. — 7. *Бойчук Л. М., Васильева Г. А., Пейсель З. Г.* В сб.: Научная конференция по проблеме стандартизации медицинских биологических препаратов. М., 1974, 1—3. — 8. *Геликман Б. Г.* Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1968. — 9. *Зелитова Л. П.* Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1968. — 10. *Зелитова Л. П., Болотовский В. М.* В сб.: Материалы изучения живой вакцины против кори Ленинградского института эпидемиологии и микробиологии им. Пастера. Л., 1967, 50—51. — 11. *Михалевич Н. И., Замотин Б. А.* В сб.: Вопросы организации контроля и усовершенствования прививочного дела в БССР. Минск, 1975, 6. — 12. *Олейникова А. И., Барон З. О., Зарклавная З. И.* В сб.: Детские инфекции. Киев, 1974, вып. 4, 84—87. — 13. *Терехов С. Н., Шехтер А. Б., Чудная Л. М.* В сб.: Детские инфекции. Киев, 1973, вып. 3, 55. — 14. *Трубина Л. М.* Автореф. дисс. доктора мед. наук. М., 1973. — 15. *Фастовская Б. Н.* Автореф. дисс. канд. мед. наук. Киев, 1970. — 16. *Чудная Л. М.* Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1971. — 17. *Чудная Л. М., Фастовская Б. И.* В сб.: Детские инфекции. Киев, 1973, вып. 3, 73—76. — 18. *Шехтер А. Б.* Автореф. дисс. доктора мед. наук. М., 1970. — 19. *Шикина Е. С., Смородинова И. П., Зубок А. К.* В сб.: Профилактическая вакцинация и ее влияние на детский организм. Л., 1975, 27—29.

NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi
Epidemioloogia Teadusliku Uurimise
Instituut
Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium
Vabariiklik Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam
Narva Lastepolikliinik
Pärnu Lastepolikliinik

Filosoofia ja meditsiin

UDK 100:61

ELULAAD JA VAJADUSED

SILVER KOPPEL · TALLINN

nõukogude elulaad, terved eluviisid, inimese vajadused, määrang, klassifikatsioon

Teadlaste, publitsistide ning propagandistidena sekkuvad meie vabariigi meedikud üha aktiivsemalt nõukogude elulaadi kindlustamise ja kujundamise. Võitlus nõukogude elulaadi ühe põhilise tunnuse — tervete eluviiside — eest kuulubki suurel määral profülaktilise meditsiini valdkonda. Kuid ka elulaadi kujundamise üldteoreetilised alused põimuvad vahetult füsioloogia-probleemidega.

Elulaad on inimese konkreetsete tegevusviiside ja käitumisvormide kogum. Inimene aga «ei saa midagi teha, tegemata seda ühtlasi mingi oma vajaduse ja selle vajaduse elundi tõttu...» (2, lk. 245). Mitmed marksistlikud filosoofid (9, 16, 23) ongi käsitlenud vajadusi ühena elulaadi determineerivatest teguritest. See on põhjendatud. Elulaad kui tegevustesüsteem on konkreetsete vajaduste rahuldamise süsteem. Järelikult tuleb vajaduste probleemi pidada elulaadi teoorias fundamentaalseks. Vajaduste olemuse mõistmine on ka tervete eluviiside kujundamise eeldus.

Inimese vaba arenemise tagamiseks peab ta vajadustest vähemalt teatav osa olema rahuldatud. Kõik rahuldatavad vajadused peavad olema terved, loomulikud, «mõistlikud». Kerkib küsimus: mida inimene (teataval kindlal ühiskondliku arengu astmel) vajab?

See lahendub ainult koos küsimusega, miks inimene üldse «vajab» (mis on vajadus).

Mõiste «vajadus» sisu ja seos ühiskonnateaduse ülejäänud põhikategooriatega selgub K. Marxi, F. Engelsi ja V. I. Lenini teoste terviklikust kontekstist. Arenenud sotsialistliku ühiskonna inimeste vajadusi on uuritud arvukates filosoofilistes, majandusteaduslikes ja sotsioloogilistes töödes. Paljudele küsimustele on esialgu võimalik anda üksnes provisoorseid ja diskuteeritavaidki lahendusi. Puudub ka «vajaduse» üldvastuvõetav määratlus.

Sellel on spetsiifiline põhjus. Igaüks näib teadvat, mis on vajadus, sest igaüks vajab alati midagi. «Intuitiivselt selgetena» (avalikult või varjatult tautoloogilistena) ongi antud enamik käibivaid vajadusemääranguid. Need tuginevad marksistliku isiksusetooria silmapaistva arendaja S. Rubinšteini sõnadele: «Vajaduste olemasolu näitab, et ta millegi järele vajadust tunneb...» (10, lk. 770).

Tautoloogilised määrangud on oma-moodi kõige õpetlikumad. Nad lubavad oletada, et vajaduse aluseks on «miski»¹, mis tuleb määratleda puhtsotsioloogiliste või puhtpsühholoogiliste isiksusetooriate raamidest väljudes.

Tõsi, S. Rubinštein ise läks kaugeemale kui enamik ta järgijaid. Ta juhtis tähelepanu vajaduse seesmisele vastutolulisusele: vajadus on inimese sõltuvus millestki ja selles mõttes ta passiivsus; samal ajal on inimene just oma vajaduste tõttu ja oma vajadustes aktiivne ning tegev olend (10, lk. 572, 770).

Tautoloogiat vältivate definitsioonide põhitüübid on saanud S. Rubinšteini iseloomustuse üksikuid momente absolutiseerides. Vajadust on (sõnaselgelt või kaudselt) määratletud subjekti sõltuvusena oma eksisteerimise tingimustest (17, lk. 27) või teatavate eksistee-

¹ A. Spirkin (22, lk. 338), E. Kudelin (18, lk. 13) ja mitmed teised püüavadki määratleda vajadust «tarbe» vahendusel, viimast seejuures defineerimata.

rimise ja arenemise tingimuste puudumisenä (8, lk. 266).

Vajaduse seostamine subjekti sõltumisega oma eksisteerimise tingimustest on nii õige, et ei ütle sisuliselt mitte midagi. Sõltub ju kõik maailmas oma konkreetsetest eksisteerimise tingimustest. Isegi kui väidame, et elutu seejuures ei vaja midagi, elav aga vajab teatavaid tingimusi, siis ütleme üksnes, et elav materia on «vajav materia».

Vajaduse seostamine teatavate tingimuste puudumisega sisaldab ratsionaalse mõtte. Me vajame seda, mida meil ei ole. Kuid ometi mitte kõike, mida meil ei ole. Vajadus on bioloogiliselt ja sotsiaalselt otstarbekohane üksnes siis, kui ta põhjustab mingi tegevuse. Tegevust põhjustada aga võib see, mis on olemas. Kui miski puudub, siis areneb elusorganism kas teisiti kui selle tingimuse olemasolu korral või sureb.

S. Rubinštein iseloomustusest võib järeldada, et vajadus kui sõltuvus ja kui aktiivsus on ühe ja sama nähtuse kaks võrdväärset külge. Mõned autorid aga nimetavad aktiivsuse allikaks subjekti seisundit, mis sõltub kas olemasolevatest (24, lk. 327—328) või puuduvatest (11, lk. 316) eksisteerimise tingimustest. Selles sõnastuses peitub oht vajaduse (kui organismi seisundi) ja aktiivsuse mõistmiseks kahe eri nähtusena (põhjuse ja tagajärjena). I. Pavlovi õpetuse põhiprintsiipidest aga järeldub, et mis tahes tingimuse retsipeerimine ja vastus sellele on ühtne reflektorine kompleks.

Nimetatud autoritest (24, 16) erinevalt rõhutab Š. Tšhartišvili (25, lk. 116—117), et elusorganismi eksisteerimise viis on eneseaktiivsus, mille struktuur on konkreetsetest eksisteerimise tingimustest. Nendele autoritele täiesti vastupidiselt oletab ta, et vajadus tuleneb teatava aktiivsuse vormi pidurdumisest, mida põhjustab selleks tarvilike tingimuste puudumine. Teravmeelne ja paradoksaalne hüpotees väärrib tähelepanu vajaduste füsioloogilise teooria loomisel. Esitatu näitab, et va-

jaduse loomuse kohta on esitatud mitmeski suhtes vastakaid seisukohti.

Võib juhtuda, et vägagi nüüdisaegseid probleeme aitab mõista ootamatu analoogia hoopis teistsuguste probleemide lahendamisega minevikus. S. Rubinštein (10, lk. 770) seostas verbid «vajama» ja «kannatama»². Saksa müstika suurim esindaja J. Böhme (14) nimetas eksisteerimist materia piinaks (Qual): hea ja kurja võitluseks, milles kõik asjad sisaldavad ka iseenese vastandi.³

Vajadus on kannatus (piin), piin aga on vastuolulisus. Näha elutu materia piina vastandlikkudes jõududes, mis ei luba üheaegselt (ning täpselt) määrata elementaarosakese impulssi ja asukohta, on kahtlematult antropomorfistlik. Mõista aga inimese igavest rahuldamatust piinava vastuolulisusena on võimalik. On võimalik mõista ka selle vastuolulisuse lahenemist vabastatud töös, mida inimene naudib «kui oma füüsiliste ja vaimsete jõudude mängu» (3, lk. 160).

Poeetilisest metafoorist loobudes võib väita, et vajadus on vastuolu organismi seesmiste ja väliste eksisteerimistingimuste vahel, kusjuures nii seesmised kui ka välised tingimused on ise samuti vastuolulised. Vajadus ei põhjusta aktiivsust; ta on materia aktiivsuse (iselikumise) eriline vorm, mis ühtaegu säilitab ja (esialgu ajutiselt ning suhteliselt) likvideerib enese. Vajaduse täielik likvideerimine on surm.

Määrang ei taotle originaalsust. Vastupidi. K. Marx (4, lk. 151—154) avab inimlikkude vajaduste suhte tootmise ja tarbimise, enesetarbimise ja enese taastootmise vastandliku ühtsusega. Allakirjutanu püüab rõhutatuna esitada üht selle iseloomustuse alltekstis peituvat väidet — materia seesmine vastu-

² «страдать», andes vastetena sks. «leiden», pr. «pätir».

³ Böhme filosoofia on suure mõttejõu ja suure harimatuse ebatavaline ühendus: ta mõistis ja kasutas üksnes sõna «kvaliteet» («Qualität») esimest poolt. Marksismi rajajad näitasid (1, lk. 142), et termin «materia piin» oli 17. sajandil piisav materia iselikumise printsiibi selgitamiseks.

olulisus ja iseliikumine on ühtsed. See võimaldab inimese vajaduste vastandlikkuse alusel mõista elava materia vajadusi üldse.

Vajaduste olemuse mõistmiseks ei ole esitatud määrang muidugi veel küllaldane. Et seesmine vastuolulisus on materia universaalne omadus, tuleb vastata küsimusele: millised konkreet- sed iseärasused on elava materia vastuolulisusel?

Juba möödunud sajandil ei peetud «teaduslikuks sellist füsioloogiat, mis ei käsita surma kui elu olulist momenti... ja mis ei saa aru, et elu eitamine sisaldub oma loomuselt elus eneses...» (5, lk. 227). Tänapäeva teadusele tuginedes võib oletada, et surm kui elu loomuses sisalduv oluline moment on tingitud termodünaamika teise printsiibi universaalsest iseloomust.

Elu põhitingimus on organismi sisekeskkonna struktuurse korrastatuse ja vaba energia nivoo püsimine teatava konkreetse määra piires. Termodünaamika teise printsiibi kohaselt aga suureneb pidevalt mis tahes suhteliselt isoleeritud süsteemi entroopia: struktuur lihtsustub ja vaba energia hulk väheneb. Seetõttu toimub elusorganismi vahetpidamatu «enesetarbimine».

Kui see oleks ainult nii, sureksid elusorganismid suhteliselt kiiresti ja elu olemasolu Maal oleks vist võimatu. Seoses ainevahetusega aga toimuvad organismides ka struktuurse keerukuse taasehitumisega ja vaba energia suurenemisega (kuid mitte entroopia kahanemisega!) seotud protsessid⁴. Me ei tea, miks. See ongi elu «mõistatus», probleem, millele kogu tänapäeva bioloogia vastust otsib. Puudutame mõningaid oletusi.

1930-ndatel aastatel konstrueeris N. Bernšteini «aktiivsusefüsioloogia» (15), mille kohaselt on elusorganism väliskeskkonnale vastanduv antientroopiline süsteem. Kontseptsioon on vasturääkivusteta matemaatiliselt ja loogiliselt,

⁴ Oluline on teada, et ennast füsioloogiliselt tarbides, s.o. funktsioneerides, pidurdab organismi entroopia kasvu suuremal määral kui puhkeolekus.

kuid seni veel põhjendamata füsioloogiliselt. Temas aga ei sisaldu andmeid, mis põhjendaksid niisuguste süsteemide eksisteerimise võimalikkuse.

E. Schrödinger (26) oletas, et organism toitub negentroopiast. Ta enese argumentatsioonist aga järeldub, et organism toitub ainest ja energiast ning negentroopiat tuleb siin võtta pigem metafoorina. Reaalselt organism negentroopiat ei vaja ega saaks seda ka kasutada; ta vajab konkreetseid vastastikuseid toimeid väliskeskkonnaga. See on oluline mõistmiseks, et vajaduste olemus tuleb lahendada ainevahetuslikul, mitte aga puhttermodünaamilisel tasemel.

1950- ja 1960-ndatel aastatel ja osalt veel praegugi oli laialdaselt tunnustatud N. Wieneri (12) oletus, et informatsioon ongi negentroopia. Sellega võiks probleem olla lahendatud. Tänapäeval aga on üha enam tunnustuse võitnud seisukoht, mille järgi «informatsioon» on vaid termin materia struktuurse korrastatuse tähistamiseks, mitte aga objekt või protsess.

Niisiis: kuigi me oskame oletada, mis organism «peab vajama», pole meil vastust küsimusele, kuidas ta «suudab» vajada. On selge, et kuigi ainevahetus on lõppkokkuvõttes seotud entroopia kasvuga, on ta olemus ühtlasi termodünaamika teisele printsiibile vastandlik.

20 aastat tagasi oletas G. Naan (20, lk. 420), et eksisteerib seni tundmatu fundamentaalne loodusseadus, mis on vastandlik termodünaamika teisele printsiibile. Seni niisugust avastatud ei ole ja G. Naani on tolle oletuse eest põhjalikult (13, lk. 132), aga võib-olla põhjendamatult kritiseeritud. Allkirjutanu on seisukohal, et nagu kõik maailmas, on ka termodünaamika teine printsiip ise seesmiselt vastuoluline.

Lähtumine inimese vajadustest kui ühtlasi ka füsioloogilistest nähtustest⁵ lubab vajadusi klassifitseerida nende bioloogilise ja sotsiaalse otstarbekuse seisukohalt.

Vajaduse madalamatele, puhtbioloogilistele tasemetele on iseloomulik, et

vajadus ja selle rahuldamine, samuti ka organismi enesetarbimine ja -taastootmine, on lahutamatus ühtsuses.

Vajaduse puhtinimlikul tasemel aga toimub ainevahetuse reguleerimine enamasti kahe suhteliselt eraldunud etapina: tarbimise ja tootmise vahendatud ühtsusega. Vajadus kui tunnetuseakt ning vajaduse rahuldamine kui konkreetne tootmine ja tarbimine võivad teineteisest ajaliselt ning ruumiliselt eraldatud olla. Eraldatud võivad olla ka tootmine ja tarbimise aktid.

E. Kudelin (18, lk. 32) väidab, et inimese vajadused moodustavad kahest vastandlikust reast koosneva süsteemi: vajadused kehaliste ning vaimsete jõudude kulutamiseks (loominguks ja tööks) ja vajadused elujõudude taastamiseks. Esimesi rahuldab tootmine, teisi tarbimine.

K. Marxi (4, lk. 151—154) seisukohadele toetudes on õigem väita, et vajadus on ühtne, kuid vastuoluline nähtus. Enesetarbimine ja -taastootmine on igas vajaduse rahuldamise aktis seotud.

Tegevuse liigile vastavalt võib inimese vajadused jaotada viide rühma:

1. Tootev enesetarbimine.

2. Tarbiv enesetootmine ja -taastootmine.

3. Enesetarbimise ja -taastootmise suhteline ühtsus. Siia kuuluvad näiteks vajadused ühiskondlikuks, teaduslikuks ja kunstiliseks tegevuseks kui harrastuseks, samuti kehakultuur ja turism, laste mängud, tegevus liigi säilitamiseks. Kuivõrd ka tootev töö muutub üha enam naudinguks, kehaliste ja vaimsete jõudude mänguks, sedavõrd hakkab kommunistliku ühiskonna elulaadis üha enam domineerima see vajadusterühm.

4. Bioloogiline puhkus (uni, meditatiivsed lamamisrežiimid). Ka see on enesetarbimise ja -taastootmise suhteline ühtsus, kuid nüüd mitte enam sotsiaalsel, vaid bioloogilisel (ainevahetuslikul) tasemel.

5. Mittetootev enesetarbimine. See on kasutult või isegi kahjulikult kulutatud aeg mõttetutele lõbustustele, alkoholismile, huligaanitsemisele või muule. Võitlus selle vajaduste rühmaga on arstide ja arstiteaduse üks esmaseid ülesandeid.

Vajaduse olemust ei määra üksnes tegevusviis, vaid ka tegevuse (tootmise ja tarbimise) objekt. Inimese vitaalseid põhivajadusi on arenenud sotsialistlikus ühiskonnas alati võimalik rahuldada. Küsimus on, millise piirini ja millises suunas nad peaksid arenema.

Marksismi rajajad märkisid, et iga rahuldatud vajadus tekitab uusi vajadusi (2, lk. 27). V. I. Lenin (6, lk. 89) formuleeris vajaduste kasvu seaduse. NLKP programm seostab inimese vajadused ja võimed kommunistliku ühiskonnakorra olemust väljendavas printsiibis «igäühelt tema vajaduste järgi» (7, lk. 57). Kommunistlik elulaad tähendab kõikide ühiskonnaliikmete võimete igakülgset arendamist ja nende vajaduste täielikku rahuldamist.

Tegelikult ongi vajaduste kasv ühtlasi võimete kasv. Vajaduse «elund» pole üksnes see, mis tarbib, vaid eelkõige see, mis toodab. Funktsionaalsete elundite teooria rajajaks on tegelikult F. Engels, kes selgitas, kuidas vajadus «midagi öelda... lõi endale organi» (5, lk. 127).

Vajadused võivad olla individuaalsed, võimed aga ainult ühiskondlikud. Selles mõttes on vajaduste subjektiks mitte ainult üksikisik, vaid ka ühiskond. Seega tuleb terveteks ja otstarbekateks pidada neid vajadusi, mis on seotud ühiskonna kui terviku võimete progressiivse arenemisega.

Bioloogiline vajadus iseenesest ei määra konkreetset oma objekti. Milliste vahenditega inimene oma vitaals-

⁵ See ei ole isiksuse biologiseerimine. Ükski inimlik vajadus ei teki bioloogilisest (seda oletab näiteks P. Simonov [21, lk. 148], ise-loomustades tahet kui «vabaduserefleksi sotsiaalselt determineeritud modifikatsioon»). Kuid kõik inimlikud vajadused sisaldavad ületatud ja allutatud momendina ka bioloogilise — ainevahetusliku — taseme. Tee niisuguseks käsitluseks näitab K. Marx (3, lk. 159).

seid põhivajadusi rahuldab, oleneb A. Leontjevi (19, lk. 99) järgi vajaduse ja selle objekti «kohtumisest», s. o. sisuliselt juhuslikust sündmusest. Edasi muutuvad vajadusteks aga juba harjumused samade objektidega «kohtumiseks».

Elulaadi kasvatamine on vajaduste kasvatamine. Tervete eluviiside kasvatamine on tervete harjumuste kasvatamine.

Arvame, et terve eluviisi komponentideks olevate vajaduste ning harjumuste kasvatamise (ja samuti patoloogiliste vajaduste kõrvaldamise) praktisi ning teoreetilisi probleeme on vaja ajakirja veergudel ka edaspidi käsitleda.

KIRJANDUS: 1. *Маркс К., Энгельс Ф.* Сочинения, т. 2. — 2. *Маркс К., Энгельс Ф.* Сочинения, т. 3. — 3. *Маркс, К.* Капитал I. Tallinn, 1953. — 4. *Маркс, К.* Poliitilise ökonomia kriitikast. Tallinn, 1965. — 5. *Engels, F.* Looduse dialektika. Tallinn, 1962. — 6. *Lenin, V. I.* Teosed, 1. kd. Tallinn, 1948. — 7. Nõukogude Liidu Kommunistliku Partei programm. Tallinn, 1977. — 8. ENE VIII. Tallinn, 1976. — 9. *Jankovski, I.* Looming, 1976. 6. 2061—2070 — 10. *Rubinstein, S.* Grundlagen der allgemeinen Psychologie. Berlin, 1960. — 11. Sotsiaalpsühholoogia. Lühiülevaade. Tallinn, 1978 — 12. *Wiener, N.* Küberneetika. Tallinn, 1961.

13. *Баженов Н. В.* в сб.: Философские проблемы естествознания. М., 1966. — 14. *Беме Я.* Аурага, или утренний заряд в восхождении. М., 1914. — 15. *Бернштейн Н.* О построении движений. М., 1947. — 16. *Здравомыслов А.* Методология и процедура социологических исследований. М., 1970. — 17. *Ковалев С.* О человеке, его порабощении и освобождении. М., 1970. — 18. *Куделин Е.* Дialeктика производства и потребностей. М., 1977. — 19. *Леонтьев А.* Вопр. философии, 1972, 9. — 20. *Наан Г.* в сб.: Философские проблемы современного естествознания. М., 1959. — 21. *Симонов П. В.* в сб.: Проблема потребностей в этике и эстетике. Л., 1976. — 22. *Спиркин А.* Курс марксистской философии. М., 1966. — 23. *Струмилин С., Писаренко Э.* Вопр. философии, 1974, 2, 27—38. — 24. Философская энциклопедия, т. 4. М., 1967. — 25. *Чхартишвили Ш.* в сб.: Проблемы формирования социальных потребностей. Тбилиси, 1974. — 26. *Шредингер Э.* Что такое жизнь с точки зрения физики. М., 1947.

*E. Vilde nim. Tallinna
Pedagoogiline Instituut*

Tervishoiutöö korraldus

UDK 616-08-039.57

TÖÖSTUSTÖOLISTE POLIKLIINILISE VASTUVÖTU ORGANISEERIMINE

VELLO ILMOJA · TALLINN

polikliiniline abi, tööstustöölised, töökorraldus

Haigestumine üldse, eriti aga haigestumine koos töövõime ajutise kaotusega, toob suurt majanduslikku kahju tootmisele. Haigestumise tõttu jääb 4% tööpäevi saamata (1, 2). Seepärast pööratakse meil suurt tähelepanu tööstustöölise arstiabile. Tööstustöölise meditsiinilise eelsteenindamise printsiibi kehtestas 1929. aastal NLKP Keskkomitee, millele viimastel aastatel on lisandunud mitmeid olulisi dokumente.

Tervishoiuasutuste peamised ülesanded tööstustöölise eelsteenindamisel on:

— tagada kõrgelt kvalifitseeritud spetsialiseeritud arstiabi;

— koos administratsiooni ja ametiühinguorganisatsiooniga parandada tööttingimusi, ära hoida ning vähendada haigestumist, eriti ajutise töövõimetusega seotud haigestumist, invaliidsust, tootmistraumasid ja kutsehaigustesse haigestumist (3, 4).

Nende ülesannete täitmise eeltingimus on arstiabi hea kättesaadavus, nii et see oleks soodus töötajale ning ratsionaalne ettevõttele. Sel eesmärgil analüüsiti Tallinna Pelgulinna Haigla polikliinikute külastatavust.

Vaadeldaval perioodil pöördui arstide poole 11467 korral. Sellest 7599

(66%) korral tegid seda töötajad (töölisi 63,5% ning teenistujaid 36,5%).

Polikliinikuid külastanud töötajaist olid 44,2% mehed ja 55,8% naised. Kui arvestada ka naistenõuandla andmeid, siis oli naisi hoopis 63,9%. Naistöötajad pöördusid polikliinikusse sagedamini kui meestöötajad.

Meestöötajate hulgas suureneb polikliinikusse pöördumise sagedus koos vanusega, naistöötajate hulgas on pöördumine kõige sagedam vanuses 40...49 aastat.

Naistenõuandlat külastavatest töötajatest on 20...29 aasta vanuseid 44,0% ja 30...39 aasta vanuseid 28,0%.

Kõigist arsti vastuvõtule ilmunud töötajaist kas oli või sai töövõimetuslehe 29,2%. Seega töövõimetuslehte ei ole üle 70%-l arsti vastuvõtule ilmunist.

1971. aastal meie vabariigis korraldatud uurimistel selgus, et 10...15% üldkülastustest tehti tööstustöölise poolt põhjendamatult töö ajal, mille tõttu kaotati iga päev ligi 5000 tundi ja jäi saamata enam kui 30 tuhande rubla eest toodangut (1).

Seega on väga oluline, et polikliinikuarsti vastuvõtule oleks võimalik pääseda väljaspool tööaega. Tsehhiarstide vastuvõtu ajad on kooskõlastatud ettevõtete juhtkonna ja ametiühingukomiteega.

Polikliinikuis on koostatud ja trükitud meelespead, kus on informatsioon polikliiniku lahtioleku, vastuvõttudele registreerimise korra ja võimaluste kohta, samuti kõik telefoninumbrid.

Vastuvõttudele on võimalik registreeruda telefoni teel. Pelgulinna Polikliinikus on telefoni abi kasutatud 23,4%-l eelregistreerimise juhtudest.

Nii mõnigi kord on nurisetud selle üle, et töötajail kulub liiga palju tööaega polikliinikus käimiseks. Samas aga selgus, et töötajad ei soovi polikliinikusse tulla õhtutudel. Pelgulinna Polikliinikut ja Kopli Polikliinikut külastanud töötajaist tuli ainult 5% vastuvõttudele kella 18.00...20.00 paiku.

Vaatamata võimalustele külastas 20,8% töötajaist polikliinikut põhjen-

damatult töö ajal. Töö ajal pidi polikliinikusse pöörduma vaid 5,9%, sest vastuvõtuaeg langes kokku tööajaga. Parema töökorralduse puhul on võimalik seda 1/3 võrra veelgi vähendada. Takistuseks on ruumikitsikus.

Tööstustöölise eelisteendamisega on oluline, et polikliinikud määraksid vastuvõtuajad, mis on töötajale sobiv ja ettevõtetele otstarbekas.

Tsehhijaoskonna arstide vastuvõtu ajad tuleb tingimata kooskõlastada ettevõtte administratsiooni ja ametiühingukomiteega. Ettevõtte juhtkond peab leidma võimalusi töötajate plaaniliseks suunamiseks polikliinikusse väljaspool tööaega.

Periooditi on vaja polikliiniku külastusi põhjalikult analüüsida, et sellest järeldusi teha vastuvõttude paremaks organiseerimiseks ning ettevõtete juhtkonnale ettepanekute tegemiseks.

KIRJANDUS: 1. Кама Э. К., Аяста Н. Р., Ильмоя В. А. В кн.: Тезисы докладов на Всесоюзном симпозиуме «Роль сферы услуг в воспроизводстве общественного продукта». Таллин, 1971. — 2. Попов Г. А. Экономические проблемы в управлении лечебно-профилактическими учреждениями. М., 1976. — 3. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения. М., 1974. — 4. Серенко А. Ф., Ермаков В. В., Петраков Б. Д. Основы организации поликлинической помощи населению. М., 1976.

Tallinna Pelgulinna Haigla

UDK 616-006-08-039.57

ONKOLOOGILINE AMBULATOORNE ABI JA SIDE ÜLDRAVIVÖRGUGA

JULIUS KOLJAK . TALLINN

ambulatoorne abi, onkoloogia, organisatsioon, vähktõve varajane diagnoosimine, raviastutuste üldvõrk

Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri Polikliinik on konsultatiivne raviastutus, kus vastuvõtt toimub spetsialiseeritult erialade järgi. Dispan-

seris võtavad patsiente vastu järgmiste erialade arstid: 1) onkokiirurgid (gastroenteroloog, mammoloog, pulmonoloog, üldkiirurg), 2) onkogünekoloogid, 3) onkouroloogid, 4) onkotorinolarüngoloogid, 5) kemoterapeutid, 6) radioloogid.

Polikliiniku külastatavus on pidevalt suurenenud, 3000 kuni 4000 külastuse võrra aastas, mis on tingitud eeskätt sellest, et järjest on suurenenud esmaselt polikliinikusse pöördujate arv — 500 kuni 800 patsiendi võrra aastas. Pidev kasv on tingitud ka sellest, et vajadus jälgida haigeid dispanserselt järjest suureneb.

Tallinna Vabariiklikku Onkoloogia Dispanserisse esmakordselt saadetavate haigete kohta parema ülevaate saamiseks analüüsiti aastail 1969...1977 haigete perfokartoteeki (vt. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1972, 3, 236—237). Analüüsist nähtus, et 60...70% haigetest oli kohapeal vähe uuritud ja need ei olnud onkoloogilised haiged. Ülejäänud 30...40% -l onkoloogilistest haigetest oli haigus pooltel juba IV staadiumis, s. t. sümptomaatilist ravi vajavad haiged.

Järgnevalt mõningaid andmeid 1977. aastal elupuhuselt arvele võetud IV staadiumi maovähki ning III ja IV staadiumi emakakaela-, rinnanäärme- ja pärasoolevähki põdejate kohta (0/0 kõikidest selle lokaliseerimisega arvele võetud haigetest):

IV staadiumi maovähk

Eesti NSV keskmine	49,1%
Tallinna linn	61,2%
Tartu linn	47,4%
Kohtla-Järve linn	21,3%

III ja IV staadiumi emakakaevähk

Eesti NSV keskmine	40,9%
Tallinna linn	38,0%
Tartu linn	41,7%
Tartu rajoon	77,8%

III ja IV staadiumi rinnanäärmevähk

Eesti NSV keskmine	41,0%
Tallinna linn	41,8%
Tartu linn	54,5%
Jõgeva rajoon	55,6%

III ja IV staadiumi pärasoolevähk

Eesti NSV keskmine	73,1%
Tallinna linn	76,8%

Tartu linn	77,8%
Narva linn	77,8%
Rakvere rajoon	90,9%

Kuigi maovähi varajane diagnoosimine on endiselt päevakorral, ei tohi unustada neid vähilokalisatsioonide, mille puhul saame vaatluse ja palpatsiooni teel pahaloomulise protsessi juba profülaktilistel läbivaatustel varakult avastada ning ravi õigeaegselt alustada. Ometi üksikutes rajoonides ja linnades just nende vähilokalisatsioonide korral ületab hilisdiagnoosimine tunduvalt maovähi hilisdiagnoosimise keskmise meie vabariigis. Lubamatult halb on olukord pärasoolevähi diagnoosimisel.

Nendest probleemidest on räägitud vabariiklikel ja rajoonide seminaridel ning kliinilistel konverentsidel, millest näiteks 1977. aastal on osa võtnud 1363 arsti meie vabariigi rajoonidest ja 273 arsti Tallinna raviasutustest.

Mida on konsultatiivse abi taseme tõstmiseks tehtud Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris?

1967. aastast alates on polikliinikus konsiilium, kes otsustab esmakordselt dispanserisse pöördunud onkoloogiliste haigete edasise ravitaktika üle, kas määrata ambulatoorne, kirurgiline ravi, kiiritusravi või kemoterapia, kas haige hospitaliseerida.

Konsiiliumil on vaatluse all ka need haiged, kellel onkoloogilisi haigusi on diagnoositud korduvalt, ja need, keda täiendavaks uurimiseks on vaja hospitaliseerida.

1978. aastal avati dispanseri koosseisus tsütoloogiakeskus, mille ülesanne on kontrollida tsütoloogilisi preparaate, mis on pärit kogu Põhja-Eesti raviasutustest. Esmajärjekorras on seda suudetud teha Tallinnast, Harju rajooni polikliinikute günekoloogiakabinettidest ja naistenõuandlatest ning haiglatest saadetud preparaatidega. Töö on järjekindlalt paranenud ja vastavalt tsütoloogiakeskuse väljaarendamise perspektiivplaanile hõlmatakse edaspidi kogu Põhja-Eesti raviasutused. Nii on tsütoloogide poolt läbivaadatud preparaatide arv võrreldes eelmise aasta arvuga järsult suurenenud. 1977. aastal uuriti tsü-

toloogialaboratooriumis tsütoloogiliselt 22 870 naist, 1978. aastal tsütoloogia-keskuses aga 40 211 naist.

1978. a. asutati endoskoopiaosakond, kus on aastas tehtud ösofagogastro-duodenoskoopiaid 1478 inimesel, rekto-skoopiaid 1539, sigmoidoskoopiaid 13, bronhoskoopiaid 338, laparoskoopiaid 24 inimesel ning biopsiat 3837 korral.

Pidevalt on suurenenud ka patohistoloogiliste preparaate arv, umbes 800 preparaadi võrra aastas. See on ka arusaadav ja sõltub juba eespool nimetatud töömahu suurenemisest.

Igal aastal täiendavad Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris oma teoreetilisi ning praktilisi teadmisi üldravivõrgu arstid, rajoonide günekoloogid ja onkoloogid. 1978. a. jaanuaris oli siin Leningradi Arstide Täiendamise Instituudi onkoloogia kateedri väljasõidu täienduskursuste tsüklil, millest võttis osa 32 arsti, neist 9 üldravivõrgust.

Kõigest eespool nimetatust peaks edaspidi kasu olema üldravivõrgu arstidel ja eelkõige meie haigetel.

Onkoloogiliste haigete varajasel väljaselgitamisel on väga tähtis just üldravivõrgu töö, sest parandades profülaktiliste läbivaatuste kvaliteeti, polikliinikute günekoloogiakabinettide tööd, kasutades otstarbekamalt endoskoopilist aparatuuri ja süvendades tunduvalt üldravivõrgu arstide onkoloogiaalaseid teadmisi, suudame märksa rohkem säilitada inimelusid.

*Tallinna Vabariiklik Onkoloogia
Dispanser*

Konverentsid ja nõupidamised

UDK 616.345-006.5-031.81:616-006.34.03

GARDNERI SÜNDROOM

JANE ORO LUULE SEPP · TALLINN

Gardneri sündroom, jämesoolepolüpoos, osteoomid, ravi

1953. aastal kirjeldasid E. Gardner ja R. Richards sugulastel esinevaid käärsoole hulgalisi polüpoideid adenoomse samaaegselt luu ja nahaaluse koe healoomuliste tuumoritega. Hiljem on paljud uurijad kinnitanud nende patoloogiliste muutuste vahelist seost. Arvatakse, et see triaad on autosomaalse dominantide tüüpi pärilik haigus. Kirjanduses rõhutatakse, et kui on leitud osteome või pehmete kudede tuumoreid, on vaja hoolikalt otsida polüüpe käärsooles.

Gardneri sündroomi korral ei erine käärsoole adenomatoosne kahjustus soolekahjustusest perekondliku polüpoosi korral. Käärsoole limaskestal on suur kalduvus pahaloomuliseks arenguks, umbes 95%-l haigetest areneb kolorektaalne kartsinoom. Kahjustused esinevad peamiselt üla- ja alalõualuudel, kiilluul, kuid neid võib leida ka teistel luudel. Jäseme pikkade torulude kahjustus on enam difuusset laadi ja meenutab osteoskleroosi. Ka pehmete kudede kahjustus on difuusne: tsüstid, lipoomid, leiomüoomid. Nimetatud kahjustusi võib esineda nahas, nahaaluses koes, mesenteeriumis või

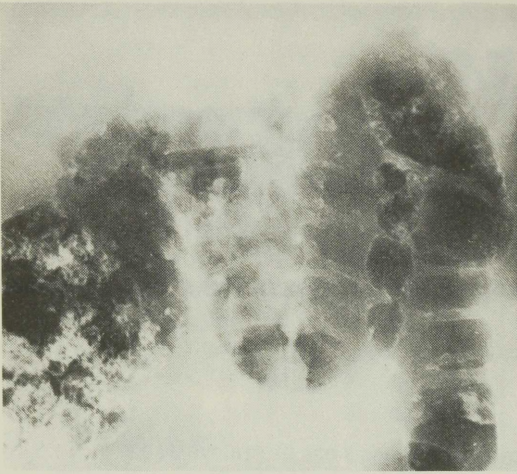


Foto 1. Haige A. V., 47 aastat vana, jämesoole röntgenogramm. Polüpoosne konglomeraat *colon ascendensis* ja üksikud polüübid kogu jämesooles.

retroperitoneaalruumis. Harva on Gardneri sündroomiga haigetel kirjeldatud polüüpe ka niudesoole lõpposas.

Gardneri sündroomi korral on haigete raviks operatsioon, kas totaalne kolektoomia või ileorektaalne anastomoos, millele järgneb perioodiline proktoskoopiline kontroll. Soovitavaks operatsiooniajaks peetakse 20...25. eluaastat. Samuti tuleb haigele selgitada haiguse ülekande tõenäosust järglastele, mida täheldatakse ligikaudu 50%-l juhtudest. Tallinna Vabariikliku Haigla sisehaiguste osakonnas viibisid Gardneri sündroomi tõttu ravil isa ja tütar. Esitame nende haiguslood.

Juht 1. 47-aastane meeshaige A. V. (haiguslugu nr. 412/1973) saabus haiglaravile 23. aprillil 1973. aastal. Diagnoos: *castritis chr.*, *anaemia hypochromica*. Kaebustena nõrkus, õhupuudustunne, unetus ja kõhulahatus vaheldumisi kõhukinnisusega.

Ta oli haigestunud 1969. aastal, olid tekkinud valud ülakõhus, kõrvetustunne pärast sööki. Ambulatoorsetel uuringutel seedetraktis muutusi ei leitud. Mõne aja pärast tehti kindlaks madalad hemoglobiini väärtused ja mao alahappesus. Haige kasutas maomahla ja vitamiine. 1970. aastal enesetunne halvenes veelgi, mille puhul oli määratud anti-aneemilisi preparaate ja tehtud vereülekandeid. 1971. aasta! tekkis kõhulahtisus ja väljaheites oli verd. Rektoskoopiaal oli näha rohkesti polüüpe. Haige saadeti onkoloogia-



Foto 2. Haige A. J., 22 aastat vana, jämesoole röntgenogramm. Difuusne jämesoolepolüpoos.

dispanserisse, kus üks polütip eemaldati, mis histoloogilisel uuringul osutus *polypus adenomatosus proliferans*'iks. Samas avastati kaasasolevate röntgenifilmide põhjal mao subkardiaalse piirkonna haavand. 1972. aasta sügisel nõrkustunne süvenes, roe veresegune ja aneemia sümptoomid, mistõttu haige lõpuks hospitaliseeriti.

Perekonnas oli isa surnud kopsuvähki, ema terve. Ka tütar oli sel ajal terve.

Otsmiku, ajukolju ja vasaku alalõua piirkonnas oli oa kuni kirsi suurusi valutuid luuseid mügaraid. Kõht pehme, palpeerimisel veidi hell. Analüüsid: SR 7 mm/t., hgb. 5,6 g%, hematokriti näit 20, retikulotsüüte 3,7%, leukotsüüte 3000, trombotsüüte 227 000. Maomahla vabahappesus 3...50, üldhappesus 10...66. Magu röntgenuuringul patoloogiliste muutusteta.

Rektoskoopiaal: limaskest roosa, rohkesti mitmesuguse suurusega polüüpe herneterast kreegi suuruseni, neist kaks veritsevat. Irrigoskoopiaal: kahekordsel kontrasteerimisel võis kogu jämesoole ulatuses näha rohkesti mitmesuguse suurusega polüüpe, mis *coecumi* ja *colon ascendensis*'i, samuti *flex. hepatica* piirkonnas moodustavad suuri konglomeraate. Kraniogrammidel: ajukolju luudel ja alalõualuul rohkesti mitmesuguse suurusega osteoome, mille läbimõõt 0,5...1,5 cm.

Raviks tehti vereülekandeid ja anti rauapreparaate. Haige seisund paranes, aneemia-nähud taandusid (hgb. 12,0 g%). Patsient kirurgilise raviga ei nõustunud. Perioodiliselt kasutas aneemia vastu toimivaid preparaate.

Juht 2. 1975. aastal saabus statsionaarsele ravile patsiendi 22-aastane tütar A. J. (haiguslugu nr. 10703/1975). Saatediagnoos: *anae-*

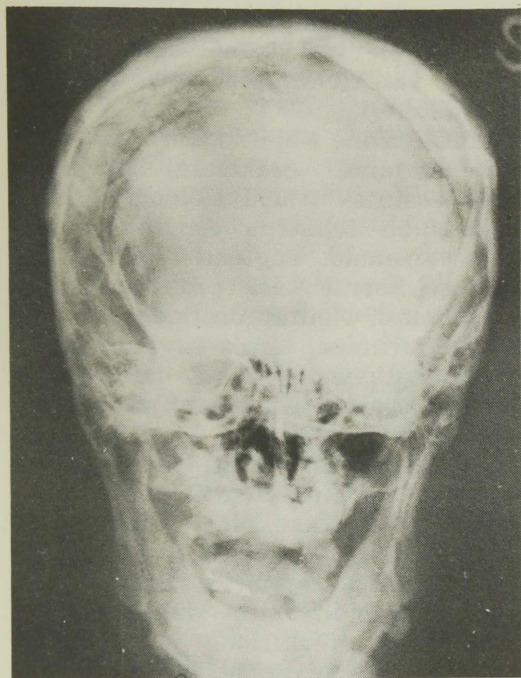


Foto 3. Haige A. V., 47 aastat vana, kranio-gramm. Rohked osteomoid koljuluudel.

mia ferripriva. 1974. aasta sügisest saadik oli tundnud väsimust. Ambulatoorselt oli diagnoositud aneemiat, mille raviks kasutanud rauapreparaate ja vitamiine. 1975. aasta suvel enesetunne halvenes uuesti ja haige hospitaliseeriti.

Haiglasse saabumisel: SR 5 mm/t., hgb. 6,0 g%, erütrotsüüte 3 100 000, värvusindeks 0,6, trombotsüüte 195 000, leukotsüüte 3800; valem iseärasusteta. Bilirubiini 0,50 mg%. Fe veres 47,5 µg%. Maomahlas vabahappesus 24...50, üldhappesus 36...74. Sekretsiooni tunnipinge 71,5 ml.

Röntgenläbivaatusel oletati kaksteistsõrmiksoolehaavandit, mis aga korduval uurimisel kinnitust ei leidnud. Rektoskoopial patoloogilisi muutusi ei leitud. Diagnoositi rauavaegusaneemiat, raviks kasutati hemostimuliini ja vitamiine. Haige seisund paranes (hgb. 11,8 g%, värviindeks 0,75). Tsükliliselt soovitati hemostimuliinravi.

11. oktoobril 1976 hospitaliseeriti ta uuesti aneemilises seisundis. Analüüsid: SR 3 mm/t., hgb. 5,0 g%, erütrotsüüte 2 300 000, värvusindeks 0,6, leukotsüüte 5300. Fe veres 32,5 µg%. Väljaheite analüüs vere suhtes positiivne. Röntgenuurinul oletati prepüloorset erosiooni, mistõttu tehti fiibergastroskoopia, kuid patoloogilisi muutusi ei leitud. Sel ajal oli isal juba Gardneri sündroom kindlaks tehtud, mistõttu ka tütrele tehti irrigoskoopia:

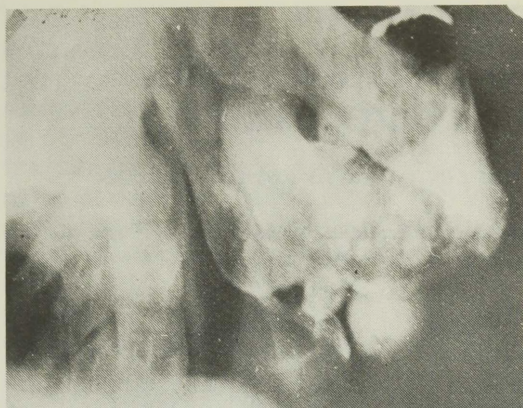


Foto 4. Haige A. V., 47 aastat vana, röntgenogramm alalõualuust. Mitmesuguse suurusega osteomoid. Autori fotod.

kahekordsel kontrasteerimisel võis kogu jämesoole ulatuses näha polüüpe, eriti rohkelt *coecum*'i, *colon ascendens*'i ja *flex. hepatica* piirkonnas, kus need moodustasid väiksemaid konglomeraate. Korduval rektoskoopial sedastati 13...20 cm sügavuses kolm väikest polüüpi. Palpeeritavad olid ka koljuluudel väikesed luused mügarikud, mis kranioogrammidel osutusid osteoomideks, kuid need olid märksa väiksemad ja neid oli vähem kui isal. Ka tütrele diagnoositi Gardneri sündroomi. Raskekujulise aneemia tõttu tehti algul vereülekandeid, samal ajal anti rauapreparaate ja vitamiine. Kliinilise vereanalüüsi andmed normaliseerusid kiiresti. Patsiendile soovitati kirurgilist ravi ja ta saadeti onkoloogiadispanserisse.

Esitatud haigusjuhud illustreerivad selle sündroomi tundmise vajalikkust nii kliinilisest kui ka teoreetilisest aspektist.

KIRJANDUS: 1. Almy, T. P., Grossman, M. I., Ingelfinger, F. J. Gastrointestinal Diseases. Philadelphia-London-Toronto, 1973, 1051—1059.

Tallinna Vabariiklik Haigla

VERE OTSEÜLEKANNETE METOODIKA IMIKUTEL

ADIK LEVIN RAIVO KOLLE · TALLINN

vere otseülekanded, värsked konservvere ülekanded, meetodika, imikud

Vaatamata vereülekannete näidustuste vähenemisele, ei ole nad minetanud tähtsust laste mitmesuguste haiguste kompleks- ja patogeneetilises ravis. Samal ajal on mitmed autorid tähelepanu juhtinud asjaolule, et konservvere ülekande tulemusena ei järgne alati oodatav raviefekt, isegi siis, kui konservvere säilitamise aeg on olnud väga lühike. Nähtavasti on see tingitud konservandi manulusest, mille suhtes haige organism ei ole neutraalne, ning samuti muutustest, mis toimuvad vere säilitamisel (1).

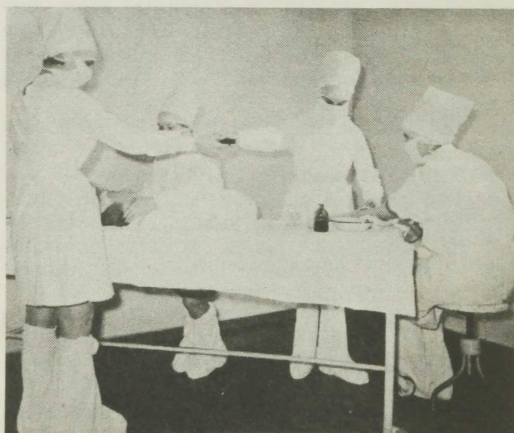
Viimastel aastatel on erialakirjanduses ilmunud töid, milles peetakse otsustavaks, et lastekirurgid ja pediaatrid teeksid just vere otseülekandeid ja värsked konservvere ülekandeid ning et nad selleks kasutaksid esmajärjekorras haige lapse vanemate ja sugulaste verd (2). Meetodi elis on, et veres, mis kantakse doonorilt vahetult üle haigele, toimuvad vaid minimaalsed muutused või ei toimu neid üldse, s. t. vere bioloogilised omadused säilivad täielikult. Vere otseülekanne haige lapse vanemalt aga vähendab suurel määral mitmesuguste kõrvalnähtude esinemissagedust, neid ilmneb minimaalsel määral (3). Retsipient saab bioloogiliselt täisväärtuslikku verd, millel on head hemostaatilised ja stimuleerivad ning desintoksikatsiooni soodustavad omadused. Tähtis on samuti see, et veres oleksid säilinud hormoonid ja vitamiinid ning et vere temperatuur oleks optimaalne.

Eeliste kõrval on neil meetoditel ka mõningaid puudusi, nagu näiteks on nõutav doonorite igakülgne uurimine ja transfusiooni ajal meetodika kõiki-dest eeskirjadest kinnipidamine. Artik-

lis esitatakse tänapäeval imikute ravis kasutusel olev nii vere otseülekannete kui ka värsked konservvere ülekande meetodika.

Vereülekande vajalikkuse otsustavad koos raviarst, osakonnajuhataja ja haigla vastutav transfusioloog. Doonoritena tuleb eelistada esmajärjekorras lapse vanemaid, sugulasi või äärmise vajaduse korral teisi praktiliselt terveid inimesi. Nõutav on doonorite igakülgne uurimine, kaasa arvatud B-hepatiidi antigeeni suhtes, mida kõige otstarbekam on teha vereülekandega. Väga põhjalikult tuleb kaaluda vere ülekandmist tütarlastele, seepärast tuleb isoimmuunantikehade väljaselgitamiseks doonoritel teha alati Coombsi kaudne proov. Korduva transfusiooni korral on tarvis teada, et nii vereanalüüs bilirubiini suhtes kui ka Wassermanni reaktsioon on kehtivad viis ööpäeva. Reanimatsiooniosakondades vere otseülekannete ja värsked konservvere ülekande korral elulistel näidustustel tuleb pärast vereülekannet teha kohe kõik nõutavad doonorivere uuringud.

Somaatilisi haigusi põdejate osakonnas tehakse tavaliselt vereülekandeid plaanilises korras kindlatel päevadel ja kellaaegadel. Selleks valmistatakse ette protseduurikabinet ning vereülekande ajal peetakse kinni aseptika- ja anti-



Üldhaiglas tehakse vereülekandeid spetsiaalselt ettevalmistatud protseduurikabinetis. Autori foto.

septikanõudeist (vt. foto). Kui arvestada ülekantava vere väikest kogust ja vereülekande korral tehnilisi raskusi varaealiste laste veeni punkteerimisel, ei ole otstarbekohane kasutada vere otseülekandesüsteemi, vaid selleks on sobiv lihtne süstlameetod. Ülekantava vere hulgast olenevalt kasutatakse kas 10- või 20-milliliitrisi «Rekordi» tüüpi süstlaid. Kogu vereülekannet juhib arst, kes on ka vereülekande tegemise juures. Vereülekannet võivad arsti juuresolekul teha ka kaks kõrge kvalifikatsiooniga õde, kes on saanud eriettevalmistuse ning kes on sooritanud eelnevalt miinimumeksami.

Enne vereülekannet määratakse veregrupp ning reesuskuuluvus ning tehakse vere bioloogiline proov. Nii retsipiendi kui ka doonori veeni punkteerimise piirkonda töödeldakse üldkasutatava meetodika järgi. Kõigepealt punkteeritakse haige veeni, selleks et süstlanõel ei ummistuks, süstitakse väga aeglaselt veeni mitte enam kui 2...3 ml 20%-list glükoosilahust. Samal ajal, pärast doonori keskpärase küünraveeni punkteerimist, süstitakse doonorile samuti mõni ml 20%-list glükoosilahust ning õlavarrele asetatakse žgutt. Süstla kolbi tagasi tõmmates aspireeritakse verd süstlasse ning selle täitumisel antakse süstal abilise kätte, kes süstib vere retsipiendile veeni. Samal ajal aga võetakse doonorilt järgmine süstlatäis verd ning sel viisil jätkatakse ülekandeprotseduuri seni, kuni tarvisminev kogus verd on üle kantud.

Vere otseülekande korral kasutatakse hepariini 1 ml (5000 TŪ). Hepariin lahustatakse 500 ml-s füsioloogilises lahuses ning saadud lahusega loputatakse kõiki süstlaid. Iga süstalt kasutatakse ainult üks kord. Vere otseülekannete ja värske konservvere ülekande tarbeks on väga otstarbekas kasutada süstlaid ja sterilisaatorit, mis on ette nähtud üksnes selleks protseduuriks.

Pärast transfusiooni jälgivad haiget valvearst ja -õde. Uriini uuritakse makroskoopiliselt, haige kehatempera-

tuuri mõõdetakse pärast ühe, kahe, kolme ja kuue tunni möödumist. Seejärel hinnatakse transfusioonijärgset reaktsiooni. O. Sokolova-Ponomarjova ja J. Rõsjeva (4) eristavad järgmisi transfusioonijärgseid reaktsioone: a) nõrk reaktsioon, mille puhul kehatemperatuur on tõusnud 1 °C ja seda mõne tunni jooksul; b) keskmise tugevusega reaktsioon, mil kehatemperatuur on tõusnud 1,5°C, haigel on vappekülm ning ta oksendab; c) tugev reaktsioon, mille puhul kehatemperatuur on tõusnud 2 °C või rohkem; esinevad tsüanoos, südametegevuse nõrgenemine ning kaasneb anafülaktiline šokk.

Andmed ülekantud vere kohta tuleb väga täpselt kanda transfusiooniprotokollis.

KIRJANDUS: 1. Филатов А. Н. Руководство по переливанию крови и кровозамени- телей., 1965. — 2. Долецкий С. Я., Гаврюшов В. В., Базаков Л. П. Медицинская газета, 1971, 5 февраля. — 3. Закржевский Е. Б., Алексеев Т. И. Воен. мед. ж., 1963, 39—44. — 4. Соколова-Пономарева О. Д., Рысева Е. С. Переливание крови в педиатрии. М., 1952.

Tallinna II Lastehaigla

Vabariiklik Vereülekandejaam

UDK 616.12-089:616-7

INTRAAORTAALSE KONTRA- PULSAATORI KASUTAMINE SÜDAMEOPERATSIOONIDE AJAL

REIN TEESALU · TARTU

südameoperatsioonid, südamealatluse mehaaniline toetamine, intraaortaalne kontrapulsaator

1978. aastast alates on TRÜ Vere- soontekirurgia Laboratooriumil firma «Datascope» (USA) intraaortaalne kontrapulsaator (nn. süsteem 80) — seade südamealatluse mehaaniliseks toetamiseks. Efekt saavutatakse intraaortaalse kahekambriilise ballooni vaheldumisi täispuhumise ja tühjaksimemisega, kusjuures see tsükkel on täpselt ajastatud patsiendi südametegevusega (2). Balloon viiakse reiearteri kaudu aorti kuni

a. subclavia sinistra alguskohani. Diastolis täitub kõigepealt ballooni väiksem distaalne kamber, sulgedes verele tee alanevasse aorti. Proksimaalse kambri täitumisega paisatakse veri ülenevasse aorti tagasi, mistõttu paraneb südame ja aju verevarustus. Ballooni kiire tühjenemine (ballooni maht on 30...35 cm³) süstoli väljutusfaasis alandab rõhku aordis tunduvalt, millega kaasneb südame koormuse ja tema hapnikuvajaduse vähenemine. Löögi-maht seejuures suureneb, sest väljutusfraktsioon suureneb aortaalse vastupanu vähenemise tõttu. Arteriaalse rõhu tõus diastolis põhjustab verevarustuse ümberjaotumist südamelihase kasuks, sest teistest elunditest erinevalt toimub südamelihase verega varustamine eeskätt diastolis. Tulemuseks on müokardi isheemia vähenemine ja tema kontraktsioonivõime suurenemine. Intraaortaalse kontrapulsaatori soodne mõju hemodünaamikale ja müokardile avaldub seega põhiliselt kolmel teel: 1) vasaku vatsakese koormuse vähenemine, 2) löögimahu suurenemine ja 3) koronaarverevoolu suurenemine. Intraaortaalne kontrapulsaator on kasutusel kardiogeense šokiga tüsistunud müokardiinfarkti korral (1, 4) ja ägeda südamepuudulikkuse puhul südamekirurgias (3, 5, 6).

Operatsiooni ajal oleme Tartu Kliinilises Haiglas kontrapulsaatorit kasutanud kolmel haigel, neist ühel mitraalklapi proteesimise ja kolmehõlmase klapi plastika ajal. Kahte haiget opereeriti südame isheemiatõve tõttu. Neist ühel tehti aortokoronaarne šunteerimine, teisel aortokoronaarne šunteerimine ja vasaku vatsakese aneurüsmektoomia. Ägeda südamepuudulikkuse tõttu ei olnud kunstlikku vereringet kõikidel juhtudel võimalik katkestada, vaatamata küllaldase venoosse naasu tagamisele ja südamegevust toetavate ravimite kasutamisele. Seejuures tekkis haigel, kellel tehti mitraalklapi proteesimine, kunstliku vereringe lõpetamise katse ajal episoodiline südameseiskus. Mõlemal koronaarhaigusi põdejal oli väljutusfraktsioon põe-

tud müokardiinfarkti tagajärjel enne operatsiooni oluliselt vähenenud (20,1% ja 19,1%; normaalselt $\geq 55\%$). Kontrapulsaatori kasutamine ja jätkuv südamegevust toetav ravi võimaldasid kõigil kolmel juhul kunstliku vereringe ära jätta, kusjuures kõikidel neil osutus võimalikuks mõne aja pärast (1 t. 55 min.; 1 t. ja 50 min. vastavalt) lõpetada ka kontrapulsatsioon.

Kirjanduse andmed (3, 5, 6) ja kirjeldatud kasin kogemus kinnitavad, et intraaortaalne kontrapulsatsioon avar-dab südamepuudulikkuse vastu võitlemise võimalusi operatsiooni ajal, seega võimaldab opereerida suurema operatsiooniriski korral.

KIRJANDUS: 1. Bardet, J., Masquet, C., Kahn, J.-C., Gourgon, R., Bourdarias, J.-P., Mathivat, A., Bouvrain, I. *Am. Heart J.*, 1977, 93, 3, 280—288. — 2. Bregman, D. Medical and surgical management during clinical dual-chambered intra-aortic balloon pumping in conjunction with the datascop system 80 — practical guidelines for the physician. New York, 1972. — 3. Bregman, D., Parodi, E. N., Edie, R. N., Bowman, F. O. Reemtsma, K., Malm, J. R. J. *Thorac. Cardiovasc.*, 1975, 70, 6, 1010—1023. — 4. Cooper, G. N., Singh, A. K., Vargas, L. L., Karlson, K. E. *Am. J. Surg.*, 1977, 133, 4, 463—468. — 5. Feola, M., Wiener, L., Walinsky, P., Kasparian, H., Duca, P., Gottlieb, R., Brest, A., Templeton, J. *Am J. Cardiol.*, 1977, 39, 7, 1021—1026. — 6. Nakano, S., Kay, J. H., Zubiato, P., Mendez, A. M., Vandostrom, N. *West. J. Med.*, 1976, 125, 4, 263—265.

7. Скорик В. И., Маликова Т. М., Сафонова Е. С. *Кардиология* (Москва), 1977, 8, 55—59.

TRÜ Veresoontekirurgia
Laboratoorium

Mõtte- vahetus

UDK 614.254(049.3)

SISEMEDITSIINI KLIINILIS- ORGANISATSIOONILISI KÜSIMUSI

NATAN ELSTEIN · TALLINN

terapeut, tervishoiuorganisaator, töökorraldus,
kvalifikatsiooni tõstmine

Spetsialiseerumise areng ja informatsiooni mahu progresseeruv suurenemine on oluliselt komplitseerinud küllaldase kompetentsuse saavutamist eri meditsiiniharudes. Sellest hoolimata aga arvatakse, et iga terapeut peab teadma terapeutilise abi aluseid, aga organisaator kahtlemata valdab temale hädavajalike kliiniliste teadmiste miinimumi. Tegelikuses on see teisiti.

Esiteks kliinitsistidest. On triviaalne tõde, et halva töökorralduse puhul ei ole mingit kasu ei diagnoosimise tänapäevastest meetoditest ega uuematest profülaktika- ja ravivahenditest. Võiks arvata, et üksnes juba see peaks sundima terapeute süvenema töökorraldusüsteemi olemusse. Kui arst on vaid mingisuguste organisatsiooniliste põhimõtete täitja ja kui ta ei mõista, mis määrab tema tegevuse efektiivsuse ja kvaliteedi, vaevalt küll siis võib loota, et see arst tuleb kõigi oma ülesannetega laitmatult toime.

Mida suurem on arsti koormus polikliinikus vastuvõtul, seda vähem jääb tal aega haige uurimiseks, seda väiksem on arsti tegevuse kasutegur. Arsti töökoormust on võimalik reguleerida, kuid üksnes siis, kui mõistetakse, millest see sõltub. Küllalt sageli samastatakse koormust elanike arvuga arsti-

jaoskonna piires. Kui ei analüüsita tsehhijaoskonna põhimõttel arstiabi saajate osatähtsust, rahvastiku demograafilist koosseisu, spetsialiseeritud asutuste arengutaset ning muid tegureid, siis annab see näitaja ühekülgselt informatsiooni. Kas selle kõigega on tuttavad jaoskonnaterapeutid? Silmas pidades terapeutide atesteerimisel tehtud tähelepanekuid, teab seda vaid osa terapeute.

Sageli ilmneva vastumeelsusega (või oskamatusena) organisatsiooniliste küsimuste suhtes võib seletada haigete hospitaliseerimise rütmitust, voodifondi ebaratsionaalset hõivatust, erisuguste diagnoosimismeetodite väära kasutamist. Näiteks ei ole arusaadav, miks kontrollkomisjonid, kes koosnevad tavaliselt kliinitsistidest, tunnevad huvi vaid selle vastu, mis on tegemata jäänud, kuid ei analüüsi seda, mida tehakse asjatult. Mittevajalikud analüüsid, röntgenoloogilised, elektrokardiograafilised ja muud uuringud ju vähendavad võimalusi teha nimetatud uuringuid nendele, kellele need väga vajalikud oleksid.

Meil on terapeute, kes arvavad, et nende kohus on panna vaid diagnoos ja haiget ravida, kuid töövõimetuspäevade või haiglaravi keskmise kestuse arvestusega tegelgu tervishoiuadministraatorid ja -organisaatorid. Peamine on see, et nendele küsimustele tähelepanu pööramata jätmine avaldab halba mõju arstiabi täiustamise võimalustele, sest olgem siirad: kui kedagi hoiti haiglas kauem kui tarvis, siis keegi, kellele haiglaravi oli hädasti vaja, ei jõudnudki haiglasse.

Tervishoiukorralduse võimaluste ja põhimõtete mittemõistmine avaldub mõnedel kliinitsistidel ka siis, kui nad tõstatavad küsimuse spetsialiseeritud osakondade või keskuste avamisest, kallihinnalise aparatuuri ostmisest, kusjuures nad aga ei arvesta, kas see on reaalne, sihipärane ja ökonoomiliselt õigustatud. Spetsialiseerimine on tänapäeva meditsiini progressi alus. Kui arvestada seda, et kogu voodifond ei saa olla spetsialiseeritud, on ju vaja

ka üldteraapiaosakondi. On selge, et näiteks sisemeditsiinis on infarktiosakond vaja luua esmajärjekorras, teiste erialade esindajate mis tahes aktiivsusele vaatamata. Taolisi küsimusi otsustatakse mõnikord ka vastupidisel viisil.

Olen arvamusel, et terapeutide hulgas täheldataval negatiivsel hoiakul organisatsiooniliste probleemide suhtes on teatavaks toitepinnaseks eri publikatsioonides esitatud seisukohad. Ei ole mõistetav, miks lugupeetud klinitsistid ei soovi vahet teha arsti poole pöördumiste ja polikliiniku külastatavuse vahel, letaalsuse ja suremuse vahel, ei pööra tähelepanu oma otsustuste statistilisele tõenäosusele, otsustavad haigestumuse üle hospitaliseerimise eksteniivsete näitajate põhjal.

Siinkohal üks iseloomulik näide. Z. Maržatka hästi tuntud gastroenteroloogia käsiraamatus (3) on tabel pärasoole- ja pärakuhaiguste esinemissageduse kohta, «millega gastroenteroloogid oma töös kõige sagedamini kokku puutuvad». 842 hospitaliseeritust diagnoositi pärasoolevähki 149-l (17,7%), põletikulisi haigusi, nagu proktiiti ja sfinkteriiti, 86-l (10,2%). Need arvud ei peegelda kaugeltki tõelisi suhteid proktoloogiliste haiguste tegelikus struktuuris.

Vaevalt võiks rahule jääda sellega, milline on tervishoiuorganisaatorite orientatsioon kliinilistes küsimustes. Esimesel pilgul näib, et selles ei tohiks olla mingeid probleeme. Organisaator, kes on kutsutud ja seatud juhtima paljuprofilset raviastutust, rajooni või linna tervishoidu, ei saa ega peagi tundma kõiki kliinilisi distsipliine. Kuid siis, kui ta hakkab otsustama mingi spetsiaalse küsimuse üle või kirjutab sellest trükisõnas, peab ta olema kompetentne selles küsimuses või pöörduma spetsialisti poole konsultatsiooni saamiseks. Argitões aga on nii, et soovitav ei vasta alati tegelikkusele.

V. Udodi ja kaasautorite uurimus (5) on näide selle kohta, kuidas võib alt vedada tänapäevaste kliiniliste vaadete arvestamata jätmine. Autorid, kes uurisid komplekssetel meditsiinilistel läbi-

vaatustel 10 200 Tselinogradi elanikku, tegid kindlaks, et seedeelundite haigestumuse põhjustatud haigestumus oli 97,1 juhtu 1000 elaniku kohta, sealhulgas meestel 88,3 ja naistel 104,6, kusjuures töölised põevad 2,5 korda sagedamini kui teenistujad. Esimesel pilgul tunduvad tulemused olulised ja huvitavad olevat. Kui aga analüüsida haigestumuse struktuuri, selgub, et 71,4% sellest moodustavad gastriidid, sealhulgas 10,7% ägedad gastriidid, kroonilistest gastriitidest aga 31,4% olid normatseidsed. Esiteks, raske on endale ette kujutada nii suurt ägedate gastriidijuhtude esinemissagedust; tegelikult diagnoositi seda haigust igal kümendal gastroenteroloogilisel haigel. Teiseks, rääkida kroonilisest gastriidist ilma gastrobiopsiata on nüüdisajal vaevalt mõeldav, seda enam, et peaaegu $\frac{1}{3}$ -l juhtudest tehti kindlaks normatseidsus.

Teistes publikatsioonides kantakse spetsialiseerumise aktiivse üha suurenev maoreseksioonide arv, ehkki nendel juhtudel peaks kõnelema profülaktika, dispansseerimise ja muude ravi meetodite puudustest, või siis «tervishoiu saavutustena» selgitatakse seda, et ägedat kopsupõletikku põdeva haige haiglaravi kestab keskmiselt 3...10 päeva, ja ka seda, et osal töötajatel, kes põevad angiini, ei ole välja antud töövõimetuslehte (2, 4, 7).

Sellistel «mõtteteradel» on ka oma ohtlik külg: mõned arstid võivad neid tõsiselt võtta ning hakata neid eeskujuks pidama.

Tõele au andes märkigem, et tervishoiuorganisaatorid tunnevad profülaktika, diagnostika ja ravi vastu suuremat huvi kui terapeutid organisatsiooniliste probleemide vastu. See on ka mõistetav, sest mis tahes organisatsioonialased teooriad, ettepanekud, skeemid peavad tuginema ravi- ja profülaktikasutuste reaalsele tegevusele.

Kui aga tekib ebakõla klinitsistide ja tervishoiuorganisaatorite vaadete vahel, kannatab selle all eelkõige töö. Siinkohal niisugusest asjade kulust kaks näidet.

Polikliiniku kogu tegevuse peegliks on dispanseerimine. Dispanseerimise teooria ja praktika arenevad ning neid üha täiustatakse. Seejuures teevad terapeudid ettepanekuid hõlmata dispanseerimisega uusi haigete rühmi: kroonilist kolestsüstiiti, bronhiaalastmat, kroonilist põelonefriiti või muid haigusi põdejaid. Tervishoiu strateegiline ülesanne on kogu rahvastiku hõlmine dispanseerimisega. Seetõttu võib eespool toodud ettepanekutega põhimõtteliselt nõustuda, küll aga üksnes siis, kui need on reaalsuse piires. Eelkõige on tarvis dispanseerimise meetodeid. Kui nendega ei toetata häid kavatsusi, tekib küsimus, kuidas peab toimima polikliiniku terapeut ja kas üldsegi võib rääkida mingist ühtsest lähenemisest dispanseerimisele ning selle efektiivsuse hindamisele.

On vaja teada mingist haigusest põhjustatud haigestumuse taset ning polikliinikuarstide võimalusi. Nii on teada, et kroonilist gastriiti mitmesuguses vormis tehakse kindlaks 40...50%-l täiskasvanutest. Kas üldse on jõukohane kõiki neid inimesi dispanseerimisega hõlmata? Kas nad kõik seda üldse vajavadki? Keda tuleks esmajoonel dispanseerida? Kes hakkab ja kuidas hakatakse tegelema dispanseerimisega?

Võiks nagu arvata, et see on üks probleeme, mis pälviks nii terapeutide kui ka tervishoiuorganisatsioonide ühiseid jõupingutusi. Ometigi on mõned viimastest seda püüdnud lahendada ise. Suhteliselt hiljuti on publitseeritud teaduslik ülevaade linnarahvastiku polikliinilise abi kohta (6). Brošüüri autorid hindasid püüdlusi piiritleda jaoskonnaterapeuti ja teiste teraapiaprofiliiga spetsialistide funktsioone dispanseerimisel kui «mehaanilist» tegevust. Prekantseroosideks arvati gastriidid, mis kulgevad alanenud sekretsiooni-funktsiooni ja valusündroomiga, samuti ka kaksteistsõrmiksoolehaavand. Seevastu on hästi teada, et viimane ei ole prekantseroos ja et kroonilist gastriiti põdejate dispanseerimisel on alanenud sekretsioonifunktsioonil või valusündroomil kõige väiksem tähtsus.

Ja veel üks näide. Viimastel aastatel on paljud rääkima hakatud vajadusest varustada jaoskonnaterapeute portatiivse elektrokardiograafia. On selge, et polikliinikut külastaval patsiendil ei ole vajadust, et teda uuritaks elektrokardiograafia kodus. Järelikult registreeritakse EKG siis, kui selle järele tekib tungiv vajadus. Paljudel sellistel puhkudel kutsutakse haige juurde kiirvõi vältimatu abi. Väljakujunenud haigestumust arvestades tuleb jaoskonnaterapeutil registreerida 25...30 EKG-d aastas. Üldiselt on ju arste portatiivsete elektrokardiograafidega tulevikus võimalik varustada, veelgi lihtsam on neid õpetada aparati käsitsema. Tekib kahtlus, kas terapeudid aga on võimelised kompetentselt elektrokardiogrammi analüüsima. Siinkohal tuletan meelde Kanada teadlase H. Segali silmapaistvat eksperimenti (1): hinnangu saamiseks saadeti 100 elektrokardiogrammi 20 arstile analüüsimiseks, kes valdasid elektrokardiograafiat hästi, vastustes aga tõlgendati neid elektrokardiogramme paljudel juhtudel väga erisuguselt. Ja see juhtus spetsialistidega, kardioloogidega. Mida aga suudaks öelda jaoskonnaterapeut, kes analüüsib ühe EKG keskmiselt kord 10 päeva kohta, ja seda ajal, mil sageli on tegemist südame isheemiatõve atüüpiliste vormidega, samuti korduvate müokardiinfarkti juhtude rohkenemisega. Kas harva kasutatavad elektrokardiograafid ökonoomika seisukohalt end õigustavad, mis aga peamine — kas see toob mingit kasu haigele? Võib-olla võiks polikliiniku või linna ulatuses seda teha tsentraliseeritult?

Neid näiteid on palju, kui kliinitsistide ja organisatsioonide huvid haakuvad. Eespool toodust järeldub, et terapeudid peavad olema asjatundjad terapeutilise abi organisatsiooni alal, tervishoiuorganisatsioonid aga, otsustades ravi üle, kompetentsed teraapia elementarsetes küsimustes ja selle arengu tendentsides.

On paratamatult tarvilik, et terapeudid omandaksid kvalifikatsiooni tõstmisel nii igapäevases töös kui ka täienduskursustel mitte tervishoiuorganisat-

siooni kursuse kogu ulatuses, vaid selle olulisemaid printsiipe, rakendamaks neid terapeutilises arstiabis. Nähtavasti oleks ka organisaatorite kvalifikatsiooni tõstmisel vaja ülevaatlikke loenguid, milles kajastuksid olulisema kliinilise osa sõlmküsimused. Organisaatoritel küsimustel on oluline koht terapeutide teaduslikel foorumitel, millele meie vabariigis küllaldast tähelepanu pööratakse. Linnade ja rajoonide peaterapeutide osa selles töös peab olema ulatuslikum.

Klinitsistide ja tervishoiuorganisaatorite loomingulised sidemed omandavad üha suuremat tähtsust spetsialiseerimise edasise arengul. On mõistetav, et selle poole püüdemine peab olema vastastikune. Sellest oleneb suurel määral kogu edasimineku tervishoius.

KIRJANDUS: 1. *Segal, H. N.* Can. Med. Assoc., 1974, 33, 423—430.

2. *Добрин Б. Ю.* Некоторые материалы к клинико-статистической характеристике пневмонии в условиях промышленного центра (Коммунарск — Донбасс) и к эффективности различных методов ее лечения. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Винница, 1965. — 3. *Маржатка З.* Практическая гастроэнтерология. Прага, 1967, 646. — 4. *Ноткин Е. Л.* Гиг. труда, 1965, 11, 17—20. — 5. *Удод В. М., Шитиков Ю. Д., Шелякина И. А., Брагель И. Н., Мальцев В. А.* Здравоохран. РСФСР, 1975, 4, 29—31. — 6. *Серенко А. Ф., Петраков Б. Д.* Проблемы поликлинической помощи городскому населению. Научный обзор. М., 1976, 116. — 7. *Шейхов И. М.* Заболеваемость населения г. Кировограда в предвоенные годы и в 1949—1953 гг. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Баку, 1958.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium
Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini
Instituut

Abiks **velskritele ja õdedele**

UDK 616.248-08:612.115.35

HEPARIINI KASUTAMINE BRONHIAALASTMA RAVIS

JAAN KARUSOO · TALLINN

bronhiaalastma, hepariinravi, raviskeem

Raskete ja ka keskmise raskusega bronhiaalastmahooegade ja astmaatilise seisundi ravi on sageli üsna komplitseeritud. Bronhide läbitavuse taastamiseks tuleb lõõgastite kõrval kasutada ka ekspektoreerivaid vahendeid. Viimased on eriti olulised juhtudel, kui obstruktsiooni peamine põhjus on sitke, raskesti väljaköhitav röga. Et bronhiaalastmat põdejad on korduvate hooegade ja astmaatilise seisundi ajal bronhilõõgasteid kasutanud pikka aega ja korduvalt, on tundlikkus nende suhtes nõrgenenud. Sitke, raskesti väljaköhitav röga võib mõne bronhilõõgasti ja antihistamiinse vahendi toimel muutuda veelgi sitkemaks, kusjuures üldkasutatavad rögalahustid ei osutu alati küllalt tõhusaks või ei toimi nad küllalt kiiresti. Selliste raskelt ravitavate bronhiaalastmahooegade korral soovitakse kasutada hepariini (2, 3, 4).

Eesmärgil uurida hepariini kasutamise võimalusi bronhiaalastma ravis ja täpsustada näidustusi oleme mitme aasta vältel hepariini bronhiaalastmahaigetele määranud raske või keskmise raskusastmega haigusvormi korral, kuid ravile visalt alluvate astmahooegade korral, mõnikord ka osalises vai-
bestaadiumis.

Hepariini oleme infundeerinud veeni 5000...15000 TÛ 200...250 ml füsioloogilises keedusoolalahuses või 5% -lises glükoosilahuses või süstlaga 10...20 ml eelnimetatud lahuses või lahjendamata. Viimast moodust peame kõige toimivamaks. Raskete astmaatiliste seisundite korral oleme hepariini süstinud kaks või isegi kolm korda ööpäevas.

Tavaliselt süstisime hepariini vahetult enne tilkinfusiooni või ka pärast seda või enne eufüllini veeni süstimist. Eriti vajalikuks osutus hepariini kasutamine siis, kui bronhiaalastma ravis rakendati vahendeid, mis vähendavad limaeritust ja muudavad röga viskoossemaks. Sellisteks ravimiteks on enamik antihistamiinseid vahendeid, atropiini, epsilonaminokaproonhape jt.

Hepariini manustasime kolm või viis, osal juhtudel kuni 10 päeva.

Hepariini on otstarbekas kasutada lühemat aega, mõne päeva jooksul, sest tema toime avaldub selgesti enamasti just manustamise esimestel päevadel; hiljem on toime mõnevõrra vähem väljendunud. Lühiajaline kasutamine on tähtis ka kõrvalnähtude vältimiseks. Pikaajalise manustamise korral (üle kolme päeva) tuleb kontrollida vere hüübimisvõimet ja veritsuse nähtajaid.

Hepariin on toimivaks osutunud esmajoonel juhtudel, mil röga on raskesti väljaköhitav, kuid ta avaldab bronhidesse ka lõögastavat toimet. Haiged tunnevad end pärast hepariini süstimist hästi, õhupuudustunne väheneb või kaob täiesti. Toime kestus sõltub haige seisundist ja astmahoo raskusest. Mõjus on hepariini süstimine veeni koos eufülliniga (eri süstaldes). Sellist manustamisviisi on rakendatud ka ambulatoorses praktikas ja seda võib kasutada kiir- või vältimatus abis. Kõrvalnähtudest oleme täheldanud allergilist nahalöövet pärast hepariini süstimist ühel haigel 68-st. Tal ka astmahoo mõnevõrra süvenes. Need nähud möödusid kaltsiumkloriidi ja prednisolooni süstimise järel kiiresti.

Hepariini oleme manustanud ka aero-

soolina inhalatsiooni teel düüsinhalaatori või ultraheliinhalaatoriga. Ühekordne annus on 2500...5000 TÛ, kusjuures hepariini on manustatud kas koos (bronhilõögastid vms.) või ilma muude ravimiteta. Hepariin inhaleerituna on kõige tõhusamaks osutunud sitke, raskesti väljaköhitava röga korral, kuid peale selle on ta avaldanud bronhidesse ka lõögastavat toimet ning vähendanud õhupuudustunnet. Hepariini aerosool bronhi limaskestasse ärritavat toimet ei avalda, on hästi talutav, inhalatsiooni võib ühe- või kahe-tunnilise vaheaja järel korrata. Hepariiniinhalatsioone oleme tavaliselt määranud kord päevas 3...5 korda, harvem 10 korda. Harilikult saabub toime juba esimeste inhalatsioonide järel, pikema ravikuuri vältel enam edasist paranemist ei ilmne.

Laiemalt on kasutusel ka hepariini manustamine elektroforeesi teel rindkerele. Selleks asetatakse katoodile 15000...25000 TÛ hepariini lahustatuna 15 ml destilleeritud vees. Katoodi pindala on 150 cm², voolutugevus 0,05...0,1 mA/cm², protseduuri kestus 30 minutit. Kokku tehakse 10...15 protseduuri (7). Hepariinelektroforeesi tulemused on üsna soodsad, kuid protseduur ei ole nii lihtne kui seda on hepariini veeni süstimine või inhalatsiooni teel manustamine, mistõttu hepariini manustamine elektroforeesi teel ei tule arvesse bronhiaalastmahoo puhul, küll aga osalises vaibestaadiumis.

Hepariini on ka lihasesse süstitud (5000...10000 TÛ) ning suukrutükil (2500 TÛ) keele alla pandud 3...4 korda päevas (8). Manustamisviisi lihtsuse tõttu võib viimane moodus kergemate bronhiaalastmahooegade korral osutada üsnagi otstarbekaks. Hepariini toimemehhanismi kohta võiks öelda seda, et ta soodustab rögaeritust, avaldab bronhidesse lõögastavat toimet, soodustab hapniku üleminekut verest kudedesse, stimuleerib neerupealiste koore talitlust, aktiveerib mitmeid ensüüme (1, 5, 6).

Hepariini kasutamisel bronhiaalastma korral pidasime vastunäidustuseks

üldisi vastunäidustusi hepariini manustamisel.

Kokku võttes võib öelda, et hepariin veeni süstituna või manustatuna inhalatsiooni teel avaldab soodsat toimet bronhiaalastmahoogude korral. Hepariini on otstarbekas kasutada komplekselt koos muude vahenditega astmahoogude kupeerimiseks haiglas ning polikliinikus, samuti kiir- ja vältimatu abi korras.

KIRJANDUS: 1. Baylin, S. B., Beaven, M. A., Kraus, R. M., Keiser, H. R. J. Clin. Invest., 1973, 8, 1985—1993. — 2. Jannus, L., Reinvald, A., Karusoo, J., Maser, L., Raukas, E., Sauemägi, L. Pulmonoloogia. Tln., 1975.

3. Булатов Н. К., Федосеев Г. Б. Руководство по пульмонологии. Л., 1978, 411—449. — 4. Воркель Я. В., Даниляк И. Г. Врачебн. дело, 1975, 3, 101—104. — 5. Воронцов Г. В., Верченко Л. И. Сов. мед., 1972, 4, 82—85. — 6. Патрушев В. И., Елманова Л. И., Левин Л. Я. Тер. арх., 1972, 44, 8, 34—36. — 7. Перцовский А. И., Кашлева А. И., Гольдман Р. Н. Вопр. курортол., 1974, 4, 353—356. — 8. Шустов С. С. Врачебн. дело, 1978, 3, 74—77.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

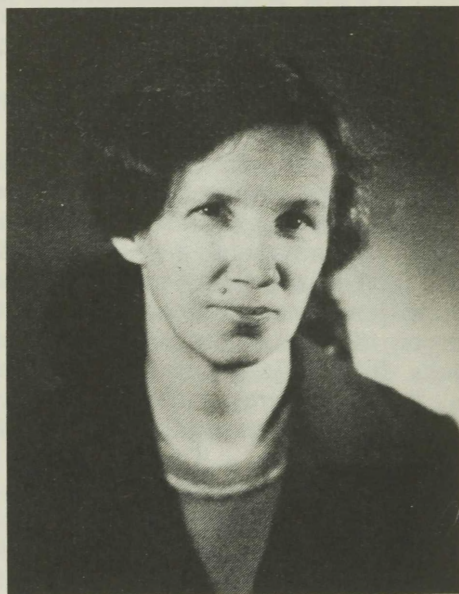
Suitsetavatel naistel on surnultsündimise juhte sageli. Laialdases uurimistöös, mis toimus Prantsusmaal, võeti vaatluse alla 12 000 suitsetavat rasedat, et välja selgitada intensiivse suitsetamise ning raseduse ja sünnituse kulu ning surnultsündimise vahelised seosed. Arvanud uuritavate üldarvust maha juhusuitsetajad, jäi järele 9177 naist, kellest 12% oli suitsetanud kogu raseduse vältel. Mittesuitsetavatel naistel sündinuist olid 9% surnud, suitsetavatel seevastu 23%, seega tõus 156%. Suitsetajate rühmas oli kokku 152 enneaegset ja 190 patoloogilist sünnitust; võrdlusarvud mittesuitsetajatel vastavalt 49 ja 68. Kui naised enne raseduse algust suitsetamisest loobusid ega suitsetanud ka raseduse vältel, ei ilmnenuid uuritavatel rühmadel mingit vahet.

Uuriti ka surnultsündimiste ja *in utero* surma põhjuste vahelist seost. Platsentat uuriti patoanatomiliste kriteeriumide järgi ja tulemusi võrreldi raseduse kulu kohta tehtud kliiniliste tähelepanekutega. Need näitasid, et platsenta enneaegset irdumist ja muid tundmata etioloogiaga tüsistusi esineb sagedamini suitsetavatel naistel, näiteks oli neil surnultsündimiste risk platsenta enneaegse irdumise tagajärjel 6 korda suurem kui mittesuitsetajatel. Samuti on suitsetavate naiste lastel arenemisvõime ja elujõulisus ilmselt kahanenud.

Die Heilberufe, 1979, 1.

Kaadri ettevalmistamine

ARSTITEADUSE DOKTOR SIRJE VELBRI



NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni Presiidiumi otsusega 29. detsembrist 1978. a. anti arstiteaduse doktori kraad Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kliinilise onkoloogia osakonna vanemteadurile Sirje Velbrile.

S. Velbri kaitses 15. mail 1978. a. NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Leningradi Eksperimentaalse Meditsiini Instituudi allergoloogia ja immunoloogia spetsialiseeritud nõukogu ees doktoriväitekirja «Suhkurtõve ja pankreatiidi immunoloogiline iseloomustus».

Oponeerisid professorid J. Zubžinski, J. Blagosklonnaja ja O. Kirejeva (Leningrad).

Autor on uurinud suhkurtõve ja pankreatiidi immunoloogiat nii eksperimendis kui ka kliinikus. Väitekirja eksperimentaalses selgitati pankrease koeantigeenide ja insuliinipreparaatide immunoloogilist spetsiifilisust. Eksperimendis selgitati, et immunoloogilised tegurid ei põhjusta mitte üksnes kõhunäärme püsivat kahjustust, vaid võivad esile kutsuda ajutisi talitlushäireid koos immunoloogiliste nihetega.

Seega immuunmehhanismid võivad suhkurtõve ja pankreatiidi patogeneesis osaleda kõrvuti muude teguritega (ainevahetuse, pärilikud jt. tegurid). Kliinilis-immunoloogilised uurimised on näidanud, et immuunreaktsioonid tulevad haiguse põhjustajana arvesse eeskätt juveniilse diabeedi algstaadiumis ja kroonilise pankreatiidi puhul. Seejuures etendavad peamist osa immuunreaktsioonid. Autor on pankreatiidi kulu jälgimiseks soovitanud uudset seroloogilist meetodit — pankrease antigeeni määramist vereseerumis.

S. Velbri on sündinud 8. septembril 1937. a. Tallinnas teenistuja perekonnas. 1955. aastal lõpetas ta Tallinna 20. Keskkooli, samal aastal astus TRÜ arstiteaduskonna raviosakonda. Pärast ülikooli kiitusega lõpetamist 1962. aastal suunati S. Velbri sihtaspirantuuri NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Leningradi Eksperimentaalse Meditsiini Instituuti immunoloogia alal. 1966. a. kaitses ta kandidaadiväitekirja.

Pärast aspirantuuri lõpetamist määrati S. Velbri TRÜ Meditsiini Kesklaboratooriumi nooremeaduriks. 1974. a. anti talle vanemteaduri kutse allergoloogia ja immunoloogia alal. 1965. aastast alates täitis S. Velbri immunoloogiaspektori juhataja kohustusi. 1973. a. töötas ta stažöörina Saksa Demokraatlikus Vabariigis Rostocki Ülikoolis.

S. Velbri juhendamisel on immunoloogia põhialuseid ja meetodeid omandanud paljud TRÜ üliõpilased, arstid ja arstiteadlased.

Peeter-Harry Loit

Uusi tervishoiu- asutusi

RAPLA RAJOONI KESKHAIGLA JUURDEEHITIS ON VALMIS

29. septembril 1978 võttis riiklik komisjon vastu Rapla Rajooni Keskhaigla juurdeehitise. Selle ehitas Rapla Mehhaniseeritud Ehituskolonn, kelle tööle anti hea hinnang. Juurdeehitis valmis põhiliselt rajooni majandite, ettevõtete vahendite koostööteel. Rajooni majandid ja ettevõtted abistasid ehitamist ka tööjõuga. Juurdeehitis rajati Riiklikus Projekteerimise Instituudis «Eesti Projekt» valmistatud individuaalprojekti järgi (projekti peainseener E. Avarsoo, arhitekt I. Puumets).

Haigla juurdeehitis on kolmekorruseline. Esimesel korrusel on polikliinik koos abiruumidega, teisel 40 voodikohaga sünnitusosakond, kolmandal 40 voodikohaga lasteosakond. Soklikorrusel toimub sünnitajate ja laste vastuvõtt ning haiglast väljakirjutamine,



Uue polikliiniku registratuuris. J. Nikkeri fotod.



Rapla Rajooni Keskhaiгла koos juurdeehitiseга.

seal on ka kiir- ja vältimatu abi osakond, kliiniline laboratoorium, samuti personali riietus- ja olmeruumid. Vana ja uut hoonet ühendavas osas on 150-kohaline koosolekusaal, sünnitustoad ja väike operatsiooniblokk.

Haigete transportimiseks on juurdeehitises lift. Kõik ruumid on valgusküllased ning õnnestunult valitud värvitoonides.

Vastsündinute- ja lastepalatid on boksidega ning varustatud tsentraalse hapnikusüsteemiga. Koondise «Eesti Meditsiinitehnika» igakülgse abi tulemusena on ruumid sisustatud raviasutusele sobiva mööbli ning pehme inventariga. Oma osa on selles kõiges andnud rajooni majandid ja ettevõtted. Väga agaralt võttis rajooni rahvas osa haigla ümbruse korrastamisest ja ruumide sisustamisest. Tervishoiutöötajail käis abiks üle tuhande inimese.

Olgugi et ehitise valmimine toimus tõusude ja mõõnadega ning võttis aega kuus aastat, on rajoonikeskus siiski juurde saanud kauni hoone ja tervishoiutöötajate töötingimused on tunduvalt paranenud.

Tervishoiuasutuste materiaalne baas jääb tegelikest vajadustest veel maha, mistõttu lähemate aastate plaanis on Rapla Rajooni Keskhaiгла ja Märjamaa Haiгла rekonstrueerida, Rapla Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamale teine korrus peale ehitada, samuti püstitada tervishoiutöötajatele elamu. Jää-

des lootma rajooni asutuste ja ettevõtete ning elanike poolt tervishoiutöötajatele antavale abile ja toetusele, võime kindlad olla, et uued plaanid lähemate aastate jooksul ellu viiakse.

Gunnar Sukles

KOLHOOSI LASTESANATOORIUM

S. M. Kirovi nimelises Näidiskaluri-kolhoosis Harju rajoonis avati mullu 40 voodikohaga lastesanatoomium, kus hakatakse ravima 3...7 aasta vanuseid lapsi, kes on korduvalt põdenud mittepetsiifilisi hingamisteede haigusi, nagu bronhiiti jm. Sanatooriumi asukohaks sai endine Randvere koolimaja, mille restaureerimine läks kolhoosile maksma 125 000 rubla. Nägusalt väljaehitatud hoones on ruumid kahele lasterühmale, suur mängusaal, terrass basseiniga ja isegi sõidurada väikestele jalgratturitele. Eritellimuse järgi valmistatud mööbel on otstarbekas ja nägus. Laste sanatoorse raviga tegelevad ka nina-, kõrva- ja kurguarst, samuti ravikehakultuuriarst ning logopeed.

Sanatooriumituusik antakse kolmeks kuuks; kolhoosile läheb iga tuusik maksma 720 rubla, patsientidele on see tasuta. Lastesanatoomium on esimene omataoline tervishoiuasutus, mida majand ise on ehitanud.

Konverentsid ja nõupidamised

Liiduvabariikide apteekide peavalitsuste juhatajate ning NSV Liidu Meditsiinitööstuse Ministeriumi koondiste ja valitsusjuhatajate üleliiduline nõupidamine toimus 1978. a. detsembrikuus Tallinnas. Nõupidamise avas NSV Liidu tervishoiuministri asetäitja P. Gerassimov.

Arutati NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu määruse «Rahva tervishoiu edasise parandamise abinõude kohta» täitmist, eriti ravimite osas. Määruses on ette nähtud väga paljude ravimite tootmise tunduv laiendamine, samuti sidumismaterjali vajaduse täielik rahuldamine tervishois.

Tihti ei ole apteekidest saada eufüllüüni, papaveriini, sapinõrsteid, ensüümipreparaate, laia toimespektriga antibiootikume või mõn-



Üleliidulise nõupidamise avamisel. Vasakult: EKP Keskkomitee osakonnajuhataja E. Gretškina, NLKP Keskkomitee vastutav töötaja N. Alimenko, NSV Liidu tervishoiuministri asetäitja P. Gerassimov, NSV Liidu Tervishoiu Ministeriumi Apteekide Peavalitsuse juhataja M. Kljujev, Eesti NSV tervishoiuminister V. Rätsep, Eesti NSV Ministrite Nõukogu esimehe asetäitja A. Green. U. Oksbuschi foto.

da muud ravimit. Meditsiinitööstuse Ministeriumi ettevõttele tuleb veel tublisti pingutada, et ebakohad saaksid kõrvaldatud. Tulevikuplaanidest ja juba tehtust rääkis NSV Liidu Meditsiinitööstuse Ministeriumi ministri asetäitja N. Šmakov. Ettekandest ilmes, et kemoterapeutikumide tootmine 1975. aasta andmetega võrrelduna 1978. a. lõpuks suurenes 30%. 1978. a. võeti tootmisse 30 uut preparaati: nonahlasiin, ditrimiin, parmidiin, fenasepaam jt. Ent ikkagi on meil peaaegu 100 ravimit defitsiitsed ja seda peamiselt tooraine vähesuse tõttu.

Antibiootikumide tootmisest ja tootmise perspektiividest rääkis üleliidulise antibiootikumide tootmiskoondise juhataja L. Telegin. X viisaastakul hakatakse tootma mitmeid uusi antibiootikume. Ette on nähtud suurendada ampitsilliini, dikloksatsilliini, meitsilliini jt. tootmist. Seni on tervishoiu vajadused suudetud rahuldada 211 preparaadi osas (86,8%). Antibiootikume toodeti 1978. aastal 40 nimetust, neist ravimivorme üle 230.

NSV Liidu Apteekide Peavalitsuse juhataja M. Kljujev rääkis apteegivõrgu laiendamisest. 1977. a. sai NSV Liidu apteegivõrk juurde 373 apteeki. 1978. a. oli plaanis ehitada laopinda 71 000 m². EKP Keskkomitee ja Eesti NSV Ministrite Nõukogu määruses nr. 56 13. veebruarist 1978. a. nähakse ette aastail 1981...1985 suurendada ka Eesti NSV apteekide laopinda tunduvalt. M. Kljujev juhtis tähelepanu vajadusele rangemalt jälgida defitsiitsete ravimite säilitamist ja väljastamist.

Arutati veel ravimtaimede kogumist ja kultiveerimist, ravimite jaotamist ja tellimuste koostamist.

Nõupidamisest osavõtjad tutvusid apteekide tööga ning külastasid Tallinna Keemia- ja Farmaatsiatehast.

Vello Nisu

Epidemioloogide seminar toimus 18...19. jaanuarini 1979. a. Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis. Seminarist võtsid osa instituudi teadustöötajad ja epidemioloogid Tallinnast, Tartust ning maarajoonidest. Loenguid pidasid meie tuntumad epidemioloogid: NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia akadeemik professor V. Beljakov (Leningrad), professor M. Levi (Moskva), A. Bassova (Moskva) jt.

V. Beljakov rõhutas, et nüüdisaja epidemioloogial on üld- ja eriepidemioloogia harud. Suurt tähelepanu pööras lektor elanikkonna migratsioonile, mis soodustab haiguste levikut. Teiste faktorite kõrval, mis soodustavad epideemilise protsessi intensivistumist, võivad ka sellised tingimused nagu rahvastiku tihedus, eriala jm. inimese organismi, tema geno- ja fenotüüpide tunnuseid tunduvalt mõjutada. Lektor mainis, et vaktiseerimiste puhul ei omanda osa lapsi ega täiskasvanuid täielikku immuunsust nakkuse suhtes, sest nendel esineb immunodefitsiitne seisund. Viimast on nüüdisajal võimalik juba välja selgitada. Täiskasvanute düsenteeria levikus on kontaktne-olustikuline nakkuse levikutee juba teisejärguline.

G. Kuzminskaja (Moskva) rääkis, et epidemioloogi tööpäeva struktuuri ratsionaalse organiseerimise korral võib 15...20% tööst ajast täita teine, vähem kvalifitseeritud spetsialist. Epidemioloog peab aga rohkem tegelema epidemioloogilise diagnoosi väljaselgitamise ja profülaktikaga nakkuskoldes.

N. Abramova-Obolenskaja (Moskva) juhtis tähelepanu sellele, et piimasaadused ei ole alati peamised nakkusallikad, mis provotseerivad soolenakkuste puhanguid. Piimasaadused põhjustavad haigestumist keskmiselt 30%-l juhtudest, 70%-l juhtudest on muud põhjused. Nakkuse levikuteede avastamiseks soovitas lektor kasutada M-17 (*colibacterin*) kultuuri. Selle abil on võimalik uurida kõige tähtsamaid nakkuse levikuteesid.

V. Jagodinski (Moskva) andis põhjaliku ülevaate elektronarvuti abil epidemioloogilise kontrolli, analüüsi ja prognoosi tegemise kohta.

M. Levi (Moskva) juhtis tähelepanu nakkuskolde uurimisele, jälgimisele ja likvideerimisele, eriti piisknakkuse korral, kus nakkuse ülekandemehhanisme on kindlaks teha tunduvalt raskem.

V. Reisenbuk (Tallinn) esitas põhilised seisukohad organismi immunogeneesi alalt, rääkis T- ja B-lümfotsüütide osatähtsusest spetsiifilise immuniteedi väljakujunemises. Ta rõhutas, et immuunprotsessis on põhiline organismis püsiva homöostaasi loomine. Juhul kui immunoloogilise kontrolli osas on tekkinud lüngad, siis on ka eeldused haiguste tekkeks. Tulevikus peab vaktiseerimiste puhul teadma organismi immunoloogilist sei-

sundit ja alles siis võib otsustada vaktsiini manustamise vajaduse üle.

A. Bassova (Moskva) kõneles kaitseüstimate täiustamisest ja immunodiagnostikast kaitseüstimate puhul. Tema arvates tuleb piisknakkushaigustesse haigestumise ja elanikkonna spetsiifilise immuunsuse vahelisi seoseid täiendavalt selgitada.

J. Reinaru (Tallinn) rääkis hiljuti toimunud rahvusvahelisest nakkusliku kollatõve alast sümposiumist. Ta mainis, et on tehtud suuri edusamme infektsioosse hepatiidi (A-hepatiit) ja seerumhepatiidi (B-hepatiit) tekitajate avastamises ja spetsiifilises profülaktikas.

*Semjon Umanski
Joosep Reinaru*

NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi meditsiinilise kõrghariduse nõukogu nõupidamine toimus 19...21. detsembrini 1978. a. Jaroslavlis.

1973. a. loodi NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi juures meditsiinilise kõrghariduse nõukogu, mis on nõuandev organ. Nõukogu töö eesmärk on välja töötada teaduslikult põhjendatud soovitused meditsiiniinstituutides tehtava ideelis-poliitilise kasvatus- ja õppetöö ja teadusliku uurimistöö edasiseks parandamiseks. Nõukogu kohustusteks on meditsiinilise kõrghariduse perspektiivne planeerimine, õppetöö optimeerimise küsimustega tegelemine. Peale selle tuleb käsitleda teadusliku töö arendamist meditsiiniinstituutides, uurida üliõpilaste menetluspraktika, subordinaatuuri ja internatuuri otstarbekamaks muutmise võimalusi, tegelda meditsiinilise õppekirjanduse kirjastamisega ning pedagoogide kaadri ettevalmistamise ja kvalifikatsiooni tõstmisega. Meditsiinilise kõrghariduse nõukogu esimeheks on NSV Liidu tervishoiu minister akadeemik B. Petrovski.

19...21. detsembrini 1978. a. toimus Jaroslavlis meditsiinilise kõrghariduse nõukogu laiendatud nõupidamine, millest Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonnast võttis õppeprodekaanina osa allkirjutanu. Põhiettekanne oli NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Õppeasutuste Peavalitsuse juhatajalt I. Issakovilt, kes mainis, et seoses arstiteaduste uute saavutustega ja praktika pidevalt muutuvate vajadustega on vaja muuta õppeprogramme ning õppeplaane. I. Issakov mainis, et

heade tulemuste kõrval, mida on saavutatud uue õppeplaani rakendamisel kahe aasta jooksul, on ilmnunud ka mitmeid puudujääke, mis vajavad korrigeerimist. Enamik meditsiiniinstituute ei ole rahul sellega, et plaani järgi hakatakse kliinilisi aineid õpetama teisel kursusel, kui ei ole õpetatud veel patofüsioloogiat ega patoanatomiat. Kardinaalselt tuleb muuta meditsiiniinstitiutides keemia, füüsika ja bioloogia õpetamist. Nendes õppeainetes korratakse liigselt keskkooli programmis omandatud. On vaja avada meditsiinilise füüsika ja meditsiinilise keemia kateedrid ning õpetada eeskätt inimese bioloogiat. Riigieksamite arvu vähendatakse käesolevast õppeaastast kolmele: teaduslik kommunism, valitud eriala, sotsiaalhügieen koos tervishoiuorganisatsiooniga.

Kõik nõupidamisel sõna võtnud meditsiiniinstituudi rektorid olid ühisel arvamusel, et õppeplaani tuleb muuta. Eeltoodule lisaks märgiti veel, et asjatu ajakulu (38 tundi) on I kursusel läbivõetav sissejuhatus erialasse, viidati sellele, et VI kursuse üliõpilasi on vaja rohkem tööle rakendada.

Nõupidamisel moodustati ekspertide komisjon, kes alustab uue õppeplaani koostamist. Kõik meditsiiniinstituudid võivad esitada omapoolseid arvamusi ning 1979. a. detsembris toimival järjekordsel meditsiinilise kõrghariduse nõukogu nõupidamisel kinnitatakse arstide ettevalmistamise uus õppeplan, mis tahetakse kasutusele võtta 1980/1981. õppeaastal.

Leo Pokk

NSV Liidu ja Soome arstiteadlaste koostööst. NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi ja Soome Riikliku Meditsiinalitsuse vahelise teadusliku koostöölepingu alusel viibis 24. septembrist 1. oktoobrini 1978. a. Helsingis kuueliikmeline TRÜ neuroloogia ja neurokirurgia kateedri ning TRÜ Meditsiini Kesklaboratooriumi ajuveresoonte uurimise sektori delegatsioon (E. Raudam, E. Kaasik, A. Tikk, M. Mägi, M. Roose, T. Tomberg). Tehti kokkuvõtteid senisest koostööst ning kinnitati uurimisprojektid 4...5 aastaks. Peatähelepanu otsustati pöörata ajuinsuldi profülaktikale. On selgunud, et umbes 30% -l ajuinsuldi juhtudest esinesid enne insuldi tekkimist aju

isheemilised atakid. Neid haigeid hakatakse ühise programmi järgi uurima ja ravima eesmärgil vältida või edasi lükata ajuinsuldi tekkimist. Teine tähtis probleem on subarahnoidaalsed verejooksud, mida Soomes on märgatavalt sagedamini kui Eestis. Alustatakse ühiseid prospektiivseid epidemioloogilisi uurimisi, selleks võetakse uurimisalusteks kõik kindlal territooriumil elunevad inimesed (elanike arv umbes 100 000). Tööga püütakse selgust tuua mitmetesse väga olulistesse haiguse etiopatogeneesi ning kirurgilise ravi taktika probleemidesse. Professorite H. Troupi ja A. Tiku ühisest uurimusest vanemaealiste (üle 60 a.) ajukoljuvigastustega haigete prognoosi kohta selgus, et see on mõlema kliiniku andmeil halb, sellele vaatamata, et nii Helsingis kui ka Tartus rakendatakse selle haigete rühma ravimiseks nüüdisaegseid intensiivravi meetodeid.

26. septembril 1978. aastal toimus Helsingis Nõukogude—Soome tervishoiu ja sotsiaalkindlustuse segakomisjoni istung, mida juhatsid NSV Liidu tervishoiuministri asetäitja J. Novikova ning Soome sotsiaal- ja tervishoiuministri alaline asetäitja K. Puro. Komisjon kinnitas NSV Liidu ja Soome koostööplaani järgmisteks aastateks. Koosolekul kuulati aruannet neuroloogia- ja neurokirurgiaalase koostöö tulemustest. Aruanded esitasid professor H. Troupp ja kirjutise autor (neurokirurgia) ning dotsent O. Waltimo (neuroloogia). Komisjon andis senisele ühisele uurimistöele hea hinnangu ja soovitusel uurimistööd jätkamiseks. Tõsteti esile uurimuste suurt teaduslikku ja praktilist väärtust.

Delegatsioonil oli võimalus tutvuda Helsingi Ülikooli neuroloogia- ja neurokirurgia-kliinikutega ning külastada Kesk-Soomes Jyväskylä keskhaiglat. Ülikooli neuroloogiklinik, kus on 90 voodikohta, asub 220 voodikohaga Meilahti keskhaiglas. Seal ravitakse aastas ligi 1700 neuroloogilist haiget. Samas asuvad hästi sisustatud laboratooriumid ja polikliinik. Haigetele on võimalik ka ambulatoorselt teha EEG-d, EMG-d, röntgenoloogilisi ja biokeemilisi uuringuid, mille tõttu haigete hospitaliseerimise puhul ei ole vaja neid korrata. Neuroröntgenoloogilisteks uurimisteks on spetsiaalne aparaat, mis tagab protseduuride kõrge kvaliteedi. 1978. aasta maikuust on Meilahti haiglas aju uuringuteks spetsiaalne aksiaalne kompuutertomo-

graaf (Inglise firma EMJ). Aju aksiaalne kompuutertomograafia on avanud uued se-
nestele röntgenoloogilistele meetoditele kätte-
saadamatud võimalused ajuhaiguste varaja-
seks diagnoosimiseks. Kontrastaineid kasuta-
mata tulevad sellel meetodil nähtavale aju-
vatsakesed, subarahnoidaalõoned, samuti kas-
vajad, põletikud, verejooksud, ajuinfarktid,
ajuturse, mille läbimõõt ei ole alla 5 mm.
Üheaegselt saab informatsiooni mõlemast
ajupoolkerast, tagumisest koljuõõnest ja sil-
makoobastest. Meetodil ei ole vastunäidustusi
ja seda rakendatakse laialdaselt ambulatoor-
selt haigete uurimisel. Protseduur kestab
20...30 minutit. Sellel meetodil uuriti iga
päev kuut neuroloogilist või neurokirurgilist
haiget. Kompuutertomograafia rakendamisel
on neuroloogia- ja neurokirurgiakliinikutes
järsult vähenenud haigete voodipäevade arv,
sest ei ole enam vaja teha pneumoentsefalo-
graafilisi uuringuid, mille järel haiged pea-
vad 5...6 päeva voodis lamama. Kompuuter-
tomograafia rakendamisega on saavutatud
märgatavat majanduslikku efekti, vaatamata
sellele, et aparaat maksab umbes 500 000 dol-
larit.

Helsingi Ülikooli 90 voodikohaga neuro-
kirurgiakliiniku teeninduspiirkonda kuulub
umbes 2,5 miljonit elanikku. Neurokirurgilised
diagnoosid pannakse neuroloogiaosakon-
dades või ambulatoorselt, mille tõttu neuro-
kirurgiakliinikusse saadetakse üksnes neuro-
kirurgilist abi vajavad haiged. Professor
H. Troupp tegeleb praegu kuulmisnärvi kas-
vajate kirurgilise raviga. Koos otoloogidega
on tal õnnestunud diagnoosida kuulmisnärvi
kasvajaid varajases staadiumis (otoloogilises
staadiumis), kui kuulmisvõime ei olnud veel
kadunud. Rakendades spetsiaalset diagnosti-
kat ja mikrokirurgilist tehnikat, on seni
kuulmisnärvi eemaldatud kuulmisnärvi kas-
vaja ja säilitatud kuulmisvõime.

Delegatsioonil oli võimalik tutvuda Kesk-
Soome keskhaiglaga Jyväskylä. 1977. aastal
avati selles 35 voodikohaga neuroloogiaosa-
kond (R. Fogelholm). Keskhaiglas on spet-
siaalne neuroröntgenoloogia- ja neurofüsio-
loogiakabinet, γ -kaamera ning hästi varusta-
tud biokeemialaboratoorium. Linnast väljas,
endise tuberkuloosisanatooriumi baasil, on
neuroloogiliste haigete rehabiliteerimise kes-
kus.

Ernst Raudam

**Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Va-
bariikliku Komitee VI pleenum** toimus 29.
septembril 1978. a. Tallinnas. Arutusel oli
tervishoiuorganite ja ametiühingukomiteede
töö naistöötajate töö-, olme- ja puhketingi-
muste parandamisel. Ettekande esitas allakir-
jutanu.

Ainuüksi 1978. aasta I poolaastal on Tallin-
na Vabariikliku Sadamahaigla Polikliiniku,
Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi IV Valit-
suse Vabariikliku Haigla jt. kõrval naistöo-
tajate töö- ja olmetingimusi plaanikohaselt
ning oluliselt parandatud veel Tallinna Vaba-
riiklikus Tuberkuloositõrje Dispanseris, Vil-
jandi Rajooni Keskhaiglas, Eksperimentaalse
ja Kliinilise Meditsiini Instituudis ning mujal.

Mõnes ravi- ja profülaktikaasutuses ei pöö-
rata naiste töö-, olme- ja puhketingimuste
veel küllaldast tähelepanu. 1977. aastal võeti
distsiplinaarvastutusele kuus ning määrati ad-
ministratiivkaristus kaheksale vastutavale
töötajale.

Tervishoiuasutustes toimub töö graafikute
alusel, mistõttu töötööl on rohkesti naistöo-
tajaid. Naised töötavad ka tervist kahjustavate
tingimustes, nagu röntgeni-, füsioterapia-,
stomatoloogiakabinetis ja laboratooriumis.
Nimetatud asjaolu esitab eriti suuri nõudeid
ametiühingu töökaitseaktiivile.

Ülekoormuse tõttu ei vasta töötingimused
mitmes haiglas praegu kehtivatele sanitaar-
nõuetele. Suure ülekoormusega töötavad
Mustamäe, Pärnu ja teised polikliinikud. See
aga mõjutab omakorda arstiabi kvaliteeti.
Tervishoiutöötajate ajutine töövõimetus hai-
gestumise korral on olnud suur juba aastaid.

Tervishoiutöötajatele arstiabi andmiseks ja
dispanseerimiseks on raviasutustes ette näht-
tud kindlad arstid, kuid mõnedes need usal-
dusarstid puuduvad.

Paranenud on sooja toiduga varustamine.
Paljudes haiglates on toitlustamine organiseerit-
ud haigla köögi baasil või on suurtes poli-
kliinikutes puhvetid. Dieettoidu tuusikuid
kasutavad enamasti Tallinna tervishoiuasut-
uste töötajad.

Kohalikele ametiühingukomiteedele eralda-
vad sanatooriumituusikuid tervishoiutöötajate
ametiühingu linna- ja rajoonikomiteed. Sana-
tooriumituusikuid saadi 1978. aastal 549 tk. ja
puhkekodutuusikuid 630 tk. Lisaks on mõnel
tervishoiuasutusel oma puhkebaas, mille var-
rustatus tervishoiutöötajate vajadusi alati ei
rahulda.

Korteritingimuste parandamise vajadus on
eriti aktuaalne Tallinnas, kuid Kohtla-Järve
1. Linnahaiglas said uue korteri või paran-
dati elamistingimusi 1976. aastal 14 ning 1977.
aastal 18 töötajat ja Kohtla-Järve 2. Linna-
haiglas on I etapi järjekorras olnud töötajate
korterivajadused kõik rahuldatud.

Jüri Ennet

Meie juubilare



Marta Streltsova-Kask, Tallinna Tõnismäe Haigla füsioteraapiaosakonna meditsiiniõde, sai 25. märtsil 80-aastaseks. Sündinud Kärdlas, lõpetanud 1941. a. Punase Risti Seltsi meditsiiniõdede kursused. 1929. a. asus registraatorina tööle Tallinna Ühise Haigekassa füsioteraapia-kabinetis ning jätkas hiljem tööd õena samas raviasutuses. Arvestades Tõnismäe Haigla polikliinilise osa ajalugu, on juubilar töötanud ühes kohas pool sajandit. Ühiskondlikult väga aktiivne, korduvalt valitud ametiühingukomiteesse ning täitnud muid kohustusi ametiühingus. On olnud rahvakohtu kaasistuja ning poliitinformaator. Autasustatud V. I. Lenini juubelimedaliga ja Tööveterani medaliga ning NSV Liidu Punase Risti märgiga «Eeskujuliku sanitaarkaitse eest». Pälvinud Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi, Tallinna Linna RSN Täitevkomitee, Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee ja oma töökooha administratsiooni aukirju.



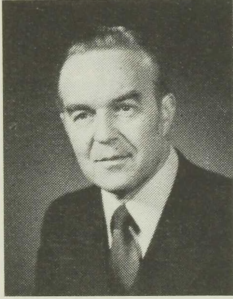
Kaljo Villako, TRÜ arstiteaduskonna sisehaiguste propedeutika kateedri professor, sai 19. mail 1979 60-aastaseks. Ta on sündinud 1919. aastal Tartus teenistuja perekonnas. Keskkooli omandas H. Treffneri gümnaasiumis. TRÜ arstiteaduskonna lõpetas 1947. a. Pärast seda alustas tööd Tartu Linna Kliinilise Haigla röntgenikabineti juhatajana. 1954. a. kaitses kandidaadiväitekirja «Gastroskoopia kui röntgenoloogilist uuringut täiendav meetod maohaiguste diagnoosimisel». 1955. aastast alates tänaseni on TRÜ arstiteaduskonna õppejõud röntgendiagnostika ja meditsiinilise radioloogia alal. Doktoriväitekirja valmis teemal «Difüllobotrioose aneemia patogenees» ning 1966. a. kinnitati K. Villakole arstiteaduse doktori kraad. Tema autoruses on ilmunud rohkesti teadustöid, millest suur osa on avaldatud üleliidulistes ja välismaa ajakirjades. K. Villako on Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peagastroenteroloog, rahvusvahelise tunnustusega gastroenteroloogiaspetsialist, Euroopa Gastroklubi liige 1971. a. alates. Vabariikliku erialaseltsi esimees, lisaks kuulub Üleliidulise Gastroenteroloogide Teadusliku Seltsi presiidiumi.



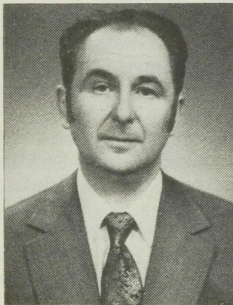
August Roosileht, Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi II Osakonna juhataja, sai 10. veebruaril 50-aastaseks. Sündinud 1929. aastal Pärnu rajoonis põllupidaja perekonnas. 1947. aastal lõpetas Pärnu I Keskkooli ning 1953. aastal TRÜ arstiteaduskonna. Tööle suunati ta Eesti NSV Ministrite Nõukogu Asjade Valitsuse kultuuri- ja tervishoiu-grupi juhataja vanemabi ametikohale. Aastail 1958...1962 oli Tallinna Linna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhataja. 1962. a. määrati Tallinna Vabariikliku Haigla peaarstiks ning 1975. a. oli samas peaarsti asetäitja. 1976. aasta augustist tänaseni on Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi II Osakonna juhataja. Täiendanud oma erialateadmisi korduvalt täienduskursustel. On avaldanud artikleid ning esinenud loengutega tervishoiuorganisatsiooni alalt. Eesti NSV Tervishoiuorganisatorite ja Hügienistide Teadusliku Seltsi juhatuse liige. On autasustatud Tööpunalipu ordeniga, V. I. Lenini juubelimedaliga ning medaliga «Töövapruse eest» ja mitmete aukirjadega. 1956. a. kuulub NLKP ridadesse.



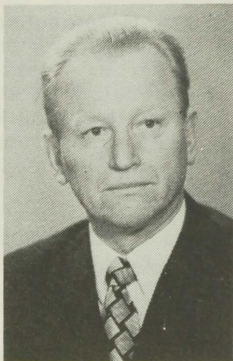
Lea Boston, TRÜ arstiteaduskonna pediatraia kateedri dotsent, arstiteaduse doktor, sai 17. veebruaril 1979 50-aastaseks. Sündinud Tartus teenistuja perekonnas. Keskkoolis sai Tartu III Keskkoolis, TRÜ arstiteaduskonnas õppis aastail 1947...1953, spetsialiseerudes pediatriks. Ajavahemikul 1953...1956 töötas pediatraia kateedris, seejärel kuni 1963. aastani Tartu Meditsiiniakadeemias õppejõuna lastehaiguste erialal. Samast aastast alates mittetastatsionaarses aspirantuuris, kus valmis kandidaadiväitekirja «Tervete ja pneumooniahaigete laste askorbiinhappega varustatusest ja selle muutustest kateehhiinide toimel», mida kaitses 1968. a. Sellest ajast peale töötab pediatraia kateedris. Doktoriväitekirja «B-grupi vitamiinide (B₁, B₂, B₆, PP), eriti tiamiini ainevahetuse ja transketolaasi aktiivsuse muutustest ägedat pneumooniat põdevatel alla kolme aasta vanustel lastel» kaitses mullu märtsikuus. Avaldanud üle poolesaja teadusliku artikli, peamiselt laste vitamiinoloogia alalt, on kahe õpiku kaasautor.



Jüri Narma, Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Neljanda Valitsuse juhataja, sai 27. veebruaril 1979. aastal 50-aastaseks. On sündinud 1929. a. Tallinnas teenistuja perekonnas. 1947. a. lõpetas Tartu I Keskkooli ning 1954. a. TRÜ arstiteaduskonna. Pärast seda suunati tööle Röpina Rajooni Haigla peaarsti kohusetäitjaks. Sama aasta detsembrikuust oli Rakvere Rajooni RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhataja ning aastail 1960...1964 Rakvere Rajooni Haigla peaarst. Tallinna Vabariikliku Haigla peaarsti asetäitja kohustusi ravi alal täitis 1964...1969. aastani. 1969. aastast tänaseni on Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi IV Valitsuse juhataja. Korduvalt viibinud täienduskursustel. On lõpetanud Leningradis Kirovi-nimelises Sõjaväemeditsiini Akadeemias täienduskursused neurokirurgia alal ning Tsernovtsõs neljakuulised juhtivate tervishoiuorganisaatorite kursused. 1965. a. anti talle tervishoiuorganisaatori I kategooria. Esinenud konverentsidel ja nõupidamistel tervishoiuorganisatsiooni- ja kirurgiaalaste ettekangetega. NLKP ridadesse kuulub 1962. aastast.



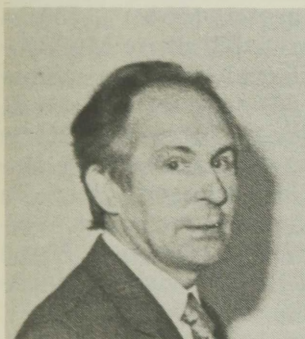
Natan Elštein, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi gastroenteroloogiaosakonna juhataja, professor, sai 7. märtsil 1979. a. 50-aastaseks. Sündinud Kišinjovis, 1951. a. lõpetanud Ukrainas Tšernovtsõ Meditsiiniinstituudi. Pärast lõpetamist suunati tööle terapeudina Eesti NSV-sse. 1968. aastast juhib gastroenteroloogiaosakonda, 1968. a. kaitses kandidaadiväitekirja ning 1969. aastast on arstiteaduse doktor. Uurimisprobleemide ring on laialdane. Ilmunud üle 200 teadustöö, nende hulgas mitmed monograafiad ja brošüürid. Ühiskondlikult väga tegev: «Suure meditsiinitsüklopeedia» üldosakonna toimetaja, ajakirja «Терапевтический архив» toimetuse nõukogu ning «Nõukogude Eesti Tervishoid» kolleegiumi liige, mitme teadusliku meditsiininõukogu liige jm. Viljaka töö eest on autasustatud ordeniga «Austuse märk», V. I. Lenini juubelimedaliga ning muude arvukate medalite ja rinnamärkidega. 1975. a. anti Eesti NSV teenelise arsti aunimetus. NLKP ridadesse kuulub 1966. a.



Lembit Tähepõld, TRÜ arstiteaduskonna biokeemia kateedri professor, sai 26. märtsil 1979. aastal 50-aastaseks. Keskkoolis omandas A. H. Tammsaare nimelises Tartu I Keskkoolis. 1947. aastal alustas õpinguid TRÜ arstiteaduskonnas, mille raviosakonna lõpetas 1953. aastal. Pärast ülikooli lõpetamist on kogu tegevus olnud seotud TRÜ arstiteaduskonna biokeemia kateedriga, kus algul oli assistent, 1962. a. alates dotsent ning 1963. aastast tänaseni kateedrijuhataja. 1958. a. kaitses arstiteaduse kandidaadi väitekirja. 1975. a. kaitses doktoriväitekirja käsitlises ajuvalkude pöörduva amideerimise osa ammoniaagi metabolismis ja detoksikatsioonis. Peamised uurimisteemad on olnud närvisüsteemi ja sekretoorsete protsesside biokeemia. Avaldanud üle 100 publikatsiooni nii meil kui ka välismaal. 1977. aastal anti ENSV teenelise teadlase aunimetus. On olnud arstiteaduskonna prodekaan. Praegu juhatab arstiteaduskonna parteibüroos õppe- ja teadustöö sektorit, kuulub mitme teadusliku nõukogu ja probleemikomisjoni koosseisu, on erialanõukogu sekretär. NLKP ridadesse kuulub 1964. a. alates.

Intervjuu

POLIKLIINILISE ARSTIABI PÄEVAPROBLEEME



Polikliinilise arstiabi järjekindel täiustamine on üks tervishoiuorganite põhiülesandeid. Polikliiniline abi moodustab 4/5 arstiabi üldmahust. Just polikliinikute kaudu saab teoks nõukogude tervishoiule iseloomulik profülaktiline suund, seal toimuvad tervishoiuasutuste põhiline ravitöö ja haiguste diagnoosimine. Eelnevat silmas pidades pöördus toimetuse Eesti NSV Tervishoiu Ministri Ravi- ja Profülaktilise Abi Valitsuse juhataja, Eesti NSV teenelise arsti E. Väarti poole ning palus vastata ühele küsimusele.

«Mida peate polikliinilise arstiabi täiustamises kõige olulisemaks lähema aasta jooksul?»

Lähema aasta põhiülesandeist polikliinilise abi korraldamisel nimetaksin järgmist. Lähedes NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu ühisest tervishoiuäärusest, on vaja polikliinilise arstiabi mahtu suu-

rendada ja kvaliteeti parandada. Selleks on vaja ehitada uusi ambulatooriume ja polikliinikuid, koostada nende paigutamise perspektiivplaani järgmiseks aastakümneks. Et polikliinilise arstiabi mahtu suurendada, tuleb just polikliinikutes suurendada arsti ametikohtade arvu. Meie vabariigi tervishoiuasutuste palgafond võimaldab märksa operatiivsemalt paigutada ajutiselt arste tööle polikliiniku nõrgematesse töölõikudesse. Haiglavalvesse mitte määrata neid arste, kes on polikliinikus töoga ülekoormatud.

Polikliinikutes vajame spetsialiste, kes valdavad oma erialal kõiki diagnoosimisvõtteid ning kelle kasutada oleksid ajakohased diagnoosimisvahendid ja aparatuur ning ravigabinetid.

Polikliinikus on tähtis töölõik dispansseerimine, see kajastab kliinitsistide profülaktilist tööd. Ehkki võime tuua häid näiteid dispansseerimise efektiivsuse kohta, on see sageli ikkagi vaid formaalne ning madala kvaliteediga. Esmajärguline tähtsus on iseseisva kardioloogiatalituse loomisel ja sellest tulenevalt adekvaatse arstiabi andmisel südame isheemiatõbe põdejatele.

Jätkub haiglavälise psühhonarkoloogiatalituse väljaarendamine ning täiustamine. On väga oluline senisest aktiivsemalt tegelda selgituse ja propagandaga suitsetamise vastu.

Stomatoloogilises arstiabis on esmajärgulise tähtsusega saneerida koolieelikute, kooliõpilaste, tehnikumide õpilaste, eelkutseealiste ja kutseealiste hambad ning tegelda kaariese profülaktikaga.

Veneroloogiliste haiguste tõrjes peavad meie vabariigi tervishoiuorganid ja veneroloogiatalitus muutma senisest asjalikumaks koostöö siseasjade osakonnaga ning leidma võimaluse asotsiaalsete ja teatavate psüühikahäiretega isikute regulaarseks läbivaatuseks suguhaiguste suhtes.

Tänavuse aasta vältel koostatakse perspektiivplaani tulevaste keskuste tervishoiuasutuste, sealhulgas ka polikliinikute, asukoha, optimaalse suuruse ning struktuuri kohta. Eriti läbimõeldud polikliinilise arstiabi süsteemi vajavad Tallinn, Tartu, Kohtla-Järve ja Narva. Uutes polikliinikutes peavad senisest paremad olema taastusravi võimalused.

In memoriam

ENDEL KAMA

19. VI 1919 ... 15. V 1979



Eesti NSV meditsiiniüldsust on tabanud korvamatu kaotus. 15. mail lahkus jäädavalt meie hulgast Eesti NSV tervishoiuministri esimene asetäitja, Eesti NSV teeneline arst, arstiteaduse doktor, Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna hügieeni kateedri professor Endel Kama.

Endel Kama sündis 19. juunil 1919. aastal Elvas töölis perekonnas. Lõpetas 1940. aastal Tallinnas Gustav Adolfi

Gümnaasiumi ja alustas samal aastal õpinguid Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonnas. Kolmandal kursusel ta haigestus ning õppetöö tuli katkestada aastateks. Poolelijäänud õpinguid sai ta jätkata alles 1947. aastal, arstiteaduskonna lõpetas 1950. aastal.

E. Kama esimene töökoht oli Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi- ja Profülaktilise Abi Valitsuses. Töötades algul inspektorina, hiljem juhataja asetäitjana, samal ajal ka Tallinna Linna Tuberkuloosihaiglas ftisiokirurgina, näitas E. Kama peagi, et ta mõistis haiget inimest ja oma arstikohustusi suurepäraselt. Lühemat aega töötas ta Nõmme Tuberkuloositõrje Dispanseris osakonnajuhatajana ja aastail 1958 ... 1959 ka Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi tuberkuloosisektoris nooremteadurina. 1959. aastal määrati E. Kama Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarstiks, samast ajast alates oli meie vabariigi peaftisiaater. Ta oli kõrgema kategooria ftisiaater. Võimeka tervishoiujuhina edutati E. Kama 1966. aastal Eesti NSV tervishoiuministri esimese asetäitja ametikohale.

1961. aastast kuulus E. Kama Nõukogude Liidu Kommunistliku Partei ridadesse.

Rahvatervishoiualase ulatusliku organisatsioonilise töö kõrval suutis E. Kama ka teaduses palju ära teha. 1960. aastast õppis ta N. I. Pirogovi nimelises Moskva II Meditsiiniinstituudi mittestatsionaarses aspirantuuris, mille lõpetas 1967. aastal kandidaadiväitekirja kaitsmisega. Järgmistel aastatel tegeles E. Kama ftisiaatria ja pulmonoloogia arengu analüüsiga meie vabariigis ning 1976. aastal kaitses ta doktoriväitekirja «Ftisiaatria ja pulmonoloogia arengu teid tuberkuloosihaiigestumuse vähenemise taustal (Eesti NSV andmeil)». Arstiteaduse doktori kraad anti talle 1977. aastal. E. Kama doktoritöös esitatud soovitused aprobeeriti ning võeti kasutusele meie vabariigi ravi- ja profülaktikaasutustes ning soovitati rakendada ka teistes liiduvabariikides.

1978. aasta veebruaris valis Tartu Riikliku Ülikooli nõukogu E. Kama ars-

titeaduskonna hügieenikateedri profesori ametikohale, kus ta hakkas üliõpilastele lugema sotsiaalhügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kursust.

Oma uurimustes käsitles E. Kama peamiselt tuberkuloosi ja tervishoiuorganisatsiooni probleeme, avaldades üle 60 teadusliku artikli. Ta on korduvalt esinenud teaduslike ettekannetega kongressidel ja konverentsidel ka välismaal: New Yorgis, Tokios, Mexicos, Helsingis ja mujal. Teadusliku ja organisatoorse tegevuse eest võitluses tuberkuloosi vastu määrati E. Kamale koos kollektiiviga 1977. aastal Nõukogude Eesti preemia teaduse alal.

E. Kama suutis rikastada oma mõttega iga tööharu. Kogu oma jõu, teadmised ja arstioskused ning organisatõivõimed andis ta rahvatervishoiu edendamiseks. Ta oli Vabariikliku Ftisiaatrite Teadusliku Seltsi esimees, palju aastaid TRÜ arstiteaduskonna nõukogu liige, Üleliidulise Ftisiaatrite Seltsi ning NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi hingamiseldundite patoloogia probleemikomisjoni liige, samuti Rahvusvahelise Tuberkuloositõrje Assotsiatsiooni ning Rahvusvahelise Tuberkuloosiepidemioloogia Komitee liige. Aastaid kuulus E. Kama üleliidulise ajakirja «Советское здравоохранение» toimetuse nõukogusse.

Eeskujuliku töö eest oli teda autasustatud Tööpunalipu ordeniga, ordeniga «Austuse märk» ja Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjadega. 1965. aastal anti talle Eesti NSV teenelise arsti aunimetus.

Rasket ja vastutusrikast arstitööd hakkas E. Kama hindama ja austama juba koolipingis. Arstiteaduskonna üliõpilasena ja arstina ei jätnud haigega suhtlemisel delikaatsus ja taktitunne teda kunagi maha. Väga nõudlikuna enese vastu, väga leppimatuna ükskõiksuse ja pealiskaudsuse suhtes argitõõs, väga ausameelsena põlgas ta arstitööd kahjustavat ebasiirust. Tema aeg nõudis viivitamatut võitlust tuberkuloosi vastu, see oli üks tähtsamaid tervishoiuprobleeme, see oli tema elutöö.

Nii jäagitult kui Endel Kama oli kol-

me aastakümne jooksul kogu oma südamejõu ja arstivõimed andnud haigete heaks ning tuberkuloosi vastu võitlemiseks, niisama jäagitult püüdsid meie arstid ja arstiteadlased tema haiget südant tervendada, tuua teda tagasi meie hulka. Kuid tema süda oli liiga väsinud.

Endel Kama surmaga kaotas meie vabariigi arstikond ja tervishoiusüsteem suurepärase organisaatori, teadlase ja pedagoogi, kelle rajatud spetsialiseeritud arstiabi süsteem koos meie uute haiglate ja polikliinikutega on tema ideede ja elutöö monumendiks.

Mälestus suurepärasest inimesest, oma arstioskusi heldelt jaganud tervishoiujuhist ja tõsimeelsest teadlasest jääb kustumatuks, tema isiksus meie arstikonna ning arstiteadlaste mõtteis ja meeles unustamatuks.

UDO TARVE

30. IV 1934 ... 16. III 1979

16. märtsil lahkus ootamatult oma parimas loominguemas TRÜ arstiteaduskonna prodekaan kasvatusel alal, teaduskonna parteibüroo liige, biokeemia kateedri kauaaegne õppejõud ligemale 20 aasta jooksul professor Udo Tarve, kelle nimega on olnud seotud neurokeemia areng TRÜ-s.

U. Tarve sündis 30. aprillil 1934 Tallinnas teenistuja perekonnas. 1945. aastal sai temast tartlane. Lõpetas Tartu 1. keskkooli 1953. a., oli juba koolipoisina vabariigi silmapaistev maletaja. 1959. aastal lõpetas ta TRÜ arstiteaduskonna raviosakonna kiitusega. Lühiajalise töötamise järel Vabariiklikus Psühhoneuroloogiahaiglas astus ta 1959. aastal aspirantuuri biokeemia erialal ja lõpetas selle kandidaadiväitekirja kaitsmisega 1963. aastal. Jätkus õppejõutöö, mis oli alanud aspirantuuris: biokeemia kateedri assistent, vanemõpetaja, 1971.



aastast dotsent ja 1977. aastast professor.

1967. aastal võeti U. Tarve vastu NLKP liikmeks.

U. Tarve luges arstiteaduskonna üliõpilastele biokeemia, füüsikalise ja koloidkeemia ning orgaanilise keemia kursust, suhtudes nii õppe- kui ka kasvatustöösse, õppemetoodika uuendamisse ja oma teadmiste täiendamisse loovalt, vastutus- ja kohusetundega. Nii üliõpilaste kui ka kolleegide silmis oli ta erakordselt täpne, korrektne ja autoriteetne pedagoog.

U. Tarve teadushuvid neurokeemia valdkonnas tärkasid juba üliõpilasaastail ja süvenesid aspirantuuri- ning tööaastate vältel. Sihipärase uurimistöö käigus kateedris ning stažeerimise tulemusena 1965...1966 Tšehhoslovakkias ja 1969...1970 Taanis kujunes U. Tarve erudeeritud teadlaseks. 1975. aastal kaitses ta doktoriväitekirja ja 1976. aastal anti arstiteaduse doktori kraad. Temalt pärineb üle 60 teadusliku publikatsiooni vabariiklikes ja üleliidulistes väljaannetes, need käsitlevad mitmeid neurokeemiaprobleeme, eriti aju membraansüümi, naatriumi ja kaa-

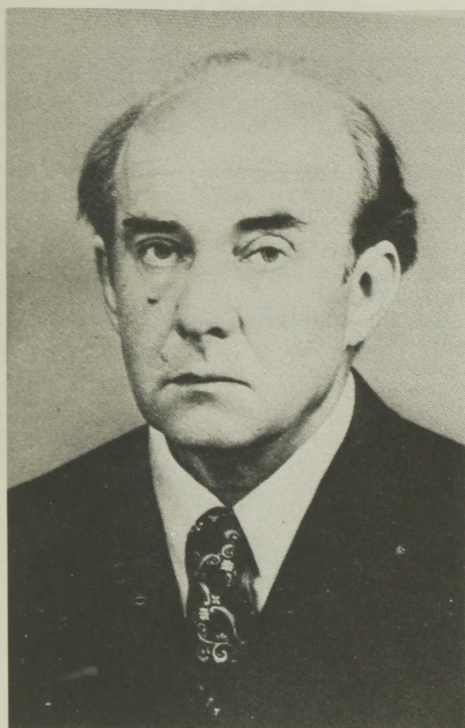
liumi poolt aktiveeritava adenosintri-fosfataasi, puhastamist; ensümaatilisi, eriti kooperatiivseid omadusi ja selle ensüümi osa neurotroopsete ainete toimemehhanismis. Esinedes regulaarselt sümposiumidel ja konverentsidel, tekkis tal tihedaid teaduskontakte kodu- ja välismaa väljapaistvate teadlastega ning tema teadustöö tulemused said tunnustuse osaliseks. Tema juhendamisel on valminud kaks kandidaadiväitekirja. 1973. aastast alates juhendas ta rahvamajandusele olulisi lepingutöid.

Kohusetundlikult ja edukalt täitis U. Tarve ühiskondlikke ülesandeid. Ta oli teaduskonna parteibüroo liige aastail 1971...1973 ja uuesti alates 1976. aastast. Palju jõudu kulutas ta kasvatustööle prodekaanina alates 1975. a. Ta oli Üleliidulise Biokeemikute Seltsi kauaaegne teaduslik sekretär ja TRÜ mitme erialanõukogu liige. Ta käis paljudel vabariiklikel, üleliidulistel ja rahvusvahelistel maleturniiridel.

U. Tarve tulemusrikast tööd ülikoolis oli korduvalt ära märgitud, küll TRÜ rektori käskkirjaga, küll EKP Tartu Linnakomitee ja RSN Täitevkomitee aukirjadega.

Kõikide kolleegide, õpilaste ja üliõpilaste südamesse jääb helge mälestus Udo Tarvest kui võimekast pedagoogist, viljakast teadlasest ja inimesest, kelle erakordselt kohusetruu töösse suhtumine ja ülimalt korrektne käitumine on eeskujuks meie igapäevaste tööülesannete täitmisel.

Kolleegide nimel Lembit Tähepõld



4. aprillil 1979. aastal suri ootamatult Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalbioloogia Instituudi protozoologia sektori vanemteadur Harry Davidi p. Lõiv.

H. Lõiv sündis 23. mail 1923. aastal Tartus, kus omandas alg- ja keskhari- duse ning pärast TRÜ arstiteaduskonna lõpetamist 1951. aastal arstikutse. Juba õpinguaastatel kõrgkoolis köitis teda mikrobioloogia. Ta oli ÜTÜ mikrobioloogiaringi asutajaliige ja selle esimene esimees. Olles aktiivsemaid osalejaid ringi tegevuses, omandas ta mikrobioloogia alal nii hea teoreetilise baasi kui ka väärtuslikud praktilised kogemused. Seepärast suunati ta kohe pärast TRÜ lõpetamist spetsialistina vastutusrikkale juhtivale tööle: algul Rapla Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarstiks ja 1953. aastal Tallinna Linna

Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama bakterioloogialaboratooriumi juhatajaks. 1958. a. siirdus ta tööle Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituuti, 1960. a. aga Merimetsa Haiglasse bakterioloogiaosakonna juhatajaks. Sellel ametikohal koguski ta hulgaliselt materjali, mille süstemaatilisel uurimisel ja analüüsimisel saadud tulemused ja nendest lähtuvad ettepanekud on väärtuslik panus laste seedehäirete diagnoosimisele. Selle uurimistöö põhjal valminud dissertatsiooni kaitsmise järel anti H. Lõivule 1974. a. arstiteaduse kandidaadi kraad.

1970. aastal asus lahkunu tööle protozoologia sektorisse ning viimastel aastatel oli tema peamine uurimisteema algloom ja bakteri interaktsioon. Selles sektoris tegi ta vanemteadurina ja töörühma juhina ühtlasi ära suure töö Ülemiste järve vee mikrofloora ja profofauna määramisel ning töötas välja teoreetilised alused tallinlaste joogivee kvaliteedi tõstmiseks osoneerimise teel.

Pikemat aega oli H. Lõiv ka pedagoog Tallinna Meditsiinikoolis ja TPI-s. Ta oli avaldanud üle 30 teadusliku publikatsiooni, lisaks sellele arvukalt populaarteaduslikke artikleid. Aktiivselt osales ta teaduslike seltside töös — Protozooloogide Üleliidulise Ühingu Eesti Osakonnas ja I. I. Metšnikovi nimelise Epidemioloogide, Mikrobioloogide ja Infektsionistide Seltsis, kuuludes viimase juhatusse. Teda oli autasustatud rinnamärgiga «Kommunistliku töö eesrindlane».

H. Lõivu viljaka tegevuse katkestas surm, ent mälestus andekast ja heast spetsialistist jääb.

Töökaaslased

Uusi ravimeid

FENKAROOL

(Phencarolum, фенкарол)

Keemiliselt on kinuklidüül-3-difenüülkarbi-
noolhüdrokloriid. Mõjus antihistamiinse ja
antiallergilise toimega ravim. Võrreldes muu-
de sama farmakoloogilise rühma preparaati-
dega avaldab fenkarool valikuliselt tugevamat
antihistamiinset toimet. Erinevalt dimedroo-
list ja diprasiinist ei pärsi kesknärvisüsteemi,
ei avalda adrenolüütilist ega märgatavat koli-
nolüütilist toimet.

Fenkarool on vähe toksiline. Ravimit talu-
takse hästi. Ta on näidustatud pollinooside
korral, ägeda ja kroonilise nõgestõve, angio-
neurootiliste tursete, heinapalaviku, allergi-
liste riniitide, dermatoside (ekseemide, neu-
rodermiitide, nahakiheluse jm.), allergiliste
tüsistuste puhul, mis on tekkinud pärast mõne
ravimi või toiduaine kasutamist.

Fenkarooli võetakse sisse pärast sööki
0,025...0,05 g 3...4 korda päevas. Ravi kes-
tus sõltub haiguse laadist ja kulust, ravi kes-
tab keskmiselt 10...12 päeva.

Alla kolme aasta vanustele lastele antakse
fenkarooli 0,005 g 2...3 korda päevas, 3...7-
aastastele 0,01 g 2 korda päevas; 7...12-aas-
tastele 0,01...0,015 g 2...3 korda päevas, üle
12 aasta vanustele 0,025 g 2...3 korda päevas.

Kõrvaltoimena võivad mõnikord tekkida
kuivustunne suus, kõhulahtisus ja kõhuvalu,
mis mööduvad iseenesest või ravimi annuse
vähendamisel.

Märgatava sedatiivse toime puudumine või-
maldab fenkarooli määrata ka neile, kelle
kutsetöö nõuab kiiret kehalist või psüühilist
reageerimist (sõidukijuhid jt.). Teatavasti pole
neil inimestel töö ajal lubatud kasutada
dimedrooli, diprasiini ega muid antihista-
miinseid ravimeid.

Alati tuleb silmas pidada, et patsient võib
olla mõne ravimi vastu ülitundlik. Seepärast
tuleb enne fenkaroolravi alustamist kindlaks
teha, kas see ei põhjusta unisust ja kas ta ei
avalda sedatiivset toimet.

Ettevaatust nõuab fenkarooli manustamine
haigetele, kes põevad raskeid südame ja vere-
soonte, mao- ja soolte või maksahaigusi, aga
ka neile, kellel on madal vererõhk. Ravimit ei
ole soovitatav kasutada kolmel esimesel rase-
duskuul.

Pakend, milles on 50 tabletti à 0,025 g fen-
karooli, maksab 2 rubla 52 kopikat. Kodu-
maine ravim.

SÜMOSAAN

(Зумосан n, зимозан)

Sümosaan on biopolümeer, mida toodetakse
pärmist. Vees ja alkoholis lahustumatu hele-
hall pulber, mis annab isotoonilise naatrium-
kloriidilahusega ühtlase suspensiooni.

Sümosaan on vereloome mittespetsiifiline
stimulaator, nõrgendab röntgenkiirituse ja
kasvajaravimite pärssivat toimet vereloo-
messe.

Sümosaan on näidustatud eri paiknevusega
pahaloomuliste kasvajate kompleksravis, kui
vereloomet on vaja kaitsta kiirituskahjustuste
ja tsütostaatiliste ravimite kõrvaltoime eest.
Manustatakse ka pärsitud vereloome taasta-
miseks.

Sümosaani süstitakse lihasesse ülepäeviti,
korraga 2 mg. Sõltuvalt haige verepildist ja
üldseisundist tehakse 5...10 süsti. Kui on tek-
kinud leukopeenia või on kalduvus selleks,
süstitakse sümosaani kas enne kiiritamist või
samal ajal kiiritamise ja keemilise raviga.
Sümosaani ei kasutata leukotsütoosi korral,
samuti kaugelearenenud kasvajate puhul, kui
esineb metastaase maksas.

Sümosaani toodetakse suspensioonina 1 mg
ühes milliliitris isotoonilises naatriumkloriidi-
lahuses. Ravimit säilitatakse jahedas ja kuivas
kohas.

10 ampulli à 2 ml maksab 62 kopikat.

Defitsiitne kodumaine ravim.

Aino Jürison

**Suitsetamise vastu peetava sihipärase võit-
luse tähtsus.** Enamikus maailma maades pee-
takse suitsetamise ja tervise probleeme kõige
tähtsamaks tervishoiukorralduses ning samal
ajal tervishoiupoliitika kõige komplitseeritu-
maks osaks. Juba 1975. aastal fikseeris Üle-
maailmne Tervishoiuorganisatsioon oma sei-
sukoha suitsetamise kohta järgmiselt: suitse-
tamisest tekitatud haigused on paljudes ma-
des niivõrd sageli invaliidisuse ja enneaegse
surma põhjused, et sigarettide tarbimise vä-
hendamine võib tervishoiu üldseisundit enam
parandada ja inimeste eluiga rohkem piken-
dada kui mis tahes teine ettevõtmine kogu
profülaktilise meditsiini valdkonnas.

Deine Gesundheit, 1979, 2.

Quaestiones linguae Estonicae in medicina

MEDITSIINITERMINOLOOGIA KOMISJONIS

Meditsiiniterminoloogia komisjoni koosolekul 7. detsembril 1978 arutati peamiselt TRÜ arstiteaduskonna füsioloogia kateedri saadetud termineid (14 leheküljel), mida kasutatakse hingamisfunktsiooni uurimisel.

Tehti rohkesti redaktsioonilist laadi märkusi ja diskuteeriti eriti ingliskeelses kirjanduses kasutatava terminite tähistuse üle.

Komisjon asus seisukohale, et termineid tuleks siiski tähistada, sest nad on juba küllalt laialt tuntud ja võimaldavad säästa kirjutiste trükiruumi. Hingamisfunktsiooni uurimisel kasutatav terminoloogia tervikuna tuleks enne trükis avaldamist kooskõlastada arstiteaduskonna kateedrite ja ka füüsika kateedrite vahel, arvestades meditsiiniterminoloogia komisjonis tehtud märkusi ja soovitusi.

Teiseks olid arutusel üks kohapeal tõstatatud ja professor R. Looga saadetud terminid, millest paaril oli mõningaid erinevusi hingamisfüsioloogia uurimisel kasutatavatest terminitest ning kuuluvad seetõttu samuti kateedritevahelisele kooskõlastamisele.

Meditsiiniterminoloogia komisjon soovib kasutada järgmisi termineid:

1. **Punnestus, punnestama** (вн. *натуживание*, ingl. *straining*, sks. *Pressung, Pressatmung*); see on tegevus, mis esineb raskuste tõstmisel, sünnitamisel, kõhimisel või muu sellise korral ning on seotud kopsusisese rõhu tõusuga.

2. **Venoosne naas, naasu** (вн. *венозный*

возврат, ingl. *venous return*, sks. *der venöse Zurückfluss*) on vere hulk, mis voolab suu- rest vereringest ühe minuti jooksul õõsveenide kaudu tagasi südamesse.

3. **Acidosis metabolica** on tõlgitud kui **metabolistlik** (vt. «Nõukogude Eesti Tervishoid», 1971, 1, 71) ja ka **metaboolne atsidoos** (käibel arstide hulgas).

Meditsiiniterminoloogia komisjon on arvamusel, et mõlemat vormi tuleb pidada õigeks. Sealjuures oleks lühemal sõnakujul **metaboolne** esikohal tähendus 'muutuslik, kuju muutev' (vt. «Võõrsõnade leksikon», Tallinn, 1979), teisel kohal aga 'ainevahetuslik'. Tähen- duste segiajamist väldib kontekst.

Meditsiiniterminoloogia komisjoni seitsmendal koosolekul 2. veebruaril 1979 arutati kõigepealt vabariikliku terminoloogiastandardi «Tööohutus. Põhimõisted. Terminid ja määratlused» projekti, mille oli esitanud Majanduse ja Planeerimise TU Laboratoorium.

Komisjon tegi 17 terminist ja nende määratlusest koosneva standardi projektis 11 parandust ja täpsustust. Standardi jõustumisel on seal fikseeritud terminid kohustuslikud kasutamiseks kõigis eestikeelsetes dokumentides, õpikutes, tehnika- ja teatmekirjanduses.

Komisjoni sekretär informeeris kohalolijaid terminoloogi töö kohta 29 vabariiklikule teadusseltsile saadetud ringküsitluse tulemustest. Vastused saabusid 18 seltsilt. Terminoloogiaküsimustega on tegeldud kaheksa seltsi koosolekutel. Kardioloogide Vabariiklik Selts on korraldanud ühe terminoloogiaalase koosoleku koos Rakvere Arstide Seltsiga. Farmatseutide Teaduslik Selts on võtnud terminoloogia sektsiooni moodustamise 1979. a. tööplaani.

Arutati ka meditsiiniterminoloogia komisjonile saabunud üksiktermineid.

1. Arstkonnas on tendents kirjutada naatrium-, kaalium- ja kaltsiumveresuse tähistusi ühtsel kujul, seega kas **hüpo(hüper)-kalieemia**, **-natrieemia** ja **-kaltsieemia** või **hüpo(hüper)kaleemia**, **-natreemia** ja **-kaltsieemia**.

Nende terminite kirjapilti siiski ühtlustada ei saa, sest kõik oleneb sõna tüvest. Komisjon pöördus selgituse saamiseks TRÜ õppejõu dotsent R. Kleisi poole, kelle vastusest peamise osa alljärgnevalt avaldame.

«Kreeka keelest, kuhu sõna on tulnud araabia keelest, tuletatud keskladina keele sõna *natrium* tüvi on *natr-*, ladina sõnal *calc* 'lubi', gen. *calcis* on tüvi *calc-*, seega on *natreemia* ja *kaltseemia* õiged sõnavormid. Samuti on lugu sõnaga *kaliaemia*, kus tüveks on *kali-* (araabia *kali* 'sooda'), seega võib ka *kalieemiat* pidada õigeks sõnakujuks.»

2. Paljude keelte eeskujul peaks faarünk-sisse puutuv, neelu-, neeluõõne' ka eesti keeles olema *farüంగాalne*, «Võõrsõnade leksikon» (1978) aga toob sõnakuju *farüంగాalne*.

Komisjon on seisukohal, et «Võõrsõnade leksikonis» on ilmselt tegemist *lapsus calami*'ga.

Farüంగాal(ne) ja *larüంగాal(ne)* on lingvistilised mõisted ja tähendavad teatavat häälikuliiki, sellesse häälikusse puutuvat. Meditsiinterminina on aga õige *farüంగాalne*, *larüంగాalne* (vt. ka G. Arnaudov «Terminologia medica polyglotta», Sofia, 1964).

3. Südame pärgarterite *ramus circumflexus* on tõlgitud mitmeti: *ümberkoolde haru*, *ringharu*, *ümbritsev haru*, *ringikaardunud*, *ringjas (haru)*.

Otsustati: adekvaatne vaste on *ümbritsev haru*.

Ilmar Laan

NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Farmakoloogiakomitee psühhofarmakoloogia keskus jätkab väljaande «Juhendid alkoholismihaigete raviks kasutatavate preparaate kohta» ilmutamist trükis. Selle eesmärk on meditsiiniüldsusele veelgi paremini tutvustada mitmesuguste ravivahendite sihipärase kasutamise meetodeid alkoholismihaigete ravimisel.

1978. aastal ilmus selle juhendite kogumiku kolmas väljaanne, milles tuuakse teavet järgmiste preparaate kasutamise kohta: abrifiid, damileen-maleinaat, metronidasool, nikotiinhape, stasepiin, fenasepaam, frenoolon, fluoroatsüsiin, eleenium, etapürasiin.

Trükiks ettevalmistamisel on neljas väljaanne, milles tutvustatakse nii tuntuid kui ka mitut uut alkoholismiravimit. Juhendite kogumikud saadetakse raviasutustesse laiali liiduvabariikide tervishoiuministeeriumide ja oblastite ning linnade tervishoiuosakondade vahendusel.

Экспресс-информация (Новые лекарственные препараты), 1979, 2

Kroonika

TERVISHOIU MINISTEERIUMIS

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumi ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumi ühisel istungil 30. jaanuaril 1979. a. tehti kokkuvõtteid üleliidulisest naistöötajate töö-, olme- ja puhketingimuste ühiskondlikust ülevaatusest meie vabariigis. 1977...1978. aasta töötulemuste põhjal tunnistati parimaks **Narva Linna Haigla** (peaarst M. Silland, ametiühingukomitee esimees J. Danilenko) ja **Tallinna Pelgulinna Haigla** (peaarst V. Ilmoja, ametiühingukomitee esimees H. Vakkur).

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumi ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumi autasustasid rinnamärgiga «X viisaastaku eesrindlane» järgmisi tervishoiutöötajaid, kes on edukalt täitnud oma tööülesanded ja sotsialistliku võistluse kohustused:

Bugajeva, Aleksandra Ilja t. — Tallinna Merimetsa Haigla peaarst asetäitja polikliinilisel alal

Jannus, Lii Eduardi t. — Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi pulmonoloogiasakonna juhataja

Jekimov, Georg Mihhaili p. — Vabariikliku Koondise «Eesti Meditsiinitehnika» remondi-ettevõtte elektrimehaanik

Kööbi, Urmo Oskari p. — Tartu Kliinilise Haigla reanimatsiooniosakonna juhataja

Loogus, Heldur Arturi p. — Tartu Linna Polikliiniku kardioloog

Peedu, Aino Pauli t. — Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla pearaamatupidaja

Rinken, Truuta Karli t. — Võru Rajooni Keskaigla apteegi juhataja

Rohtmaa, Aime Mihkli t. — Võru Rajooni Keskaigla apteegi juhataja

Sakk, Virve Konstantini t. — Kiviõli Linna Haigla polikliiniku vanemmeditsiiniõde

Tarask, Milvi Teodori t. — Narva Linna Haigla apteegi juhataja

Jüri Ennet

Soome Sotsiaalhoolduse ja Tervishoiu Ministeeriumi ning Soome Arstide Seltsi kutsel viibis tänavu 7...12. jaanuarini Soomes Eesti NSV tervishoiuminister professor V. Rätsep. Külaskäigu eesmärk oli tutvuda sealse tervishoiukorraldusega, raviasutustega ning osa võtta Soome arstide päevadest, mille põhi-teema oli perekonnatervishoiu probleemid. Arstide päeva juhtlauseks oli «Terve perekond — terve ühiskond». Selle iga-aastase kokkutuleku eesmärk on arstide kvalifikatsiooni tõstmine. Selgi korral toimus viie päeva jooksul 58 sektiiooniistungit. Samas oli avatud ulatuslik näitus, väljapanekud pärinesid Soome ning Euroopa teiste riikide farmaatsia- ja meditsiinitehnika firmadelt.

Professor V. Rätsep võttis osa tervishoiuorganisatsiooni sektiiooni istungist, kus pidas ka ettekande, milles tutvustas ja selgitas sotsialistliku tervishoiusüsteemi põhilauseid ning peatus üksikasjalikult territoriaalse arstijaoskonna tegevusel, laste ja emade arstiabil, tsehhiarstide kohustustel. Samas vastas ta paljudele küsimustele NSV Liidu tervishoiukorralduse kohta. Hiljem toimunud pressikonverentsil esitas professor V. Rätsep veel täiendavaid selgitusi lisaks istungil öeldule.

Seejärel viibis ta Espoo linna raviasutustes, spetsialiseeritud haiglates, kus tema tähelepanu köitsid röntgenologiaosakond, laboratoorium ning automatiseeritud ja laitmatu tehnilise varustusega toidublokk (Soome firma «Merivaara» toode).

Professor V. Rätsep oli ka Soome sotsiaalhooldus- ja tervishoiuministri Pirkko Työläjärvi vastuvõtul, kes tundis suurt huvi nõukogude tervishoiukorralduse vastu, eriti esmase arstiabi vastu. Minister P. Työläjärvi avaldas arvamust, et NSV Liidu ja Soome vahel valitsevad väga soodsad tingimused koostöö arendamiseks nii tervishoiu vallas kui ka teaduslike ühisuurimistööde tegemiseks, eriti onkoloogias ja vähiregistri alal. Sobivad asutused selleks koostööks on Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut, Tampere Ülikool ja Soome Vähitõrje Selts. Vastuvõtul viibisid ka Soome sotsiaalhooldus- ja tervishoiuministri alaline asetäitja K. Puro, Soome Sotsiaalhoolduse ja Tervishoiu Ministeeriumi rahvusvaheliste sidemete osakonna ülem A. Välikangas, professor E. Kivalo, dotsent O. Gorbatov jt.

Huvipakkuv oli tutvuda Helsingi Ülikooli kliinikutega Meilahti haiglas. Selle haigla röntgenologiaosakonnas diagnoositakse ultraheli abil ka hemiskanneerimise teel. Viimane meetod asendab 80% röntgenkontrasteid uuringuid. Laboratooriumid on varustatud automaataparatuuri ja -seadmetega, mida toodab Soome firma «Olli». Niisugune laboratoorium on suure võimsusega ning asendab 95% laborantide tööst.

Vello Laos

5. märtsil 1979 toimus TRÜ aulas Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi pidulik avamiskoosolek. Eesti NSV kõrg- ja keskerihariduse minister I. Nuut andis instituudi perele edasi parimad soovid ja rääkis uue teadus- asutuse tähtsamaist ülesandest. Instituudi asutamislööst andis ülevalate arstiteaduskonna dekaani kohusetäitja professor A.-E. Kaasik. Instituudi struktuurist ja tegevussuundadest kõneles selle direktor dotsent A. Kallikorm.

Instituut ühendab arstiteaduskonna teaduslikud allüksused, võimaldades seega veelgi paremini kasutada kliinilises uurimistöös fundamentaalteaduste saavutusi ning efektiivsemalt rakendada teadlaskaadrit arstiteaduse ja meditsiinipraktika edendamiseks. Hormonaalse regulatsiooni, immunoloogia ja immunopatoloogia laboratooriumid moodustavad instituudi regulatsiooniprotsesside osakonna, koronaarkirurgia, anestezioloogia, röntgenkontrastainete ja ajuvereringehaiguste laboratooriumid aga vereringe füsioloogia ja patoloogia osakonna. Peale nende kuuluvad instituudi koosseisu eksperimentaalse ja kliinilise psühhofarmakoloogia, molekulaarse ja funktsionaalse ensümolooia, molekulaarbioloogia, mikroobide ökoloogia, geneetika ja molekulaarse tsütoloogia ning enteroloogia laboratoorium.

Instituudi põhimäärus on juba koostatud ja TRÜ nõukogu on selle kinnitanud. Instituudil on II kategooria, koosseisus üle 130 töötaja.

Põhilisi tegevussuundi on kolm: kohastumis- ja kompensatorsete protsesside regulatsioonimehhanismide ja immunoloogiliste aspektide uurimine normis ning haigusseisundite korral; vereringe füsioloogia ja patoloogia põhiküsimuste uurimine, eriti koronaarpuudulikkuse varajase diagnoosimise ja ravi meetodite väljatöötamine; geneetilise informatsiooni transkriptsiooni ja translatsiooni uurimine.

Koronaarkirurgiast kõneles arstiteaduse doktor T. Sulling, tervishoiuministri asetäitja O. Tamm tervitas kohalolijaid Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi nimel.

Silmapaistvate saavutuste eest teaduses ja teadustöö organiseerimisel pälvisid Eesti NSV Kõrg- ja Keskerihariduse Ministeeriumi aukirja TRÜ õppejõud professorid J. Saarma, E. Raudam ja A. Lenzner ning dotsent A. Lind, kellele minister I. Nuut TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi pidulikult avamisel aukirjad kätte andis.

Eesti NSV kõrgkoolide üliõpilasteaturid kohtusid ÜTÜ seminaripäevadel Viitnas märtsikuu viimasel nädalal. Vabariikliku nõukogu esimehe dotsent J. Tammeoru kokkuvõtlikus ettekandes oli huvipakkuvaid tähelepanekuid. ÜTÜ tööst üldse võtab osa 83%

TRÜ üliõpilastest, teaduslikesse ringidesse kuulub 57%. Vabariiklikel üliõpilaste teadustööde konkurssidel esitati TRÜ-st 1978. aastal 435 võistlustööd, millest 97 töö autoreid (22%) autasustati, üleliidulisele konkursile saadeti 36 tööd, millest medali või diplomi pälvisid 10. Üliõpilasi juhendavate õppejõudude arvu poolest on TRÜ meie vabariigi kõrgkoolide hulgas esimesel kohal (89%).

TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia kateedri dotsent H. Tihane viibis aasta algul Saksa FV-s, kus kümne päeva jooksul tutvus Hamburgi Eppendorfi Ülikooli uroloogiakliiniku tööga. Samuti käis ta Göttingenis Max Plancki nimelises Eksperimentaalmeditsiini Instituudis ning Göttingeni Ülikooli väga moodsas kliinikus, kus põhjalikumalt tutvus uroloogiakliinikuga.

* * *

Aprillikuu algul toimunud Eesti NSV Ülemnõukogu tervishoiu- ja sotsiaalhoolduskomisjoni istungil arutati kümnenda viisaastaku plaanide täitmist meie vabariigis tervishoiu ja sotsiaalhoolduse alal. Istungit juhtas komisjoni esimees E. Saia, ettekandeid esitasid tervishoiu- ja sotsiaalhooldusministri esimene asetäitja E. Kama ja sotsiaalhooldusminister O. Sarri.

Kümnenda viisaastaku kolme aastaga on järjekindlalt paranenud spetsialiseeritud arstiabi, hulgaliselt on kasutusele võetud uusi ajakohaseid diagnoosimis- ja ravimeetodeid. On paranenud ravi- ja profülaktikaasutuste varustus aparatuuri ning sisseseadega. Pidevalt on suurenenud arstide arv, arstide kvalifikatsiooni tõstmise plaanid on ületatud.

Ebarahuldavalt kulgeb aga tervishoiu- ja sotsiaalhooldusasutuste ehitamine, ei kasutata täielikult ära kapitaalremondiks ettenähtud vahendeid. Rajoonide ja vabariigilise alluvusega linnade rahvasaadikute nõukogud ja nende täitevkomiteed, välja arvatud Põlva Rajooni RSN Täitevkomitee, on veel vähe tähelepanu pööranud tervishoiu- ja sotsiaalhooldusasutuste ehitamisele koostöökoostööga.

Eesti NSV Ülemnõukogu tervishoiu- ja sotsiaalhoolduskomisjon soovitas mõlemal ministriumil põhjalikult analüüsida majandusliku ja sotsiaalse arengu 1979. aasta riikliku plaani täitmise käiku, samuti kavandada abinõud ehitusplaanide täitmiseks. Rajoonide ja vabariigilise alluvusega linnade rahvasaadikute nõukogude täitevkomiteede tähelepanu juhiti vajadusele tagada tellijapoolsete materjalide ja seadmete õigeaegne üleandmine ehitajatele ning veel kord läbi vaadata võimalused tervishoiu- ja sotsiaalhooldusasutuste ehitamiseks organisatsioonide koostöökoostööga vahenditega.

Kauaaegse kohusetruu töö eest ja seoses pensioniikka jõudmisega autasustati NSV Liidu

Ülemnõukogu Presiidiumi nimel Tööveterani medaliga järgmisi tervishoiutöötajaid:

Tallinna Linna Kliiniline Lastehaigla

Emilie Aavoja, Emmi Saukas.

Tartu Linna Polikliinik

Elsa Lätt, Helga Otsar, Irene Reiljan, Hilda Sock, Hilda Tamm, Helene Uin.

Jõgeva Rajooni Keskapteek

Leida Hermlin, Tiiu Kolk, Liidia Lehtsalu, Laine Maripuu, Renata Tammemäe, Fernande Väljaots.

Pärnu Linna Haigla

Vitali Dubassov, Elli Linnaste, Ivan Martõnov, Helve Tann.

Kauaaegse viljaka teadusliku ja pedagoogilise töö ning aktiivse ühiskondliku tegevuse eest autasustas Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidium 26. märtsil oma aukirjaga Tartu Riikliku Ülikooli biokeemia kateedri juhatajat, Eesti NSV teenelist teadlast professor Lembit **Tähpõldu** tema 50. sünnipäeva puhul.

NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidiumi seadluse põhjal 1979. aasta 28. veebruarist tähistatakse nõukogude teaduse päeva iga aasta aprillikuu kolmandal pühapäeval.

Tartu Kliinilise Haigla õdede esmakordne kutsevõistlus toimus märtsikuus kolmes vöorus. Võistlust alustas 496 meditsiiniõde haigla 31 osakonnast, igakülgset hinnati kogu aasta kutsetööd, poliitilist teadlikkust, ühiskondlikku tööd, õdede seltsist osavõttu, ka erialalt oli üks küsimus. Teises vöorus tuli vastata küsimustele kirurgia, teraapia, neuroloogia ja neurokirurgia, anestesioloogia ja reanimatsiooni, vereülekande, silma-, kõrva-, nina- ja kurguhaiguste erialalt. Sellest vöorust jõudsid kolmandasse vöoru 18 meditsiiniõde, neist paremad olid Vally Valge, Helju Külaots, Kaia Tover, Ilme Jõemets, Heldi Vatman ja Lea Leesik. Kolm viimati nimetatut olid võitnud nii osakondade kui ka erialavöistluse. Löppvöorus esitati küsimusi vältimatu ja kiirabi vallast, osakondade erialalt, tsiviilkaitsest ja poliitikast, kontrolliti nii teadmisi kui ka oskusi.

Vöitjaks tuli Silvi Kasepuu reanimatsiooni-osakonnast, kes sai vöidupreemiaks kuupalga ja tuusiku Saksa DV-sse. Teine koht kuulus Ilme Jõemetsale traumapunktist, kolmas koht Elvi Priskele reanimatsiooniosakonnast. Kummalegi preemia kuupalga ulatuses. Kommunistlikest noortest olid parimad Ljudmila

Gribenko üldkirurgiaosakonnast ja Tamara Kulikova hingamiskeskusest. Mõlemad said preemiaks turismituusiku lõunasse.

Kutsevõistlus õnnestus igas mõttes, tõi kasu kõigile, nii õdedele kui ka arstidele, kõikide osakondade tööle.

Tartu Linna Kiirabijaamas peeti kiirabi-velskrite kutsevõistlus. Kontrolliti oskusi elustamis- ja esmaabivõtete alal, lahastamisvõtete valdamises ning muus. Esikohale tuli Mai Ilves, kes sai preemiaks Bulgaaria RV-sse sõidu tuusiku, teisele Tiina Jurs, kolmandale kohale Ivi Luik. Võitjad said kingitusi, kõik osavõtjad mälestusmedalid.

1978. aasta lõpul oli Ungari RV-s Jászberény linnahaigla meedikutel külas Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri delegatsioon, kuhu kuulusid peaarsti asetäitja J. Beltšikov, onkoloog V. Afanasjev ja tollane osakonnajuhataja M. Kivilo. Sõidu eesmärk oli tööalaste kogemuste vahetamine, samuti tutvumise arstide kvalifikatsiooni tõstmise korraldusega. Nimetatud haigla on kujunenud juhtivaks gastroenteroloogiakeskuseks, kus arstide käsutada on suurepärase aparatuur ja sisseseade.

Hamburgi Vähikeskuse kutsel võttis möödunud aasta lõpul NSV Liidu delegatsiooni koosseisus osa samas toimunud rahvusvahelisest sümposionist «Väliskeskonna kantserogeenid» Tallinna Polütehnilise Instituudi dotsent J. Kann. Sümposionist osavõtjad olid enamikus praktiseerivad arstid. J. Kann käsitles oma ettekandes väliskeskonna saastatust kantserogeenide N-nitrosoühenditega, üldistas katsetulemusi, mis on saadud nende ühendite uurimisel. Ta külastas ka Heidelbergi Vähikeskust, kus samuti uuritakse N-nitrosoühendeid.

«Põllumajadustehnika» Põltsamaa koondises peeti aprilli algul tervisepäeva. Külalisarstid olid Tartust. Professor J. Riiv, Tartu Kliinilise Haigla peaarst L. Karu, tema asetäitja H. Kokk, vanemteadur V. Mölder rääkisid südamehaigustest, nende diagnoosimisest ja ravist ning muust huvitavast arstiteaduse vallas. Pärast öeldut-kuuldut alustasid Tartu arstid abivajajate vastuvõttu.

Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumil arutati 24. oktoobril 1978. a. vabariigi tervishoiuasutuste kommunistliku töö koolide tegevust 1977/1978. õppeaastal. Ettekande esitas osakonnajuhataja E. Stefanovskaja. Rõhutati, et tervishoiutöötajate kommunistliku maailmavaate igakülgset kujundamisel on kommunistliku töö koolide osatähtsus tunduvalt suurenenud. Vabariigi tervishoiuasutustes töötas 1977/1978. õppeaastal 82 kommunistliku töö

kooli 1805 kuulajaga. 1978/1979. õppeaastal alustas tööd juba 103 kommunistliku töö kooli 3038 kuulajaga.

21. novembril 1978. a. analüüsiti Kohtla-Järve tervishoiuasutuste töökaitseaktiivi tööd. Ettekande esitas tervishoiutöötajate ametiühingu Kohtla-Järve linnakomitee töökaitsekomisjoni esimees S. Etlin. Ta mainis, et 1976/1977. aastal koostati ning võeti kasutusse tervishoiuasutuste sanitaarpess, mis on vajalik tervishoiuasutuste töö- ja puhketingimustest ülevaate saamiseks. Töökaitsekomisjon õpetab edukalt välja ka töökaitseaktiivi.

Presiidium kiitis töökaitsekomisjoni töö heaks ning tervishoiuministeeriumile tehti ettepanek juurutada töökaitsealase töö eesrindlikke vorme.

Presiidiumil märgiti, et sporditöö Võru ja Põlva rajoonis vajab tunduvalt aktiviseerimist, eriti VTK-alane liikumine.

12. detsembril 1978. a. kuulas presiidium Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee töö- ja töötasukomisjoni liikme A. Väljataga ettekannet selle kohta, kuidas Valga Rajooni Keskhaiglas tööseadluse nõudeid täidetakse ning tööraamatuid vormistatakse.

Valga Rajooni Keskhaiglas esineb vigu tööraamatute vormistamisel, pideva tööstaaži arvestamisel ei peeta alati kinni nõuetest. Presiidium kohustas Valga Rajooni Keskhaigla peaarsti kõik puudused kõrvaldama, ühtlasi kohustas koos tervishoiutöötajate ametiühingu Valga rajoonikomiteega rajooni tervishoiuorganisatoritele ja kaadritöötajale korraldama tööseadusalaõppusi.

Tervishoiutöötajate töötasudelt kinnipeetavate maksude õigsuse kontrollimise tulemustest kandis presiidiumile ette Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee töö- ja töötasukomisjoni esimees I. Lumina. Kuuldu põhjal võis järeldada, et sellealane töö meie vabariigis on paranenud.

Presiidium kohustas ametiühingu rajooni- ja linnakomiteesid rahandusorganite kaasabil korraldama õppusi maksustamiseskirjade paremaks tundmaõppimiseks, ühtlasi kohustas eeltoodud tervishoiutöötajatele laialdaselt tutvustama.

Jüri Ennet

Tervishoiutöötajate ametiühingu XX vabariikliku spartakiaadi talvealad — VTK talvine mitmevõistlus ja suusatamine — peeti jaanuari lõpul Mõdrikul. Osa võtsid 14 koondvõistkonda 116 võistlejaga.

Naiste 3 km distantsilt tuli kiiremini tagasi harjulanna M. Murakas, aeg 14.02, kuus sekundit hiljem Tallinna võistkonnast L. Annus, 26 sekundit kaotas temale E. Tambik Rakverest. Niisama pikal distantsil naisveteranide arvestuses oli paremusjärjestus järgmine: esi-

mene E. Talmar Pärnust (15.47), teine R. Sarapuu Rakverest (16.21) ja kolmas V. Käsper Tallinnast (16.22).

Meeste 10 km distantstil oli kiireim U. Koort Rakverest, aeg 40.13. Järgnesid H. Laidre Valgast (42.13) ja K. Paju (42.53) Paidest. Meesveteranide 5 km distantsti võitis samuti Rakvere esindaja A. Tühis, kes sai ajaks 22.37, järgnesid tallinlane V. Valdes (22.59) ja pärulane K. Kikamägi (23.47).

Teatesõidus startisid 14 kombineeritud võistkonda, mille võitis Vabariikliku Koon-dise «Eesti Meditsiinitehnika» võistkond koos-seisus T. Andrijevskaia, A. Kangur, V. Kumm ja J. Kelk, aeg 67.25. Teine oli Rakvere võist-kond, kes kaotas 7 sekundiga, jättes kolman-daks Tallinna võistkonna ajaga 69.40.

Võistkondlikus arvestuses tuli esikohale Rakvere võistkond 326 punktiga, järgnesid Tallinna meedikute võistkond 313 ja «Eesti Meditsiinitehnika» võistkond 309 punktiga.

VTK talvises mitmevõistluses võisteldi nel-jas vanuseklassis. Individuaalselt oli naiste V klassis parem V. Tšervjakova Kohtla-Jär-velt, kes kogus 59 punkti, järgnesid E. Talmar 52 ja V. Käsper 37 punktiga. Meeste V klassis oli võidukas K. Kikamägi, kes sai 99 punkti, talle järgnesid A. Pärt («Eesti Meditsiiniteh-nika») 86 ja H. Pöldver (Harju) 85 punktiga. Naiste IV klassis kogus E. Tambik 76 punkti, 70 punktiga järgnes I. Rand (Pärnu), 57 punkti sai S. Jakobson (Valga). Meeste IV klassis tuli esikohale H. Laidre, kes kogus 39 punkti, järgnesid T. Sulbi 34 ja K. Maanurm 31 punktiga (mõlemad Haapsalust).

Võistkondlikus arvestuses võitis Pärnu 334 punktiga, teiseks jäi Rakvere 275 ning kol-mandaks «Eesti Meditsiinitehnika» 228 punk-tiga.

Võistlused kulgesid ladasalt. Kahjuks jäid võistlustest eemale Kingissepa, Võru ja Paide (oli kohal vaid üks individuaalvõistleja) ter-vishoiutöötajate kehakultuurikollektiivid. Harrastajaid leidub alati ja kõikjal, puudu jääb vaid juhtivast jõust. Rohkem peaksid sporditööst huvituma ka asutuste administrat-sioon ja ametiühingukomitee.

Silvi Laiksoo

Toimetuse veerg

«Nõukogude Eesti Tervishoiu» toimetuse nõukogu koosolekul 16. novembril 1978 kuu-lati informatsiooni üleliidulise meditsiinija-kirjade toimetajate nõupidamise kohta, mille põhiteema oli teaduslike meditsiniajakirjade ülesanded teaduslike uurimiste kvaliteedi ja efektiivsuse tõstmisel. Kokkuvõtlikult refereeriti NSV Liidu tervishoiuministri akadeemik B. Petrovski põhiettekannet, kes muu hulgas rõhutas eriti tellitud artiklite suuremat väärtust, samuti seda, et ajakirja väärtuse hinda-misel on otsustava tähtsusega originaalartik-lite ja teaduslike ülevaadete hulk ning aja-kirja informatiivsus. Nõukogu koosolekul aru-tati ka toimetamistöö jooksuvald küsimusi ning kuulati ära informatsioon ajakirja trükiteh-nilistest muutustest 1979. aastast alates. Koo-soleku juhataja peatoimetaja tervishoiuministri asetäitja O. Tamm.

2. märtsil 1979 tuli kokku kolleegium. Esi-teks kuulati peatoimetaja O. Tamme infor-matsiooni ajakirja üleviimisele ofsettrüki tehnikasse, mis rõõmustavalt tõi kaasa pare-ma fotode kvaliteedi. Kuna ajakirja maht on ühe trükipoogna võrra väiksem, siis toob see kaasa vajaduse vähendada ka kir-jutiste mahtu ning piirata kirjanduse allikate loetelu. Need nõuded on juba toodud autorite juhendis. Kolleegiumi seisukoht oli, et toime-tus peab veelgi rangemalt valima avaldami-sele tulevaid töid, mis igas mõttes peaksid olema laitmatud, ning üldse tuleks laiendada artiklite publitseerimist autoreferaatidena. Mahu vähenemine tingib ka retsensentide suurema nõudlikkuse artikli hindamisel. Kon-verentsidest peaks ülevaate andma seal viibi-nud spetsialist, kes peaks valgustama aktuaal-seid probleeme ning olulist, mitte aga loetle-ma osavõtjaid ja esinejaid. Mõttevahetust akuutsetel teemadel on ajakirja veergudel vaja stimuleerida, selles peaksid osalema meie silmapaistvad spetsialistid ja tervishoiujuhid — siis oleks mõttevahetusest ka kasu. Kuulati ära ajakirja 1978. aasta üksiknumbrite kohta antud retsensioonid ning analüüsiti nendes toodud märkusi ja seisukohti, arutati ka aja-kirja trükipinna otstarbekat kasutamist, rub-riikide proportsioone ja nende nimetusi.

Vello Laos

EESTI NSV TEADLASTE LÕPETA- TUD UURIMUSED

Jätkame Eesti NSV meditsiiniinstituutide ja TRÜ arstiteaduskonna teadlaste lõpetatud teaduslike tööde venekeelsete autoreferaatide avaldamist. Lugejat huvitavate töödega on võimalik tutvuda teadusasetustes, kus töö on valminud. Lõpetatud teaduslike tööde koopiaid või mikrofilme saavad asutused tellida Üleliidulisest Teaduslik-Tehnilise Informatsiooni Keskusest. Teadete saamiseks pööruda meditsiiniinformatsiooni vabariikliku osakonna (MIVO) poole, 200 015 Tallinn, Hiiu 42, tel. 514-307.

ЗАКОНЧЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ УЧЕНЫХ ЭСТОНСКОЙ ССР

Продолжаем публиковать на русском языке авторефераты открытых законченных научно-исследовательских работ (НИР) ученых медицинских институтов Эстонской ССР и медицинского факультета Тартуского государственного университета. С самими работами читатели могут познакомиться в научном учреждении, где проводилось данное исследование.

Копии отчетов или микрофильмы учреждения могут заказать во ВНИИ Центре. За справками обращаться в Республиканское отделение научной медицинской информации (РОНМИ), 200 015 Таллин, ул. Хийу, 42, тел. 514-307.

К оценке качества медицинской помощи больным заболеваниями желчевыводящих путей (отчет). Институт экспериментальной и клинической медицины Министерства здравоохранения Эстонской ССР. Эльштейн Н. В., Иозия У. И., Лилль М. Х., Лонд Э. Р. Таллин, 1978. 14 с.

Расхождение диагнозов, терапевт участковый, гастроэнтеролог, обследование больных, холецистит хронический, постхолецистэктомический синдром, проктологические болезни.

В первой части работы содержится анализ качества поликлинической диагностики болезней желчевыводящих путей у 700 больных, поступивших в специализированные гастроэнтерологические отделения. Для сравнения проанализированы данные 272 больных, поступивших в ЦРБ. При непосредственном присутствии на амбулаторном приеме и анализе 1513 посещений выявлены значительные недостатки (в $39,2 \pm 3,9\%$ случаев) в диагностике заболеваний желчевыводящих путей участковыми терапевтами, прежде всего, за счет избыточной

диагностики хронического некалькулезного холецистита.

Во второй части работы приводятся данные об исследовании качества медицинской помощи больным, перенесшим холецистэктомиию. Среди 69 больных, направленных в стационар с подозрением на постхолецистэктомический синдром, он выявлен только у $40,6 \pm 5,9\%$ больных. Более, чем у $1/2$ больных диагноз направления не подтвердился. Таким образом, жалобы больных после холецистэктомии не всегда причинно ею обусловлены.

В третьей части приводятся данные о частоте и характере поражения прямой кишки у больных заболеваниями желчевыводящих путей. Проктологические заболевания с одинаковой частотой выявляются как среди больных заболеваниями желчевыводящих путей ($81,1 \pm 2,9\%$) так и среди больных заболеваниями желудка ($73,1 \pm 4,3\%$). У больных заболеваниями желчевыводящих путей отмечается статистически большая частота наличия прокто-сигмоидитов ($p < 0,05$).

Изучение информационных потребностей главных специалистов МЗ ЭССР и обслуживание их в режиме ИРИ (отчет). Институт экспериментальной и клинической медицины Министерства здравоохранения Эстонской ССР. Лаан И. А., Гасман Л. А., Талвоя Х. Г., Рыйгас С. Э. Таллин, 1978. 64 с. (на эст. яз.).

Информационные запросы, избирательное распространение информации, главные специалисты, министерство здравоохранения, Эстонская ССР.

Выяснились информационные запросы семи главных специалистов МЗ ЭССР. На основе «Index Medicus», «Curret Contents. Life Sciences», «Current Contents. Clinical Practice» и восьми серий реферативных журналов ВИНИТИ определили 860 журналов, издаваемых в 48 странах на 25 языках, в которых за 1977 г. опубликовалось 3327 релевантных и pertinentных статей для абонентов. Самый представительный источник вторичной информации — «Index Medicus», но самый оперативный — «Current Contents». Чтобы иметь возможное полное представление о литературе по специальности, необходимо постоянно следить за всеми вышеуказанными изданиями. В связи с интеграцией разных областей наук специалистам необходимо следить за столь большим количеством научных журналов, что это представляется возможным только с помощью хорошо налаженной информационной службы. Эффективной формой информационного обслуживания для главных специалистов МЗ ЭССР является избирательное распространение информации (ИРИ), которое внедрено в ходе работы. Установлено, что при хорошо налаженном

информационном оповещении карты обратной связи не обязательны и что общепринятая система оценок статей «очень интересно — интересно — уже известно — не соответствует запросу» не оправдана. ИРИ следует применять только для тех абонентов, которые активно сотрудничают с инфоорганом и этим облегчают нелегкую работу сотрудников информационной службы.

Применение пропранолола в ранней диагностике хронической сердечно-сосудистой недостаточности. Тартуский государственный университет Министерства высшего и среднего специального образования Эстонской ССР. Марамаа С. Я. Тарту, 1978.

Обзидановая проба, миокардит, ишемическая болезнь сердца, гиперкинетический синдром сердца, диагноз.

Исследовалось действие обзидана (пропранолола, индерала) на гемодинамику, выносливость к нагрузке и некоторые параметры ЭКГ у больных с заболеваемостью сердца различной этиологии, сопровождающейся хронической кардиоваскулярной недостаточностью I степени. Обзидановая проба и ее комбинация с нагрузкой на велоэргометре была проведена по М. Кундла (1975). Контингенты обследованных были следующими: с ишемической болезнью сердца — 25 больных, из них у 18 установлен коронаросклероз по коронарографии; с миокардитом с общими признаками активного воспаления — 14 больных; с острым вирусным миокардитом без общих явлений воспаления — 14 больных; с постмиокардитным кардиосклерозом — 16 больных. Было показано, что обзидан (40 мг) вызывает урежение частоты сердца и увеличивает выносливость к нагрузке, но в среднем в меньшей степени, чем у больных с коронарной болезнью. Действие обзидана на частоту сердца и нарушение реполяризации отсутствовало у 25% больных с диагнозом миокардит. У остальных больных с данным диагнозом действие обзидана существенно не отличалось у больных с явлениями активного воспаления и с кардиосклерозом. Приведенные данные показывают, что обзидановая проба с нагрузкой не позволяет дифференцировать ишемическую болезнь сердца и миокардит. Полученные данные важны при дифференциальной диагностике функциональных нарушений сердца и его органических заболеваний.

Изменения клинико-функционального и иммунологического состояния больных с хронической обструкцией дыхательных путей в условиях лечения инталом, цитостатиками и ультрафиолетовым облучением (отчет). Институт экспериментальной и клинической медицины Министерства

здравоохранения Эстонской ССР. Яннус Л. Э., Карусоо Я. Я., Лиллак Э. И., Лойт Х.-М. Э., Мазер Л. Ю., Раукас Э.-С. А., Рейнвальд А. А., Сауэмяги Л. Р., Рийкъярв М.-А. Ф., Лоогна Н. А., Раудсепп Ю. Ю. Таллин, 1978. 146 с.

Хроническая обструкция дыхательных путей, хронический бронхит, бронхиальная астма, интал, цитостатики, Уф облучение, функция внешнего дыхания, газовый состав крови, рентгенография, гистаминный обмен, углеводный обмен, фосфорный обмен, реакция бласттрансформации лимфоцитов.

В результате применения интала (в среднем в течение 14 месяцев) у 165 взрослых и 20 детей, больных бронхиальной астмой с использованием данных общеклинических, функциональных, рентгенологических, иммунологических и биохимических исследований, получены дополнительные данные о механизме действия интала и определена целесообразность его у больных, применявших кортикостероиды и не применявших их. Благоприятные результаты получены у 52,7%, среди гормонозависимых — у 31,1% взрослых больных. При лечении 22 больных далекозашедшей бронхиальной астмой продолжительное время (более 6 месяцев) цитостатиками, положительный эффект был получен у всех больных, хотя стойким он оказался только у 4-х. На основании данных, полученных при применении УФ — облучения в комплексном лечении 57 больных бронхиальной астмой и хроническим бронхитом, выявлено, что у части больных оно оказывает благоприятное влияние на обмен гистамина, активность ферментов углеводного и фосфорного обмена, на ряд показателей и их взаимосвязей с системой дыхания.

Изучение различных типов хронического гастрита и их связи с иммунологическими сдвигами замедленного типа. Медицинский факультет Тартуского государственного университета. Салупере В. П., Уйбо Р. М., Маароос Х.-И. Г. Тарту, 1978.

Хронический гастрит, предраковое состояние, антитела к обкладочным клеткам желудка, клеточный иммунитет, бласттрансформация лимфоцитов, торможение миграции лейкоцитов.

В патогенезе хронического гастрита участвуют различные механизмы, особого внимания из которых заслуживает иммунологический. В результате одновременного исследования 127 больных с помощью иммунофлюоресцентного теста, тестов бласттрансформации лимфоцитов и торможения миграции лейкоцитов установлено существование случаев иммунологического гастрита с присутствием только иммунологических реакций клеточного типа. При хроническом гастрите антигенные свойства приобретают элементы слизистой оболочки не

только фундальной области желудка, но и антральной. Иммунологические сдвиги в организме больного гастритом удается обнаружить иногда уже в стадии поверхностного гастрита. Родственники больных раком желудка, как правило, не заболели хроническим гастритом иммунологического типа. Таким образом, результаты работы позволяют уточнить критерий иммунологического гастрита и в некоторой мере сгруппировать больных хроническим гастритом по предрасположенному признаку.

О лечении, проведенном до госпитализации детей в возрасте до двух лет, больных острой пневмонией (отчет). Кафедра педиатрии Тартуского государственного университета. Тялли Х. Э. Тарту, 1978.

Дети раннего возраста, острая респираторная вирусная инфекция, осложнения, добольничное амбулаторное лечение.

Целью работы явилось оказание помощи в улучшении практической работы детской поликлиники. Анализировали течение ранней стадии заболевания и оказание добольничной помощи 173 детям раннего возраста, больным острой респираторной вирусной инфекцией, осложненной бронхитом или пневмонией. Оказалось, что развитие клинических симптомов заболевания часто было бурным, вследствие чего $1/2$ больных госпитализировалась врачом скорой помощи. Половина детей лечилась добольнично по поводу острой респираторной вирусной инфекции, но из-за неправильной оценки тяжести заболевания со стороны врача или матери лечение оказалось недостаточным и болезнь осложнилась бронхитом или пневмонией. При домашнем лечении детей раннего возраста необходимо шире использовать противовирусные препараты, усилить санитарно-просветительную работу среди родителей.

Зависимость обеспеченности организма детей 1—3-летнего возраста витамином В₆ от характера питания в различные времена года. Кафедра гигиены Тартуского государственного университета. Нийт М. И. Тарту, 1977. 3 с.

Витамин В₆, дети 1—3-летнего возраста, времена года.

В мае и в сентябре—октябре были проведены исследования обмена витамина В₆ у здоровых детей в возрасте от 1 года до 3 лет. Определялось выделение 4-пиридоксина кислоты с мочой утром натощак. Весной под наблюдением было 38 детей и осенью 37 детей. Все они находились на нормальном питании. Табличным методом был определен химический состав их суточных рационов в течение 10 дней. Как весной, так и осенью содержание белка в

пищевых рационах превышало физиологические нормы на 3—4 г, а содержание витамина В₆ даже в 2—3 раза (пища детей содержала много картофеля). Наблюдался дефицит Р, Са, витамина РР и весной витамина В₁. Различия в химическом составе пищевых рационов исследуемых детей между двумя временами года оказались незначительными. Несмотря на некоторые отклонения в питании детей, их организм был обеспечен витамином В₆. Статистически достоверных различий в выделении 4-пиридоксина кислоты как весной, так и осенью обнаружено не было. Поэтому можно сказать, что в условиях достаточного содержания витамина В₆ в пищевых рационах обмен витамина В₆ в раннем детстве не зависит от времени года. При нормальном питании препараты витамина В₆ здоровым детям в возрасте от 1 года до 3 лет давать не следует.

Влияние артериальной гипоксии на активность внутриклеточных ферментов лейкоцитов крови у больных острой пневмонией (отчет). Кафедра педиатрии Тартуского государственного университета. Керес Л. И., Соо Т. Р. Тарту, 1978.

Острая пневмония, внутриклеточные ферменты, коррекция газов крови, кислотно-щелочное равновесие.

Целью работы было выявление эффективности коррекции гипоксемии на активность внутриклеточных ферментов нейтрофилов крови. Исследовали 25 детей, больных острой пневмонией. При тяжелых случаях удалось корригировать гипоксемию только методом оксигенотерапии под постоянным положительным давлением (до +15 см Н₂О). У больных острой пневмонией наблюдалось резкое повышение активности щелочной фосфатазы (ЩФ) в нейтрофилах крови. После коррекции гипоксемии активность ЩФ постепенно снижалась, но оставалась повышенной и после исчезновения гипоксемии в фазе затихания пневмонии. Выяснилось, что для коррекции выраженной гипоксии у больных острой пневмонией необходимо применять метод оксигенотерапии под постоянным положительным давлением. Результаты внедряются в практику в Тартуской городской клинической детской больнице.

Nõukogude Eesti Tervishoid

ответственно на 47,8 и 70,7% по сравнению с данными, полученными до санаторного лечения. Наибольший эффект санаторного лечения наблюдается у лиц более молодого возраста, а также у более длительной и часто болеющих лиц.

Л. А. Маурер, В. А. Роос, С. Е. Ааса —
Об инвалидизации и реабилитации инвалидов в городах и республиках Эстонской ССР

В статье представлены сравнительные данные об уровне первичной инвалидности и о реабилитации инвалидов, различие которых по городам и районам республики составляет до двух раз. Выяснилось, что в большинстве городов и районов республики уровень первичной инвалидности находился в обратном пропорциональной зависимости с показателем реабилитации инвалидов. Такое положение может быть обусловлено существенной разницей в уровне медицинской помощи или в экспертизе трудоспособности. В данном случае при принятии мер следует учитывать лишь последнее. В ЭССР среди причин первичной инвалидности на первом месте стоят заболевания сердечно-сосудистой системы (30,9%), на втором месте травмы (15,8%) и на третьем — злокачественные новообразования (14,1%).

П. Г. Лаане, М. И. Кундла, А. К. Штерн —
Течение и прогноз ишемической болезни сердца в аспекте селективной коронарографии

Исходы и течение заболевания прослежены у 114 больных в возрасте от 22 до 65 лет (средний возраст 43 года), не подвергавшихся оперативному лечению, и сопоставлены с данными селективной коронарографии, произведенной при первоначальном обследовании. Длительность наблюдения после коронарографии составляла 6—8 месяцев, у 51,7% больных — более 24 месяцев.

При отсутствии изменений на коронарограммах (49 больных) не зарегистрировано ни летальных исходов, ни эпизодов инфаркта миокарда, у большинства наблюдалась благоприятная клиническая динамика в течении ишемической болезни сердца (ИБС).

В группах с сужением просвета коронарных артерий менее чем на 50% (14 больных), с сужением более чем на 50% или окклюзией одной артерии (25 больных), с сужением более чем на 50% или окклюзией нескольких артерий (26 больных) летальность составила соответственно 0, 4, 23%. Эпизоды нелетального инфаркта миокарда имели место во всех этих группах, но в группе с сужением артерий составляли менее 50% только при мелкоочаговом инфаркте. У больных с далеко зашедшим поражением

[ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ]

Медицинский журнал Министерства здравоохранения Эстонской ССР

№ 3, май, июнь 1979 г.

А. Х. Роокс, Л. А. Маурер, В. П. Сиймер —
О выполнении задач консультативной поликлиники

В двух консультативных поликлиниках ЭССР в 1978 году начали давать экспертную оценку уровня исследования и лечения каждого больного перед консультацией и своевременности направления его на консультацию. Оценки заносятся на специально введенные с этой целью карты и затем ежеквартально анализируются по клиническим специальностям, районам и городам. Более глубокий анализ производится один раз в год и направляется лечебно-профилактическим учреждениям, откуда больные поступили на консультацию. На основании такого анализа легко выработать конкретные мероприятия для повышения уровня лечебно-диагностической помощи.

Х. Э. Кюнамяги, А. А. Сарап, Л. И. Метсис —
О влиянии санаторного лечения на временную нетрудоспособность

Целью исследования было изучение влияния санаторного лечения на временную нетрудоспособность рабочих Таллинского машиностроительного завода и завода «Вольта» в течение 1972—1974 гг. Установлено, что после санаторного лечения временная нетрудоспособность значительно снижалась, особенно по тем заболеваниям, в связи с которыми больные были направлены на санаторное лечение. Так, например, по заводу «Вольта» число случаев временной нетрудоспособности снизилось на 22,1%, число дней на 32%, по Таллинскому машиностроительному заводу со-

двух или трех магистральных артерий не отмечено случаев полной ремиссии синдрома стенокардии, в то время как при начальном характере поражения одной артерии благоприятная динамика встречалась часто.

Приведенные наблюдения иллюстрируют тесную связь между прогнозом ИБС и состоянием коронарных артерий, выявляемым коронарографией. В аспекте дискуссии о том, является ли ИБС с отсутствием коронарографических изменений предстadium окклюзирующего коронаросклероза или же иной формой ИБС, заслуживает внимания тот факт, что в пределах упомянутых сроков наблюдения ни в одном из подобных случаев не отмечено клинически явного прогрессирования болезни или ее неблагоприятного исхода.

К. Г. Ильвар — Взаимосвязь числа вызовов скорой медицинской помощи по поводу ишемической болезни сердца и гипертонии с метеорологическими факторами

В статье проанализированы 3689 вызовов к больным с гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца (ИБС), поступивших в станции скорой медицинской помощи г. Тарту с 1 мая 1976 года по 30 апреля 1977 года и их взаимосвязь с метеорологическими факторами.

Исследование показало, что при резких изменениях атмосферного давления число вызовов к больным с ИБС сильно возрастает и к больным с гипертонией снижается. Влияние метеорологических факторов зависит от возраста и пола больных. Особенно это проявляется в количестве вызовов к женщинам с ИБС. То же самое наблюдалось и при повышении относительной влажности воздуха. Количество вызовов к больным женского пола возрастает и параллельно с возрастом.

При суммарной и прямой радиации солнца число вызовов к мужчинам в возрасте до 39 лет было намного больше, чем к мужчинам старшего возраста.

В. М. Болотовский, Н. С. Титова, О. М. Тамм, Я. К. Мяртин, А. И. Воробьева, И. И. Блумберг, А. И. Будяк, У. Ю. Мирме — Иммуногенные свойства живой коревой вакцины из штамма Л-16.

Проведенные сравнительные исследования показали, что находившиеся под наблюдением в г. Нарве и Пярну 12 серий живой коревой вакцины оказались нестандартными по иммуногенным свойствам. Так, уровень сероконверсии колебался от 74,1 до 100%, а средние геометрические титров антител от 2,7 до 5,5 \log_2 . Только 4 из 12 серий (33,3%) отвечали требованиям

МРТУ, вызывая образование антител у 90 и более процентов привитых детей. Практически одинаковое количество вакцинного вируса в прививочной дозе позволяет предположить неодинаковый уровень аттенуации вируса в выпускаемых сериях вакцин.

Согласно полученным данным, дети в возрасте до 1 года обладают пониженной иммунологической реактивностью к живой коревой вакцине. Установлены достоверные различия в интенсивности иммуногенеза при вакцинации против кори в зависимости от времени года. Показатели антителообразования были выше у детей, привитых в осенне-зимнем сезоне, по сравнению с детьми, привитыми в весенние месяцы.

С. Д. Коппель — Образ жизни и потребности человека

Образ жизни как совокупность способов деятельности и форм поведения является системой удовлетворения потребностей человека. Общепризнанной дефиниции понятия «потребность» в теории личности пока нет. По нашему мнению, потребность — это противоречие между внутренними и внешними условиями существования живого организма, причем как внутренние, так и внешние условия сами являются противоречивыми. Потребностью является особая форма активности (самодвижения) живой материи. Эта активность в одно и то же время сохраняет и отрицает себя. Особенностью живой материи и сущностью потребности является противоречие между вторым началом термодинамики и стабилизирующими его действие процессами. Наука сегодняшнего дня пока еще не может объяснить причины этих стабилизирующих процессов; однако автор считает, что они связаны с противоречивостью самого второго начала термодинамики. Обмен веществ разрешает термодинамические противоречия биологического организма. В процессе социальной жизни человек регулирует обмен веществ путем производства и потребления. Автор классифицирует человеческие потребности следующим образом: производительное саморасходование; потребительное самовоспроизведение; относительное единство саморасходования и самовоспроизведения в творческой деятельности; биологический отдых; непроизводительное саморасходование. Так как повышение потребностей является тем самым и повышением способностей человека, то общественно оправданны только те потребности, которые связаны с прогрессивным развитием общественных способностей.

В. А. Ильмоя — Организация поликлинического приема промышленных рабочих

Ю. Ю. Коляк — Онкологическая амбулаторная помощь и ее связь с общей лечебной сетью

Я. Я. Оро, Л. О. Сепп — Синдрома Гарднера

А. Н. Левин, Р. А. Колле — К вопросу методики проведения прямых переливаний крови детям грудного возраста

В статье приводится краткий обзор литературы о преимуществе прямых переливаний по сравнению с переливанием консервированной крови. Дается подробное описание применения шприцевого метода как при прямом переливании. Предлагается использовать дозировку гепарина из расчета 1 мг гепарина, растворенного в 10 мл 20% глюкозы, на 1 кг веса донора. Помимо методики самих трансфузий, в статье отражены некоторые аспекты организации службы крови в отделении, а также критерии оценки посттрансфузионных реакций.

Р. В. Тээсалу — О применении внутриаортальной контрапульсации при операциях на сердце

Описано успешное применение внутриаортальной контрапульсации в непосредственном послеперфузионном периоде у двух больных при аортокоронарном шунтировании (у одного из них в сочетании с аневризмом митральной) и у одного больного при протезировании митрального клапана.

Н. В. Эльштейн — Клинико-организационные вопросы современной внутренней медицины

В статье обосновывается необходимость подготовки терапевтов в области организации терапевтической помощи, а также излагаются требования к клинической компетентности организаторов здравоохранения. Подчеркивается роль главных специалистов городов и районов, курсов повышения квалификации врачей, научных форумов в правильном решении клинико-организационных вопросов современной медицины.

Я. Я. Карусоо — Применение гепарина при лечении бронхиальной астмы

При бронхиальной астме гепарин оказывает бронхолитическое и экспекторирующее действие. Гепарин вводили внутривенно в количестве 5000—15000 МЕ, путем ингаляции 2500—5000 МЕ или назначали электрофорезом на грудной клетке.

Подготовка кадров

Новые учреждения здравоохранения

В. А. Низу — Всесоюзное совещание заведующих аптечных управлений союзных республик и заведующих объединений и управлений Министерства медицинской промышленности СССР

С. Ш. Уманский, И. К. Рейнару — Семинар эпидемиологов

Л. Р. Покк — Совещание совета высшего медицинского образования Министерства здравоохранения ССР.

Э. И. Раудам — Заседание смешанной советско-финляндской комиссии по сотрудничеству в области здравоохранения и социального обеспечения

Ю. Ю. Эннет — VI пленум республиканского комитета профсоюза медицинских работников Эстонии

Юбилейные даты

Актуальные проблемы поликлинической врачебной помощи (интервью).

Некрологи

Новые лекарственные препараты

И. А. Лаан — В комиссии медицинской терминологии

Хроника

В Министерстве здравоохранения Эстонской ССР

В Тартуском государственном университете

Гранка редакции

Законченные исследования ученых Эстонской ССР

Nõukogude Eesti Tervishoid

[SOVIET ESTONIAN HEALTH]

**Medical Journal of the
Ministry of Health of the Estonian SSR**

No 3. May, June 1979

**A. Rooks, L. Maurer, V. Siimre — The Ful-
fillment of the Tasks of the Consultative
Polyclinic**

Since 1978 an assessment of the quality of pre-consultative medical examination, treatment and the urgency of referral to the consultative polyclinic has been made at two consultative polyclinics in the Estonian SSR. On the basis of this assessment the work of physicians is analysed, according to speciality, urban and rural area, every three months and annually. The analysis is sent back to the local polyclinic. It is concluded that such an analysis makes it possible to elaborate measures for a further improvement of medical care.

**H. Künamägi, A. Sarap, L. Metsis — The
Effects of Health Resort Treatment on the
Temporary Disablement**

In 1972—1974 the effects of health resort treatment on temporary disablement were studied among the workers at the Tallinn Mechanical Engineering and the "Volta" Engineering Plants. As a result, a sharp decline in temporary disablement rate was observed after the health resort treatment. For example, at the "Volta" Plant the number of people on sick-leave dropped by 22.1 per cent and the duration of sick leave shortened by 32 per cent; at the Tallinn Mechanical Engineering Plant these figures were 47.8 and 70.7 per cent.

The most beneficial effects of the health resort treatment were observed in young workers.

**L. Maurer, V. Roos, S. Aasa — Disablement
and Rehabilitation of the Disabled in Estonian
Towns and Districts**

The article presents the results of a comparative evaluation of disablement and the degree of rehabilitation of the handicapped in Estonia. It is concluded that the higher is the degree of disablement, the lower the rehabilitation rate. The authors point out that the main causes of disablement in the Estonian SSR are cardio-vascular diseases (in 30.9 per cent) injuries (in 15.8 per cent) and malignant neoplasms (in 14.1 per cent).

**P. Laane, M. Kundla, A. Stern — The
Course and Prognosis of Ischemic Heart
Disease according to Selective Coronarog-
raphy**

The outcome and clinical course of ischemic heart disease (IHD) were studied in 114 patients aged from 22 to 65 years (the mean age was 43 years). The patients studied had not undergone surgical treatment. The results of this study were compared with those of selective coronarography obtained from the same group of patients on primary medical examination. After coronarography the patients underwent a long-term follow-up which lasted from 6 to 78 months, in 51.7 per cent of patients it lasted more than two years.

In the study group with no coronarographic abnormalities (49 patients) neither deaths nor myocardial infarctions were observed and the majority of patients had a beneficial course of IHD. But in the study groups with narrowings in the coronary arteries less than 50 per cent of lumen diameter (14 patients) or more than 50 per cent of lumen diameter (25 patients) or with occlusion in one of the coronary artery (26 patients) the case fatality rate made up 0 per cent, 4 per cent and 23 per cent correspondingly. Non-lethal cases of myocardial infarction were observed in all these groups, but in the patients with the narrowing of the coronary arteries less than 50 per cent only in the form of microfocal infarction. In the patients with advanced lesions in two or three main arteries there was no relief of stenocardic attacks, whereas in cases where only one artery was affected a milder course of the disease was observed. It is concluded that coronarographic abnormalities found in these groups of patients were important in the assessment of the status of coronary arteries and in the prognosis of IHD.

**K. Ilvär — The Number of Emergency
Calls due to Ischemic Heart Disease and
Arterial Hypertension and its Correlation
with Climatic Factors**

V. Bolotovskiy, N. Titova, O. Tamm, J. Märtin, A. Vorobyova, I. Blumberg, A. Budyak, U. Mirme — **The Immunogenic Properties of the Measles Live Vaccine Strain L-16**

S. Koppel — **Way of Life and Necessities**

Way of life is regarded as a complex of behavioural patterns aimed at satisfaction of human necessities. According to the author's definition, necessity is the contradiction between internal and external conditions of existence, whereas both the internal and external conditions themselves are also contradictory. Necessity is a special form the activity (self-motion) of matter which simultaneously preserves and (temporarily and relatively) destroys itself. The main peculiarity of living matter and also the essence of necessity is a contradiction between the second principle of thermodynamic rule and the processes acting against it. Contemporary science is not capable of explaining the causes of these processes; according to the author, these causes are hidden in the inner contradictions of the second principle of thermodynamic rule. The thermodynamic contradictions of a living organism are resolved by metabolism. The biological level of necessities is metabolic. At a social level metabolism is regulated by production and consumption.

The author classifies human necessities as follows: 1. Productive self-consumption. 2. Consuming self-production. 3. The relative unity of self-consumption and self-production in creative and disengaged work. 4. Biological rest. 5. Non-productive self-consumption (uselessly or harmfully wasted time). The author points out that growing necessities lead to the development of human abilities, so we should take into consideration only such necessities which are socially useful for a progressive society as a whole.

V. Ilmoja — **Organisation of Outpatient Service for Industrial Workers**

J. Koljak — **Oncological Outpatient Care and its Links with General Health Service Network**

J. Oro, L. Sepp — **Gardner's Syndrome**

A. Levin, R. Kolle — **The Techniques of Direct and Fresh Preserved Blood Transfusion to Infants**

R. Teesalu — **The First Experience with Intraoperative Balloon Pumping**

A successful use of intraoperative balloon pumping in three patients during immediate post-perfusion period is described.

N. Elshtein — **Contemporary Clinico-Organisational Problems of Therapeutics**

Y. Karusoo — **Heparin Treatment in Bronchial Asthma**

The author has found that heparin has a broncholytic and expectorant effect on the attacks of bronchial asthma. Heparin was administered to the patients suffering from bronchial asthma intravenously (5,000—15,000 IU), by inhalation (2,500—5,000 IU) or by electrophoresis on the chest.

Training of Personnel

Conferences and Medical Meetings

Our Heroes of the Day

Necrologies

New Drugs

Linguistical Notes

Chronicle

Editorial Column

Research Work Carried out by Scientists of the Estonian SSR

English text edited and translated by
E. Saarnok

EELTEADE

Trükiks on ettevalmistamisel teatmeteos

«Методика поиска информации по онкологии и смежным дисциплинам».

Esmakordselt esitatakse kodu- ja välismaiste esmaste ning teiseste infoallikate süsteem, mis hõlmab kõiki meditsiinilis-bioloogilisi, kliinilis-eksperimentaalseid ja mõningaid tehnilisi erialasid. Ajakirju on loetelus 1200. Üldse tuuakse ära bibliograafilisi andmeid viiekümne distsipliini kohta alljärgneva struktuuri järgi.

1. Õpikud, käsiraamatud, teatmikud (peamiselt aastail 1976 . . . 1978 ilmunud).
2. Erialasõnastikud.
3. Klassifikatsioonid, nomenklatuurid, terminoloogiad.
4. Atlased.
5. Konstandid, näitajad, normatiivid.
6. Ülevaateväljaanded.
7. Kiirinformatsioon.
8. Ajakirjad.
8. Referatiivsed väljaanded.
10. Bibliograafilised väljaanded.
11. Registrid, kollektsioonid.
12. Keskused, komisjonid, nõukogud jm.

Raamat on mõeldud kõikide erialade arstidele, teadustöötajatele, aspirantidele ja üliõpilastele, informatsiooni leidub ka bioloogidele ning veterinaaridele. Teatmiku maht on ca 10 autoripoognat, ilmumisaeg 1980. a. Tiraaz on piiratud. Tellimused palutakse saata aadressil 200 015 Tallinn, Hiiu 42, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi raamatukogu.

**БЮЛЛЕТЕНЬ
МЕЖДУНАРОДНЫХ НАУЧНЫХ
СЪЕЗДОВ,
КОНФЕРЕНЦИИ, КОНГРЕССОВ,
ВЫСТАВОК**

Bülletään ilmub kuus korda aastas ja annab informatsiooni rahvusvaheliste kongresside, konverentside, nõupidamiste ja muu sellise kohta. Tuuakse ürituse toimumise aeg ja koht ning antakse organiseerimiskomiteede aadress, kes väljastab programme, aruandeid ja muid täiendavaid infomaterjale.

Bülletääni viies number annab informatsiooni kaks aastat ette.

Üleliidulise Teaduslik-Tehnilise Informatsiooniinstituudi väljaanne.

Tutvuge väljaandega Riiklikus Teaduslikus Meditsiiniraamatukogus!