



1969
KUKOGUDE EESTI

TERVIS- HOID



EESTI NSV TĒRVISHOIU MINISTĒERIUMI AJAKIRI

1 / 69

TARTU KONSERVITEHASE

lastekonservid

- homogeniseeritakse, puu- ja köögiviljad peenestatakse, et lapse organism neid paremini omastaks;
- sisaldavad C-vitamiini, karotiini, pektiinaineid, samuti lapse luustiku tugevdamiseks vajalikke kaltsiumisooli, fosforit ja rauda

Köögiviljapüreesupp imikutele sisaldab kartulit, porgandit, peeti, kaalikat, värsket tomatipastat ja võid. Ühe purgi püree hulka võib segada pool keedetud munakollast.

Köögiviljapüreesuppi võib anda 4.—5. elukuust alates 10 g, järkjärgult suurendatakse kogust 100 g-ni päevas



Aedviljapüreesuppi liha ja tomatiga on soovitatav 6—7-kuistele lastele anda algul 1—2 teelusikatait, hiljem kuni pool klaasitäit päevas. Suppi lahjendatakse võrdse koguse puljongiga. 8—9 kuu vanustele lastele võib püreed anda lahjendamata

Viljalihaga mustasõstra-, punasõstra-, õuna- ja porgandimahl on

hästi omastatavad, suurendavad söögiisu ning soodustavad lapse organismi ainevahetust. On säilinud nende loomulik maitse ja aroom

Kõikide lastekonservide etikettidel on tarvitamise õpetus

NÕUKOGUDE EESTI TERVIS- HOID

EESTI NSV TERVISHOIU
MINISTEERIUMI AJAKIRI

1/1969
12. AASTAKÄIK

Toimetuse kolleegium

N. AJASTA, N. ELSTEIN, A. JANNUS, V. KUNG, A. LINKBERG, U. MEIKAS, E. RAUDAM, H. ROOTS (peatoimetaja asetäitja), V. RÄTSEP, J. SAARMA, O. TAMM (peatoimetaja)

Toimetuse nõukogu

L. Abram (Viljandi), M. Holm (Jõgeva), V. Ilmoja (Tallinn), A. Juhasoo (Põlva), R. Kariis (Haapsalu), A. Klink (Võru), H. Kreek (Pärnu), P. Ott (Rakvere), D. Pärn (Hiiumaa), P. Rahu (Valga), V. Roos (Kohtla-Järve), L. Siirak (Harju rajoon), M. Sikk (Tartu rajoon), M. Silland (Narva), G. Sukles (Rapla), A. Tamm (Paide), Ü. Valvere (Kingissepa), V. Vessar (Tartu)

TARTU ÜLIKOOLI
RAAMATUKOGU

* Tehniline toimetaja H. Känd. Keeleline toimetaja E. Martson.
* Toimetuse address: Tallinn 1, postkast 19, Tartu maantee 16. Telefonid 220-07 ja 233-98. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pikk t. 37, tel. 483-37.

* Ladumisele antud 8. XII 1968. Trükkimisele antud 14. I 1969. Trükiarv 5500. Kohila Paberivabriku kalandreeritud trükipaber nr. 2 70×108, 1/16. Trükipoognaid 5,25 + 2 kleebist. Tingtrükipoognaid 7,7. Arvutuspoognaid 8,71. Tellimise nr. 7215. MB-01120. H. Heidmanni nim. trükikoda, Tartu, Ülikooli 17/19. I.

* Журнал «Ныукогуде Ээсти Тервисхойд» (Здравоохранение Советской Эстонии). Выходит 6 раз в год. На эстонском языке. Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР. Издательство «Периодика», Таллин.

KÜLASTAGE MEIE UUSI SPETSIALISEERITUD KAUPLUSI

TALLINNA OPTIKAKAUPLUS nr. 2

Tallinn, Tartu mnt. 45

RAKVERE OPTIKA- JA ARSTIRIISTADE KAUPLUS

Rakvere, Komsomoli 35

VILJANDI OPTIKA- JA ARSTIRIISTADE KAUPLUS

Viljandi, Kingissepa 26

PÄRNU OPTIKA- JA ARSTIRIISTADE KAUPLUS

Pärnu, Kalevi 39

TARTU OPTIKA- JA LABORATOORSETE TÄRVETE KAUPLUS

Tartu, 21. juuni 16

Kohapeal tutvumiseks suures valikus
prospekte ja katalooge



Meditsiinitehnika
ja
Abikäitiste Valitsus

LASTE ETAPILISE HAIGLARAVI KORRALDAMISEST LÕUNA-EESTIS

LEIDA KERES ILMAR-VELLO NOVEK
ELLI RATNIK ENE SAMARÜTEL

Tartu

UDK 616-053.2/5-082.4(474.2)

Siiani puuduvad etapilise ravi üldised juhendid, mis laste haiglakohti võimaldaksid otstarbekalt kasutada. On selge, et haigete paigutus on väär siis, kui rajooni keskhaigla lasteosakonnas viibib raskelt ning tüsiliku patoloogiaga haigeid, samal ajal aga on kõrgema ravietaapi haiglas paranevaid lapsi, kelle tervislik seisund on küllaltki hea. Järgnevalt käsitletakse laste etapilise haiglaravi põhinõudeid, lähtudes olukorrast Lõuna-Eestis.

Lõuna-Eesti rajoonidele alluvates haiglates on 181 kohta sisehaigusi pödevatele lastele. Kõrgema ravietaapi lastehaigla ülesandeid täidab Tartu Linna Kliiniline Lastehaigla (100 voodikohta), kus rajoonidest saabuvate laste jaoks on ainult 25...30 voodikohta.

Rajoonide keskhaiglate lasteosakondades ravitakse enamikku haiglaravi vajavatest lastest, nendes töötavad kogunud pediaatrid, seega lasteosakondadel on täita vastutusrikas ülesanne. Mõne rajooni keskhaiglas pidurdab pediaatrite tööd see, et diagnoosimise abikabinettide (laboratoorium, röntgeni- ja EKG-kabinet) töötajad ei tunne küllaldaselt määral laste füsioloogiat ja patoloogiat, samuti on takistuseks uurimiste piiratud hulk. Seetõttu on vaja käsitleda lastehaiguste diagnoosimiseks tarvisminevate uurimiste miinimumi rajooni keskhaiglates.

Rajooni keskhaigla röntgenoloog määrab lõpliku kliinilis-röntgenoloogilise diagnoosi kõigile lastele, keda ravitakse lasteosakondades, kaasa arvatud vastsündinud. Rajooni keskhaiglas tehtavad röntgenoloogilised uurimised on järgmised: ülesvõtted kopsudest kahes

ja südamest kolmes suunas; seedetrakti uurimine kontrastainete ja sihtülesvõtte kasutamise; irrigoskoopia; koletsüstograafia; tsüstograafia; reflukspüelograafia; intravenoosne urograafia üle kolme aasta vanustele lastele; paranaalaurgete, kolju, lülisamba, randmete, *antrum mastoideum*'ide ja jäsemete ülesvõtted. Vastsündinute puhul peab röntgenoloog tundma sünnitraumasid, kopsude ja seedetrakti väärarenguid, südamerikkeid, pülorostenooosi, megaduodeenumit. Luude ülesvõtted luulise vanuse ja väärarengute, vitamiinide ainevahetuse häirete ja leukoosidest põhjustatud muutuste kindlakstegemiseks on tarvis teha juba rajoonihaiglates.

Rajoonides olemasolev röntgeniaparatuur võimaldab neid kohustusi rahuldavalt täita. Puudusena võib mainida peamiselt filmide ja ka kiirituskaitsevahendite vähesust. Loetletud uurimisi enamikus rajooni keskhaiglates tehaksegi. Raskusi valmistab krooniliste kopsuhaiguste, südamerikete, tuumorite ja luude süsteemsete haiguste diferentsiaaldiagnoosimine, mis sageli nõuab lisauurimist.

Elektrokardioloogiliste uurimiste miinimumi kuuluvad: elektrokardiogramm kolmes põhilülituses aVR, aVL, aVF ja rinnalülitustes (V₁₋₅) ning elektrokardiogramm vähemalt neljas kuulatluspunktis (II-SD, II-SS, IV-PSS ja nullpunkt). Elektrokardiograafiakabineti abi on vajalik eelkõige nii kardioloogiliste haiguste (südamerikked, endomüokardiit, perikardiit jt.) diagnoosimiseks kui ka hüpo- ja hüperkaleemia kahtluse korral ning glükosiidravi juhtudel.

Rajooni keskhaiglate aparatuur võimaldab neil juhtudel elektrokardiogrammi-diagnoosi panna — enamikus haiglates tehaksegi vajalikud uurimised, kuid nende tehniline tase on madal, samuti tuleb ette raskusi lapsea iseärasuste tõlgendamisel.

Kuigi enamiku Lõuna-Eesti rajoonide keskhaiglate sisustus on küllaltki rahuldav ja laboratooriumides töötavad kvalifitseeritud spetsialistid, tehakse biokeemilisi analüüse lastele siiski väga vähe. Takistuseks ei tohiks olla uurimismaterjali saamine, sest enamik biokeemilisi analüüse on võimalik teha väga väikesest vereseerumi hulgast (0,1... 0,25 ml), piisab kapillaarverest. Järgnevalt esitame laste laboratoorse uurimiste miinimumi, mis uurimismetodite lihtsuse, aparatuuri kättesaadavuse ja patsiendi vähese traumeerimise tõttu on tehtavad kõigi rajoonide keskhaiglate laboratooriumides. Nende uurimiste abil on võimalik nõuetekohaselt diagnoosida ja ravitulemusi jälgida talviste haigusvormidega lastel.

Verest ja vereseerumist (sulgudes on analüüsiks vajaliku materjali hulk milliliitrites): kaltsium (0,1), kloor (0,05), jääklämmastik (0,1), veresuhkur (0,1... 0,2), bilirubiin (0,25), kolesteriin (0,2), transaminaas (0,1), üldvalk ja elektroforegramm (0,1), veronaaltümoalkats (0,1), Weltmanni koagulatsioonilint (0,1), protrombiin (0,1), trombotest (0,1), C-reaktiivne valk (0,1), reesusfaktor (0,2... 0,3), hematokrit, erütrotsüütide osmootne resistentsus ja nende settimise kiirus, sternaalpunktaadi ja vere tsütoloogiline uurimine, trombotsüütide, erütrotsüütide ja leukotsüütide arv, trombotsütogramm, veritsus- ja hüübimisaeg.

Uriinist: sademe mikroskoopiline uuring, vormelementide loendus Addis-Kakovski või Hamburger' järgi, valguterituse kvalitatiiivne ja kvantitatiivne määramine, suhkur, diastaas, ferriklooriidkats, kaltsiumieritus Sulkowichi järgi, sapipigmendid.

Roojast: valgu, rasva ja süsivesikute seeditavuse hindamine, trüpsiinisisaldus, koprotsütogramm, parasiitide munad, lamblia tsüstid.

Kaksteistsõrmiksoole sisaldis: mikroskoopiline ja bakterioloogiline uurimine, bilirubiini, diastaasi, lipaasi määramine.

Kõrgema ravietaapi lastehaigla ülesanne on:

1) tüsilike ja harva esinevate haigusjuhtude diagnoosimine ning ravi;

2) üliiraskes seisundis haigete ravimine;

3) rahuldavas seisundis ja kindla diagnoosiga, kuid rajoonihaiglas mitteparanenud haigete ravimine.

Kõrgema ravietaapi lastehaigla arstid peavad olema spetsialiseerunud pediaatria kitsastel erialadel (pulmonoloog, kardioreumatoloog, hematoloog, gastroenteroloog, nefrouroloog, endokrinoloog). Seal peavad diagnoosimise abikabinetid (laboratoorium, röntgenikabinet ja funktsionaalse diagnoosimise kabinet) suutma rakendada kõiki tänapäeva lastekliinikutes rutiinselt kasutatavaid võtteid ning olema võimelised kiiresti tegema eriuurimisi harva esinevate haiguste diagnoosimiseks. Kõrgema ravietaapi haiglas tuleb kasutada kõiki ravi- ja protseduure ja seal peab olema intensiivravi-palat sisehaigusi põdevate eluohtlikus seisundis laste raviks.

Niisugusesse haiglasse suunatavate laste arv sõltub rajooni keskhaigla diagnoosimise abikabinettide ja pediaatrie töö tasemest. Kui rajooni keskhaigla diagnoosimiskabinetid on eespool loetletud uurimised teinud, siis jäävad kõrgema ravietaapi haiglale peamiselt alljärgnevad ülesanded: diagnoosi panemine ebaselge etioloogiaga hingamishäirete puhul; subleukeemilise leukoosi eristamine leukemoidsest reaktsioonist; granulopeenia ja tulemusteta ravi korral aneemia etiopatogeneesi selgitamine; perekondliku ja omandatud hemolüütilise aneemia eristamine; koagulopaatiate eristamine; laste täiendav uurimine, kellel on ebaselge etioloogiaga hepatomegalia, hepatosplenomegalia, mitteinfektsioosse etioloogiaga kõhuvalud, pikka aega kestev kõhulahatus ja mikrohematuuria; kaasasündinud südameriketega haigete põhjalik uurimine ja operatsiooniks ettevalmistamine; D-vitamiiniresistentse rahhiidi sündroomiga haigete, ainevahetuse anomaaliate ja neerude tubulopaatiate kindlakstegemine; rajooni keskhaiglas diagnoosimata jäänud, ainult üldsümptomidega haigete (pikaajaline palavik, erütrotsüütide settimise kiiruse tõus jne.) täiendav uurimine. Kui diagnoos on välja selgitatud, jätkub ravi vasta-

valt vajadusele kas rajooni või kõrgema ravietapi lastehaiglas.

Üliraskest seisundis haigete hulgast suunatakse kõrgema ravietapi haiglasse lapsed:

a) kelle diagnoosi täpsustamiseks ja ravi juhtimiseks on tarvis eriuurimisi või kitsa eriala spetsialisti sagedaid konsultatsioone, mis ei ole võimalik rajooni keskhaiglas;

b) kellel on oodata katastroofilise seisundi kujunemist, mille tõttu on vajalik ööpäevane pediatri kohalolek;

c) kellele teatavaid raviprotseduure rajooni keskhaiglas ei saa teha või kes vajavad põetamist intensiivravi-palatis.

Seega võib kõrgema ravietapi haiglasse suunata transportimist taluvald haigeid alljärgneva diagnoosiga: raske hingamispuudulikkus, akuutne kardiovaskulaarne või renaalne puudulikkus, kopsupõletik, mille ravi tulemusi ei ole andnud, aplastiline aneemia, agranulotsütoos, üliäge hemolüütiline aneemia, raske trombotsütopeenia, *purpura fulminans*, vähese raviefektiga ja lokaalse koldeta sepsis, äkki tekkinud üliraske seisund, mille etioloogia on ebaselge. Pediaatria seisukohalt ebaselge etioloogiaga kesknärvisüsteemi häirete sümptomide (teadvushäire, krambid jt.) korral tuleb eelnevalt konsulteerida neuropatoloogiga. Loetletud diagnoosidega haigeid võivad rajooni pediatrid suunata kohe kõrgema ravietapi haiglasse, valvearsti tuleb lapse seisundist telefoni teel eelnevalt informeerida. Hingamiskeskuse pareesiga lapsed (ka imikud) toimetatakse respiratsioonitsentrumisse, vajaduse korral teeb seda valvebrigaad. Kõri ahenemise sündroomiga lapsed suunatakse kõrva-, nina- ja kurguosakonda.

Peale raskelt haigete peab kõrgema ravietapi lastehaigla ravile võtma ka rahuldavas seisundis haigeid, kel on kindel diagnoos ja kelle nõuetekohane ravi rajooni keskhaiglas ei anna soovitud tulemusi. Neil lastel ei ole karta eluohtlikku seisundit, kuid haiguse alageda kulu tõttu võivad välja kujuneda taastumatud muutused. Niisugusteks haigusteks on alaägedad põletikud, mille puhul raviefekt on vähene (kopsupõletik, krüptogeenne sepsis, nefriit, püelonefriit, reumokardiit), hepatomegaliaga

suhkurtõbi jm. Selliseid haigeid on eelkõige vaja täiendavalt uurida, et kindlaks teha põletiku möödumist takistav tegur. Tulemused võivad olla paremad komplekssete ravikuuride, uute ravimite, tavalisest suuremate ravimianuste jne. toimel. On väga tähtis, et siseelundite püsiva vigasusega laste arv oleks võimalikult väike.

Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas on viimaste aastate jooksul ravil olnud igal aastal 350...400 last Lõuna-Eesti rajoonidest. Haiglasse on alati vastu võetud raskelt haigeid ja peaaegu alati ka lapsi, kes vajasisid täiendavat uurimist. Piisavalt aga ei pääse ravile täiendavat ravi vajavad lapsed rajoonihaiglastest.

Laste haiglaravi Lõuna-Eestis saab nõuetekohaselt korraldada alles siis, kui voodikohtade arv suureneb. 1967. aastal oli mittenakkushaigusid põdevate laste haiglavoodeid 10 000 elaniku kohta Lõuna-Eestis (Tartu linn kaasa arvatud) 7,5, Põhja-Eestis koos vabariigilise alluvusega linnadega 12,2 ja kogu Eesti NSV-s 10,9. Et Lõuna-Eesti näitaja vastaks vabariigi keskmisele, tuleks täiendavalt juurde saada 128, Põhja-Eesti tasemele viimiseks aga 177 voodikohta.

Spetsialiseeritud osakonnad, kus on tarvisminev aparatuur ja kus lapsi ravivad kitsamal erialal spetsialiseerunud pediatrid, tagavad haiguste kvaliteetsema diagnoosimise ja ravi. Täiendavaid voodikohti on seetõttu otstarbekam anda kõrgema ravietapi haiglastesse kui rajooni keskhaiglatesse.

Haigete vastuvõttu rajoonidest on ajutiselt võimalik suurendada kahel teel:

1) respiratoorsetesse viirusnakkustesse haigestunud laste suunamine nakkushaiglasse;

2) kroonilisi haigusi põdevate ja paranevatele lastele sanatoorse ravi määramine, milleks Lõuna-Eestis tuleks avada sanatoorium somaatilisi haigusi põdevatele lastele.

Kindlate printsiipide rakendamine haigete etapilisel uurimisel ja hospitaliseerimisel tagab olemasolevates tingimustes kõige ratsionaalsema haiglaabi lastele ja kergendab arstide tööd haigete edasisaatmisel kõrgema ravietapi haiglasse.

РЕЗЮМЕ. О принципах организации этапного лечения детей Южной Эстонии. Л. М. Керес, И.-В. Новек, Э. Ю. Ратник, Э. Э. Самариутель. Были разработаны принципы этапного больничного лечения детей. Качество диагностики в районных больницах зависит не только от качества работы педиатров в районной больнице, но и от качества работы вспомогательных диагностических кабинетов (лаборатория, рентгеновский и электрокардиографический кабинеты).

Врачи кабинетов должны хорошо знать возрастные особенности детей и владеть диагностикой детских болезней. Разработаны минимальные требования анализов и процедур, какими должны владеть диагностические вспомогательные кабинеты всех районных центральных больниц.

Детская больница высшего этапа лечения должна иметь профилированных специалистов, как пульмонолога, кардиоревматолога, гематолога, гастроэнтеролога, нефроуролога, эндокринолога.

Обследованию и лечению на высшем этапе подвергаются:

- 1) больные, у которых педиатры в центральной районной больнице не могут установить диагноз;
- 2) больные в жизнеопасных состояниях;
- 3) больные с затяжным течением болезни,

неподдающимся лечению в районных центральных больницах.

В течение последних лет в Тартуской детской больнице находилось на излечении около 350—400 детей из районов Южной Эстонии. Во всех случаях принимались больные в жизнеопасном состоянии и больные для уточнения диагноза. Детей с неудовлетворительным лечебным эффектом не было возможности госпитализировать из районов. Причиной этому была недостаточная обеспеченность больничными койками детей Южной Эстонии.

В 1967 году на 10 000 жителей Южной Эстонии вместе с городом Тарту было 7,5 терапевтических детских коек, в Северной Эстонии — 12,2, а на всю республику 10,9. Для того, чтобы достигнуть общереспубликанского уровня, необходимо в Южной Эстонии открыть еще 128 детских коек, а чтобы быть на уровне Северной Эстонии — 177 детских коек.

В ближайшие годы можно временно улучшить госпитализацию вышеуказанных континентов за счет организации соматических санаториев для больных с затяжными и хроническими заболеваниями.

*Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna
pediaatrika.eeder*

Tartu Linna Kliiniline Lastehaigla

KOKARBOKSÜLAAS SÜDAME JA VERERINGE PUUDULIKKUSEGA REUMAHAIGETE LASTE RAVIS

LEO TAMM
Tallinn

UDK 616-053.2/5-002.77-08

Südame ja vereringe puudulikkuse patogeneesis on olulisel kohal südamelihase kontraktsioonivõime langus, mis omakorda sõltub müokardi patoloogilis-morfoloogilistest muutustest ja ainevahetuse seisundist. Ainevahetushäired reumahaigetel on põhjustatud fermendisüsteemide koordineeritud tegevuse muutmisest, mille põhjuseks on spetsiifilised põletikulised protsessid, neurotroofilised ja endokriinsed mõjutused ning elundite (maks) funktsiooni reumaatiline kahjustus [G. Lang (6), S. Kolarov (5), N. Nikiforova (7), B. Ovtšinnikov (8) jt.].

Viimastel aastatel on südamehaiguste ravimisel kasutatud preparaate, mis rakusisest ainevahetust mõjutades

parandavad müokardi kontraktsioonivõimet [M. Bakumenko (2, 3), L. Dalla Torre (12) jt.]. Niisugused ravivahendid on kofermendid, fermentid ja nende inhibiitorid. Nende hulka kuulub ka käesolevas töös kirjeldatav preparaat kokarboksülaas ehk tiamiinpürofosfaat (tuntakse ka berolaasi, kobilaaasi, koensüüm B jt. nimetuste all).

Kokarboksülaasi bioloogilisest ja keemilisest osatähtsusest organismi ainevahetuses annavad ülevaate J. Northropi (15), H. Willstaedti (17) ja A. Segre (16) tööd. Tema toimemehhanismi aga pole lõplikult selgitatud. Kokarboksülaas sisaldab aktiivse komponendina tiamiini ja ta võtab osa püroviinamarihappe oksüdatiivsest de-

karboksüleerimisest kui pürovaatkarboksülaasi koferment [V. Engelgardt ja S. Kanopkaite (11), S. Kanopkaite-Rozgene (4), A. Rozanov (10)].

Südamehaigete organismis vähenevad kokarboksülaasi ja tiamiini hulk ning nende ainete utiliseerimine [V. Aršava (1), V. Petšnikova (9), R. Goodhardt jt. (13), M. Wohl jt. (18)]. Samuti on kahjustatud fosforüleerimisprotsessid kudedes. Sellest lähtudes on põhjendatud tiamiini sisaldavate ravimite manustamine südamehaigetele, ehkki B₁-vitamiin puhtal kujul on kofermendiks vähe efektiivne aeglase ja puuduliku fosforüleerumise tõttu [A. Rozanov (10)]. Kokarboksülaas, mis kuulub makroergiliste ühendite hulka, võib otseselt osa võtta mitmesugustest raku-sisestest ainevahetusreaktsioonidest kui makroergilise fosfaadi donaator või aktseptor. Kokarboksülaas on 3...5 korda vähem toksiline kui tiamiin [A. Rozanov (10), G. Mouriquand jt. (14)] ega kutsu esile kõrvalnähte [M. Bakumenko (3)].

Seega on kokarboksülaasil rida eeliseid tiamiini ees ning teda tuleks laialdasemalt kasutada kliinilises praktikas.

Käesolevas töös* kasutati kokarboksülaasi 25 südame- ja vereringe-puudulikkusega reumahaige lapse ravimiseks. Haigete hulgas oli 16 tütarlast ja 9 poeglast vanuses 6...14 aastat. Ühekordne kokarboksülaaskuur tehti 23 lapsele 15...38. suuremal osal 20 päeva jooksul. Kahel lapsel kasutati preparaati ravikuuridena 4 korda. Päevas süstiti 50...300 mg preparaati lihasesse (sõltuvalt haige vanusest ja seisundi raskusest).

Tabelis 1 on toodud haigete jaotumine südame ja vereringe puudulikkuse astme, reuma aktiivsuse ja kulu laadi järgi.

Kõikidel lastel oli südameklappide kahjustus: 3 haigel mitraalklapi puudulikkus, 15-l mitraalklapi kombineeritud puudulikkus, 4-l aordklapi puudulikkus kombinatsioonis mitraalklapi puudulikkusega ja 3 haigel mitraalklapi kahjustus koos kolmehõlmase klapi puudulikkusega. Virven-

* Töö viidi läbi NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Pediaatria Instituudi vanemaealiste laste I (kollagenooside) osakonnas.

dusarütmiaid sedastati ravikuuri algul kahel südame ja vereringe II A astme puudulikkusega haigel. Enamikul lastest oli taastuv reumokardiit. Neljal südame ja vereringe II B...III astme puudulikkusega haigel diagnoositi pankardiiti. Ravikuuri algul oli 13 lapse üldseisund keskmise raskusega, kaheksal raske ja neljal üliraske.

Kokarboksülaasi kasutati reumavastase kompleksravi taustal koos südamevahenditega (strofantiin, digitaalisepreparaadid) 16 haigel ja koos kortikosteroidraviga 17 haigel. Laste seisundit ja kliinilisi andmeid hindasime pikema aja jooksul pärast kokarboksülaasi manustamist, sageli enne ravikuuri algust. Võrdluseks jälgisime samasuguste kliiniliste reumavormidega lapsi (23 haiget), kes kompleksset reumavastast ravi olid saanud ilma kokarboksülaasita. Kokarboksülaasravi tulemused on toodud tabelis 2.

Positiivseks pidasime kokarboksülaasi ravitoime siis, kui preparaadi manustamise ajal ilmnis haige üldseisundi, enesetunde, söögiisu, une, samuti kliinilis-laboratoorsete näitajate (pulsisageduse, elektrokardiogrammi, laktaatdehüdrogenaasi isofermentide spektri ja üldaktiivsuse jt.) nihe normi suunas.

Kokarboksülaasravi ajal paranes uuritavate laste kliiniline üldseisund palju kiiremini kui nendel, kes nimetatud preparaati ei saanud. Südame ja vereringe puudulikkuse nähud nõrgenesid. Eriti märgatav oli see II A astme puudulikkusega lastel, kel suurenenud pulsisagedus vähenes. Kuuel haigel pulsisagedus normaliseerus. Normist väiksem verevoolu kiirus suurenes (määratud veretel meetodil oksühemomeetriga), pulsi defitsiit likvideerus või vähenes. Bradükardia puhul kokarboksülaasi manustamine pulsisagedust olulisel määral ei muutnud. Elektrokardiogrammi dünaamika avaldus pikenenud PQ- ja QT-intervallide lühenemises (6 lapsel). Maksa suurus vähenes 8 haigel. Arteriaalsele rõhule kokarboksülaas märkimisväärselt ei mõjunud.

Kokarboksülaasi abil oli võimalik kupeerida virvendusarütmia hooge ning likvideerida teise ja kolmanda astme atrioventrikulaarset blokaadi,

Laste jaotus reuma aktiivsuse, kulu laadi ning südame ja vereringe puudulikkuse astme järgi

Südame ja vereringe puudulikkuse aste	Laste arv	Reuma aktiivsuse aste			Reuma kulg			
		minimaalne (I aste)	mõõdukas (II aste)	kõrge (III aste)	äge	ala-äge	pidevalt retsidi-veeruv	latentne
I	5	3	1	1	1	1	2	1
II A	15	4	6	5	1	4	10	—
II B...III	5	—	2	3	2	—	3	—
Kokku	25	7	9	9	4	5	15	1

mis oli tekkinud digitaalse või strofantiini toimel. Kokarboksülaasi abil õnnestus vallandada digitaalsepreparaatide ravitoimet ka varem refraktarsetel juhtudel.

Kokarboksülaasi kasutamine südame ja vereringe II B...III astme puudulikkusega laste ravis kutsus samuti esile üldseisundi paranemise, pulsituduse aeglustumise, verevoolu kiiruse suurenemise, kuid kliinilise sümptomatoloogia dünaamika oli vähem ilmekas kui I ja II A astme puudulikkuse korral.

Toome ühe haigusloo kirjelduse.

Sveta V., 13 aastat vana, kaebas kliinikusse saabudes hingeldust, valu südame piirkonnas ja üldist nõrkust. Varem oli põdenud tuulerõugeid, leetreid, läkaköha ja sageli kannatanud angiinide all. Esimene reumahoog oli 1963. aastal. Kliiniline diagnoos: reuma, III aktiivsuse aste. Pankardiit. Mitraal- ja trikuspidaalklapi puudulikkus, mitraalsuistiku stenoos. Vasakpoolne pleuropneumoonia. Polüserosiit. Sageli retsidi-veeruv kulg. II B...III astme kardiovaskulaarne puudulikkus. Troofilised nahahaavandid jalgadel ja perineumil. Stomatiit.

Enne kokarboksülaasi manustamist, vaatamata kompleksravile, oli üldseisund üldiselt haige kahvatu, hingeldas tugevasti, poolistavas sundasendis. Suu limaskestal haavandid.

Kopsuväljade kohal auskulteeritav kare hingamiskahin, kopsu alumiste osade kohal, taga, kuulda rohkeid peenemullilisi räginaid. Tugevasti kujunenud «südamekühm». Kogu rindkere vibreeris. *Cor bovinum*. Südame auskulteerimisel kuulda intensiivne, kare, laialdase levikualaga holosüstoolne kahin ning presüstoolne kahin. Pulss halva täitumusega, sagedus 128 korda minutis. Vererõhk 110/70 mm Hg. Köht ette võlvunud — ümbermoot 85 cm. Maksa alumine serv palpeeritav paremal pool mammillaarjoonel roietekaarest 12 cm allpool. Jalad (põlvedeni) ja lumbaalpiirkond ödematoossed. Röntgenoskoopiliselt sedastatav parempoolne keskmise ja alumise sagara pneumoonia. Süda tunduvalt suurenenud, «telgikujuline»; pulsatsioonid kontuuril vaevu märgatavad. Pankardiit.

Haigele süstiti kokarboksülaasi lihasesse 150 mg päevas 15 päeva jooksul 9. ravipäevast alates. Samal ajal jätkati kompleksset reumavastast ravi (atsetüülsalitsüülhape, prednisoloon, strofantiin, kaaliumipreparaadid). Lapse enesetunne paranes tunduvalt kokarboksülaasi süstimise 7. päevast alates. Hingeldus ja tsüanoos vähenesid. Pulsisagedus vähenes kuni 90 korrani minutis. Köhu ümbermoot vähenes 77 cm-ni, ka maksa mootmed vähenesid (maksa serv paremal pool mammillaarjoonel oli palpeeritav roietekaarest 8 cm allpool).

Samal ajal määratud laktaatdehüdrogenaasi (LDH) isofermentide spekter vereseerumis hakkas lähenema normile: enne kokarboksülaasikuuri südame-spetsiifiline esimene isofermentide fraktsioon (LDH-1) oli tunduvalt vähenenud (26,1%, norm 40,4%), LDH-2

Kokarboksülaasravi tulemused

Tabel 2

Südame ja vereringe puudulikkuse aste	Laste arv	Kokarboksülaasi toime			Kokarboksülaasi kasutamise juhtude arv kokku
		positiivne	puudus	negatiivne	
I	5	5	—	—	5
II A	15	16	4	1	21
II B...III	5	4	1	—	5
Kokku	25	25	5	1	31

oli praktiliselt normis (42,9%, norm 41,3%), kuna LDH-3 (18,7%, norm 11,6%), LDH-4 (6,3%, norm 4,6%), maksa-spetsiifiline LDH-5 (5,5%, norm 2,6%) ning LDH üldaktiivsus (580 üh., norm 330 üh.) olid suurenenud. Müokardi ainevahetuse paranemisele viitas esimese fraktsiooni (LDH-1) suurenemine LDH isofermentide spektris kokarboksülaasi manustamise esimesel nädalal (31,1%), LDH-2 oli 40,8%, LDH-3 22,4%, LDH-4 3,6% ja LDH-5 2,1%. Kokarboksülaasravi 12. päeval suurenes LDH-1 veelgi (36,3%), LDH-2 44,4%, LDH-3 11,1%, LDH-4 4,9% ja LDH-5 3,2%. Laktaatdehüdrogenaasi üldaktiivsus langes 400 ühikuni.

Kirjeldatud juhul oli tegemist raskest ja sageli retsiveeruvast protsessist tabatud reumahaigega, kel üldseisund ning enesetunne tunduvalt paranesid kokarboksülaasi süstimise tõttu. Kokarboksülaasi manustamise ajal viitab ainevahetuse paranemisele organismis laktaatdehüdrogenaasi üldaktiivsuse ja selle isofermentide spektri positiivne dünaamika. Sellist intensiivset dünaamikat haiguse kulus edaspidi ei esinenud.

Käesoleva töö tulemused näitavad, et kokarboksülaasi manustamine annab tunduva raviefekti südame ja vereringe puudulikkusega reumahaigetel lastel. Preparaat vähendab dekompensatsiooninähte, digitaalsepreparaatidest põhjustatud intoksikatsiooni ja võimaldab kupeerida virvendusarütmia hoogusid. Paremaid ravitulemusi on võimalik saavutada kokarboksülaasi manustamisel (150... 300 mg päevas) pikema aja jooksul (3... 4 nädalat). Kokarboksülaas avaldab toimet ainult preparaadi kasutamise perioodil.

KIRJANDUS: 1. Аршава В. П. Витамин В₁ при ревматизме. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Днепропетровск, 1953. — 2. Бакуменко М. С. В кн.: Сердечная и коронарная недостаточность. М., 1966, 106—112. — 3. Бакуменко М. С. 17-ая годовичная научная сессия Института терапии АМН СССР. В кн.: «Сердечная и коронарная недостаточность. Тезисы докл. М., 1966, 17—18. — 4. Канопкайте-Розгене С. И. Успехи совр. биол., 1959, 47, 137—151. — 5. Коларов Ст. А. Тезисы докл. VII Всесоюзного съезда детских врачей. Л.,

1957, 138—140. — 6. Ланг Г. Ф. Болезни системы кровообращения. М., 1957. — 7. Никифорова Н. И. Вopr. педиатрии, охраны материнства и детства. 1961, 6, 5, 8—18. — 8. Овчинников Б. А. Влияние витаминны В₁ на углеводный обмен и коронарное кровообращение при некоторых заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Автореф. дисс. докт. мед. наук. Л., 1954. — 9. Печникова В. Н. Архив патол., 1963, 8, 30—38. — 10. Розанов А. Я. Метаболизм тиамина, его фосфорных эфиров и дисульфидов в животном организме. Дисс. докт. мед. наук. Одесса, 1963. — 11. Энгельгардт В. А., Канопкайте С. И. Биохимия, 1957, 22, 1—2, 21—27. — 12. Dalla Torre, L. Arch. Kreislaufforsch. 1952, 18, 86—94. — 13. Goodhardt, R. a. o. J. Biol. Chem., 1940, 132, 11—21. — 14. Mouriquand, G. e. a. Compt. rend. Acad. Sci., 1955, 240, 138—140. — 15. Northrop, J. H., Herriot, R. M. Annual rev. Biochem., 1938, 7, 37—50. — 16. Segre, A. Arzneimittelforsch. 1959, 9, 1—9. — 17. Willstaedt, H. Schweiz. Med. Wochenschr., 1940, 70, 159—162. — 18. Wohl, M. G. a. o. J. Clin. Invest., 1954, 33, 1580—1585.

РЕЗЮМЕ. *Коккарбоксилаза в лечении недостаточности кровообращения у детей, больных ревматизмом.* Л. Я. Тамм. Приводятся результаты лечебного действия кокарбоксилазы у 23 больных с недостаточностью кровообращения в возрасте от 6 до 14 лет. Коккарбоксилаза применялась в комплексном лечении ревматизма курсами от 15 до 38 дней в дозе 50—300 мг в сутки внутримышечно. Положительный лечебный эффект получен у 20 больных. Он заключался в уменьшении явлений недостаточности кровообращения, улучшении самочувствия, аппетита, в уменьшении тахикардии, укорочении удлиненного времени кровотока, в положительной динамике данных ЭКГ.

Контрольной группой являлись 23 ребенка с недостаточностью кровообращения, которые не получали кокарбоксилазу в комплексном лечении ревматизма. Длительное время велось наблюдение за состоянием детей, и за динамикой заболевания до и после применения кокарбоксилазы. На фоне лечения препаратом отмечалась более быстрая положительная динамика состояния по сравнению с детьми с недостаточностью кровообращения, не получавшими кокарбоксилазы. Коккарбоксилаза купировала пароксизмы мерцательной аритмии, уменьшала явления интоксикации от действия препаратов наперстянки.

*Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini
Instituudi kardioloogiasektor*

REUMAHAIGETE LASTE RAVIST SANATOORSES INTERNAATKOOLIS

INGRID LAAN
Tallinn

UDK 616-053.2/5-002.77-08:373.3

Tänu järjest täienevatele parakliinilistele uurimismeetoditele on viimastel aastatel sagedamini diagnoositud alaägedalt ja varjatult kulgevat reumat. Samuti on reumahaigete laste hoolikas uurimine ja jälgimine näidanud, et reuma on sageli aktiivne ka hoovälises perioodis (3).

Kuigi reumahaigete laste retsidiivivastane ravi kevadel ja sügisel on retsidiivide arvu vähendanud, ei ole sellega nende vältimiseks veel kõiki võimalusi ära kasutatud. Reumahaige lapse immunobioloogilise toonuse tõstmiseks on profülaktiliste antibakteriaalsete ravikuuride kõrval väga tähtis ka õigete elutingimuste loomine. On vajalik otstarbekas päevarežiim, normeeritud füüsiline koormus, karastamine, ravikehakuultuur, ratsionaalne toitumine jne.

Eriti oluline on see kooliealistel lastel. Väga paljud reumahaiged lapsed viibivad vanemate kutsetöö ja ühiskondliku tegevuse tõttu kodus sageli järelevalveta, mistõttu ei peeta kinni päevarežiimist. Nii mõnigi kord, peamiselt maal, on koolitee liiga pikk ja väsitav.

Nende, negatiivsete tegurite mõju vähendamiseks on reumahaigetele lastele otstarbekas avada sanatoorseid internaatkoole, kus elu- ja õppimistingimused oleksid optimaalsed.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi laste-reumatoloogiaspektori teaduslike töötajate initsiatiivil avas Eesti NSV Haridusministeerium 1964. a. sügisel eesti õppekeelega sanatoorse internaatkooli Keila-Joal.

Kooli meditsiinitöötajate ja pedagoogide ning instituudi töötajate koostööna loodi reumahaigetele lastele sanatoorses internaatkoolis märksa paremad õppimistingimused kui üldhariduslikus koolis. Õppetund kestab 40 minutit, suur vahetund 30 minutit, kusjuures lapsed sel ajal tingimata

viibivad värskes õhus (välja arvatud vihmased ilmad). Üldse on lapsed võimalikult kaua aega väljas (hommikul enne tundide algust, pärast puhketundi jne.). Pärast lõunat magavad nad kaks tundi. Toitlustamine on sanatooriuminormide alusel viis korda päevas. Kõik lapsed tegelevad süsteemaatilistelt kehakultuuriga, kusjuures koormus määratakse südame ja üldise tervisliku seisundi järgi.

Õppetöö ei katke täielikult ka lapse haigestumise ajal. Sel juhul viibivad lapsed isolaatoris, kus nad paranemisperioodil pedagoogide juhendamisel õpivad.

Sanatoorsesse internaatkooli võetakse õpilasi kogu vabariigist, kusjuures tingimuseks on, et reuma ägeda hoo algusest oleks möödunud vähemalt kuus kuud.

Käesoleval ajal on koolis kuus klaskomplekti (III...VIII klassini). Seal õpib 150 last. Koolis viibivad õpilased terve õppeaasta vältel. Igal suvel komplekteeritakse klassid uuesti kooli direktioonile lastevanematelt laekunud avalduste ja arsti antud haigusloo-väljavõtete alusel (avalduste saatmise tähtaeg on 15. juuni). Peab mainima, et sanatoorset internaatkooli vajav õpilane on nii mõnigi kord sinna jäänud vastu võtmata just arsti halvasti vormistatud meditsiinilise dokumentatsiooni tõttu. Seepärast tuleb jaoskonnapediaatritel ja reumatoloogidel suuremat tähelepanu pöörata haigusloo väljavõtetele, millel tingimata on tarvis näidata nii reuma ägeda hoo kui ka reuma hoovälise perioodi kulg, kaasnevad haigused, kroonilised infektsioonikolded jne.

Initsiatiiv reumahaige lapse sanatoorsesse internaatkooli saatmiseks peakski tulema last jälgivalt arstilt, mitte aga lastevanematelt.

Hästi on reumahaigete laste ravimise võimalust sanatoorses internaatkoolis kasutanud Kingissepa ja Tartu pediaatrid. Vähe lapsi on Võrust, Val-

gast ja Põhja-Eestist (eriti põlevkivi-basseinist ning Narvast).

Sanatoorsesse internaatkooli tuleks soovitada eriti neid reumahaigeid lapsi, kel hoovälises perioodis tekib vaevusi, kes üldhariduslikest koolidest tihti puuduvad ja kes sageli põevad interkurrentseid haigusi; samuti lapsi, kes reuma hoovälises perioodis ei pea kinni ettenähtud režiimist kas mitterahuldavate elutingimuste, vanemate töökoormuse või ülemäärase hooldamise ja hellitamise tõttu.

Hoolikalt tuleb kaaluda ja arvestada elukondlike tingimusi reuma närvivormi põdenud laste suunamisel sanatoorsesse internaatkooli. Tihti ei mõju pidev viibimine suures kollektiivis hästi sellise lapse niigi kahjustatud närvisüsteemile.

Sanatoorses internaatkoolis on õpilased alalise arstliku järelevalve all. Koolil on laboratoorium, kus peale tavaliste vere- ja uriinianalüüside tehakse vajaduse korral ka reumaatilise protsessi aktiivsust peegeldavaid analüüse (verevalgud, siaalhape, C-reaktiivne valk). Samuti tehakse EKG ja FKG 2...3 korda aastas.

Krooniliste infektsioonikollete profülaktika ja ravi eesmärgil vaatavad õpilasi läbi ka otorinolarüngoloog ja stomatoloog. Koolis on samuti füsioteraapiakabinet. Sügisel ja kevadel tehakse lastele retsidiivivastane bitsilliin- ja atsetüülsalitsüülhapekuur. 1967. aastast alates on sanatoorses internaatkoolis antud ka mudaravi (Haapsalu muda) nendele lastele, kel haigus on hoovälises perioodis.

Nagu senised kogemused on näidanud, paraneb sanatoorses internaatkoolis viibimise ajal laste üldseisund, tõuseb emotsionaalne toonus, kaovad või vähenevad kaebused; paranevad füüsilise arengu näitajad (antropomeetria, spiro- ja dünamomeetria), väheneb retsidiivide arv ja, *last not least*, tõuseb ka õppeedukus (1, 2).

Mõnel juhul on sanatoorses internaatkoolis viibivatel lastel täheldatud reuma retsidiive. Neid esineb eriti siis, kui koormus koolis ei ole lapsele veel jõukohane haiguse aktiivsuse tõttu

(haiguse algusest on möödunud vähem kui 6...12 kuud). Seepärast tahaksin rõhutada, et sanatoorne internaatkool ei asenda reumahaigete laste etapilises ravis nii väga vajalikku sanatooriumi.

KIRJANDUS: 1. Мюллербек Е. Х. и др. Материалы VII Эстонской республиканской научной конференции по курортологии и физиотерапии. Пярну, 1966, 126—130. — 2. Пильв И. И., Луйга Э. Э., Сепп Ю. М. Там же, 140—142. — 3. Тамм, S. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1967, 4, 247—248.

РЕЗЮМЕ. Лечение детей, больных ревматизмом в санаторной школе-интернате. И. Ю. Лаан. Дети, перенесшие острый приступ ревматизма, нуждаются в длительном и постоянном врачебном наблюдении и лечении. Эта необходимость возникает в связи с тем, что активность ревматического процесса часто сохраняется в так называемом внеприступном периоде ревматизма, когда болезненный процесс продолжается в субклинической форме.

Кроме противорецидивного лечения ребенок в это время нуждается в создании для него охранительного режима с адекватной физической нагрузкой, правильным чередованием труда и отдыха, достаточным пребыванием на свежем воздухе, регулярным и правильным питанием и т. д.

В домашних условиях и при посещении общеобразовательной школы не всегда имеются возможности для организации правильных условий жизни больным детям.

В 1964 г. в ЭССР организована санаторная лесная школа в Кейла-Йоа, куда направляются дети после перенесенного ревматизма, но не раньше, чем через 6 месяцев после его последнего приступа. В школе для детей созданы правильные условия жизни и обеспечено постоянное врачебное наблюдение. Для выявления скрытых признаков активности ревматизма проводятся клинико-лабораторные и биохимические анализы, несколько раз в год исследуются ЭКГ и ФКГ. В соответствии с показаниями детям систематически проводится необходимое лечение, в том числе медикаментозно-бициллиновое, физиотерапевтическое. С 1967 г. лечат привозимой из Хаапсалу лечебной грязью.

Несколько лет существования школы убедительно свидетельствуют о ее большом значении для профилактики рецидивов ревматизма и возникновения пороков сердца.

Желательно, чтобы педиатры нашей республики своевременно направляли детей, заболевших ревматизмом, в санаторную школу и тщательно отбирали кандидатов, учитывая клинические и социальные показания.

Експерименталсе ja Kliinilise Meditsiini
Instituudi laste-reumatoloogia sektor

RAVIVÖTETE MÕJUST VEDELIKU JA VALGU TRANSKAPILLAARSE VAHETUSE TASAKAALULE HAIGETEL LASTEL

AINO PAVES
Tartu

UDK 616-053.2/5-08

Transkapillaarne ainevahetus toimub lastel väga kiiresti. 20 minuti jooksul läbib vere ja interstitsiaalse koe vedeliku hulka, mis võrdub kehakaaluga (2). Seega vahetub kogu tsirkuleeriv plasma koevedelikuga ühe minuti jooksul. Mitmesuguste patoloogiliste protsesside puhul, millele kaasuvad kapillaaride permeaabluse häired, võib transkapillaarne tsirkulatsioon kiirenedada või aeglustuda ja muutuda ainevahetuse tasakaal. Nii võib vedeliku ja valgu kadu kapillaaridest kudedesse suurenedada mitu korda (4, 17, 18 jt.).

Transkapillaarse ainevahetuse muutused pole üksnes kahjustuse näitajad, vaid on ka kompensatsiooni nähud. Nad võivad olla üldised või ainult teatava elundi piirkonnas. Sageli on vedeliku ja valgu suurenenud kadu transkapillaarse vahetuse puhul oluline lüüsi nii ägedate kui ka krooniliste haiguste patogeneesis ja siis, kui on tekkinud komplikatsioonid (1, 4, 7, 10). Meie andmetel on vedeliku ja valgu kadu kapillaaridest kudedesse alla 2 aasta vanustel ägedat kopsupõletikku ja hingamisteede katarri põdevatel lastel suurenenud 93,2%-l juhtudest. Kopsupõletiku puhul on kadu võrdeline haiguse raskusega.

Paljud autorid on loomkatsetega näidanud mitmesuguste ravimite mõju kapillaaride läbilaskvusele (3, 11, 13, 14, 16 jt.). Puuduvad aga andmed teraapiaprotseduuride toime kohta vedeliku ja valgu transkapillaarsesse vahetusse lastel. Praegu rakendatavate uurimismeetoditega ei saa me hinnata vedeliku ja valgu transkapillaarse vahetuse ulatust, küll aga saame hinnata vahetuse tasakaalu. Viimane aga on ravi määramisel väga oluline.

Käesoleva töö ülesandeks oli välja selgitada, kas ja kuidas muutub kääre distaalses osas vedeliku ja valgu transkapillaarse vahetuse tasakaal lastel

siis, kui kopsupõletiku raviks kasutada hapnikku, prednisolooni, ultralühilaineid, negatiivseid aeroioone, kui veeni viia natiivplasmata ja konservverd. Määramiseks rakendati V. Kaznatšjevi meetodit (5, 15). Määrati venoosse ja arterialiseeritud kapillaarvere hematokrit ja vereplasma üldvalk (refrakto-meetriliselt); vedeliku ja valgu arteriovenoosne diferents arvutati 100 ml arteriaalse vere kohta. M. Dombrovskaja (4), T. Sirotova (10) jt. järgi on V. Kaznatšjevi meetodil määratud transkapillaarse vahetuse norm lastel: valgu kadu kuni 3% plasmavalkude hulgast ja vedeliku kadu 2...4 ml 100 ml arteriaalse vere kohta.

Uuritavateks olid Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas aastail 1965...1967 ravil viibinud 3 kuu kuni 12 aasta vanused lapsed, kel oli diagnoositud mitmesuguseid haigusi. Uuriti 79 last 201 korral enne ja pärast ravi, kokku 402 uurimist. Sama haiget uuriti korduvalt 1...3-päevase vaheaja järel. Kõigil oli vedeliku ja valgu kadu kapillaaridest kudedesse suurenenud.

Hapniku toime selgitamiseks võeti vaatluse alla kuusteist 3 kuu kuni 2 aasta vanust last (42 uurimist), kes põdesid ägedat kopsupõletikku ja kel oli hingamispuudulikkus. Neile anti 30 minuti jooksul sisse hingata 38...40% hapnikku sisaldavat niisket õhku. Hapniku toimel vähenes ainete kadu kapillaaridest kudedesse kuuestkümmest uuritavast neljateistkümmel: vedelikku $13,5 \pm 0,90$ ml ja valku $10,74 \pm 0,60\%$ võrra ($p < 0,01$), kuid ei normaliseerunud ühelgi juhul (vt. tabel). Tulemused ühtivad kirjanduse andmetega. On näidatud kapillaaride läbilaskvuse ja lümfimoodustumise tõusu hapnikuvaeguse korral, hapnik-ravi korral aga perikapillaarse turse vähenemist ja permeaabluse normaliseerumist (6, 9 jt.).

Prednisolooni mõju uuriti 22-17 kuu kuni 12 aasta vanusel lapsel 66 korral. Ravialused olid haiglas eri diagnoosidega: respiratoorse viirusinfektsiooni järgne nefropaatia, D-hüpervitamiinosis, eksudatiivne diatees, krooniline kopsupõletik jm. Peale tavalise ravi said nad veel prednisolooni 1...1,5 mg/kg päevas. Vedeliku ja valgu kadu kapillaaridest kudedesse määrati 2., 5. ja 8. prednisoloonravi-päeval enne ja üks tund pärast prednisolooni andmist. Prednisolooni ühekordsel manustamisel ei täheldanud me olulisi muutusi, küll aga vähenes transkapillaarne vedeliku ja valgu kadu seitsmepäevase ravi järel (vt. tabel). Tulemused on statistiliselt tõepärased ($p < 0,01$). Kirjanduses leidub selle kohta erinevaid arvamusi. Meie tulemused ühtivad M. Dombrovskaja (4), G. Medniku (8), C. Hymani ja R. Chambersi (12) jt. andmetega, kes on täheldanud, et steroidhormoonidel on kapillaaride permeaablust vähendav toime.

Seejärel uuriti ultralühilaineravi toimet rindkerel 10-1 ägedat kopsupõletikku ja bronhiiti põdeval 1...2 aasta vanusel lapsel, kokku 16 korral. Ultralühilaineravi oligotermilises doseerimises said lapsed 10 minuti vältel. Kümnest uuritavast üheksal suurenes vedeliku ja valgu kadu vähesel määral — vastavalt $6,30 \pm 0,80$ ml ja $5,65 \pm 1,38\%$ võrra.

Jälginud kuuel lapsel negatiivsete aeroioonide 30 minutit kestva inhalat-

siooni toimet, 15 lapsel veeni viidud natiivplasma ($3...5$ ml/kg) ja 10 lapsel konservvere ($2...3$ ml/kg) mõju vedeliku ning valgu transkapillaarsele tasakaalule, ei täheldanud me ühelgi juhul olulisi muutusi (vt. tabel).

Kokku võttes võib öelda, et vedeliku ja valgu transkapillaarse vahetuse tasakaalu uurimine V. Kaznatšejevi meetodil on lihtne ja igapäevases kliinilises töös vajalik, eriti haiguse kulu prognoosimisel ja ravi suunamisel. Ägeda kopsupõletiku ja hingamisteede katarri juhtudel on vedeliku ja valgu kadu kapillaaridest kudedesse suurenenud, mida ravis tuleb arvestada. Prednisoloon- ja hapnikravi normaliseerivad permeaablust. Rindkere ultralühilainekiiritus intensiivistab vee ja valgu liikumist kudedesse ka käe piirkonnas, mistõttu tunduvamate muutuste korral transkapillaarses vahetuses tuleb arvestada võimalikke kõrvalnähte (ödeem jm.).

Järeldused

1. Ägeda kopsupõletiku ja hingamisteede katarri puhul on suurenenud vedeliku ja valgu kadu kapillaaridest kudedesse.

2. $38...40\%$ -line hapnikusisaldus sissehingatavas õhus vähendab kopsupõletikuhaigetel vedeliku kadu kapillaaridest kudedesse.

3. Prednisoloon, mida manustatakse $1...1,5$ mg/kg nädala jooksul, normaliseerib vedeliku ja valgu transkapillaarse vahetuse tasakaalu.

Vedeliku ja valgu transkapillaarse tasakaalu muutumine

Tabel

Uuritav ravivõte	Uurimiste arv	Vedeliku kao muutumine (ml)		Valgu kao muutumine (%)	
		M±m	piirväärtused	M±m	piirväärtused
Hapnikravi	42	-13,5±0,9	-7,1...16,4	-10,74±0,60	-4,34...11,15
Prednisoloonravi	66	-12,6±0,8	-5,6...18,5	-10,83±0,74	-6,89...15,74
Ultralühilaineravi	16	+6,3±0,8	+4,2...7,1	+5,65±1,38	+3,33...7,97
Ravi negatiivsete aeroioonidega	12	±1,7±0,3	±0,8...2,6	±1,0±0,50	±0,50...1,18
Natiivplasma viimine veeni	41	±1,6±0,4	±0...2,7	±1,35±0,41	±0,10...2,25
Konservvere viimine veeni	24	±0,8±0,3	±0...1,3	±1,38±0,47	±0,16...2,68

Märkus. Miinusmärk tähendab vedeliku või valgu transkapillaarse kao vähenemist, plussmärk suurenemist.

KIRJANDUS: 1. Андриуца В. И. В кн.: Докл. конф. докторантов, аспирантов и ординаторов. Кишинев, 1966, 3—6. — 2. Вельтишев Ю. Е. Водно-солевой обмен ребенка. М., 1967. — 3. Гапонюк П. Я., Ойвин В. И. В кн.: Тезисы докл. третьего совещания по проблеме «гистогематические барьеры». М., 1966, 24—26. — 4. Домбровская М. П. Педиатрия, 1959, 4, 31—35. — 5. Казначеев В. П. В кн.: Очерки по сосудистой проницаемости. М., 1956, 45—48. — 6. Кристман А. В. Педиатрия, 1960, 1, 77—81. — 7. Менде Т. А. В кн.: Первая конф. республ. детской клин. больницы (тезисы и доклады), Рига, 1965, 70—73. — 8. Медник Г. Л. Пробл. эндокринол. и гормонотерапии, 1957, 2, 40—43. — 9. Нейко Е. М. Булл. эксп. биол. и мед., 1959, 10, 27—29. — 10. Сиротова Т. М. Педиатрия, 1961, 9, 33—37. — 11. Greig, M., Holland, W. Science, 1949, 110, 236—241. — 12. Hуman, C., Chambers, R. Endocrinology, 1943, 32, 310. — 13. Kelentei, B., Földes, I. Acta physiol. Akad. hung. 1954, 1—2, 139—148. — 14. Mellander, S. Angiologica, 1966, 3, 2, 77—79. — 15. Paves, A. TRÜ Toimetised, Tartu, 1965, 178, 125—131. — 16. Szabo, G., Magyar, Z. Ebenda, 1956, 10, 1—2, 56—66. — 17. Wassermann, K., Mayerson, H. Amer. J. physiol. 1951, 165, 15—26. — 18. Wasser-

mann, K., Mayerson, H. Cardiologia, 1952, 21, 296—307.

РЕЗЮМЕ. Влияние лечебных мероприятий на равновесие транскапиллярного обмена воды и белка у больных детей. А. Э. Павес. Исследовали равновесие транскапиллярного обмена воды и белка по методу В. П. Казначеева у 79 детей с разными диагнозами в возрасте от 3 месяцев до 12 лет, находившихся на излечении в Тартуской детской клинической больнице в 1965—1967 гг. Всего было проведено 402 исследования.

При острой пневмонии и воспалении дыхательных путей выход воды и белка из капилляров в ткани повышен в 93,2% случаев. Нормализуют равновесие транскапиллярного обмена вдыхаемый в течение 30 минут воздух, содержащий 38—40% кислорода, и в течение одной недели — преднизол 1—1,5 мг/кг. УВЧ на грудную клетку мало повышает выход воды и белка из капилляров в ткани.

Осложнения (отек и др.) могут появиться при повышенном транскапиллярном обмене белка и жидкости.

Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna
pediatriakateeder

UROPEPSIINI EKSKRETSIOON TERVETEL JA HAIGETEL LASTEL

ESFIR UMANSKAJA
SEMJON UMANSKI

Tallinn

UDK 616-053.2/5-073:614.212

Uropepsiini määramine Sylvest-Westi meetodikal (16, 17) on meditsiinipraktikas laialdast kasutamist leidnud. Ka on kindlaks tehtud, et esimestel elupaevadel on uropepsiinisisaldus lapsel väheldane. Koos eluea suurenemisega suureneb ka uropepsiinisisaldus ja 10. kuni 12. eluaastast alates on see niisama suur kui täiskasvanuil (2, 8, 11, 15). Madala uropepsiinisisalduse põhjuseks lastel peavad paljud autorid neerupealiste puudulikkust, mis on tingitud elueast. On välja selgitatud, et uropepsiini eritub rohkem pärast söömist (13), samuti stressiseisundis, AKTH toimel ja muudel põhjustel (1, 7, 9). Ekskretsioon ööpäeva kestel muutub (4, 5). N. Smirnov (12) ja S. Džafarova (3) on kindlaks teinud, et osal

kroonilist gastriiti põdevatel lastel on uropepsiinisisaldus kas tõusnud või langenud. M. Prazdnova (10) on kroonilist koletsüstiiti lühikest aega põdenud haigeil täheldanud uropepsiini ekskretsiooni suurenemist, koletsüstiidi pikaldase kulu korral aga selle vähenemist.

Et kindlaks määrata uropepsiini ekskretsiooni normi piire tervetel lastel ning nimetatud testi väärtust hinnata krooniliste koletsüstiitide ja gastriitide diagnoosimise seisukohalt, uurisime aastail 1966...1967 122 praktiliselt tervet last (56 tütar- ja 66 poeglast) vanuses 3,5...12 aastat. Uurituist 43 oli Tallinna 105. lastepäevakodust, 63 last Tallinna 112. lastepäevakodust, 16 õppis Tallinna 50. keskkoolis või Tallinna 51. kaheksaklassilises koolis.

Kroonilist koletsüstiiti (21 tütarlast ja 17 poeglast vanuses 4...15 aastat) ja kroonilist gastriiti põdejate (11 tütarlast ja 10 poeglast) rühma kuuluvaid lapsi raviti Tallinna II Lastehaigla 5. polikliinikus.

Kõikidele uuritavatele anti hommi- kul enne söömist maosekretsiooni ärritina värskekapsamahla (kuni 6-aastastele 150 ml, vanematele lastele 200 ml). Uropepsiin määrati kahe tunni jooksul eritunud uriinis Westi meetodil [modifitseerinud L. Idelson (6)]. Samal ajal jälgiti mao sekretoorset funktsiooni, kusjuures uurimisteks kasutati kodumaist ionivahetajavaiku КВ-4-2П ja peenikest sondi [N. Leporski meetodil (14)].

Uurimistulemuste järgi oli uropepsiini ekskretsiooni keskmine koolieelikutel 15,1 üh./tunnis ($\sigma = \pm 6,4$; $m = \pm 0,19$), normi piirid aga 8,7...21,5

üh./tunnis; noorematel õpilastel oli keskmine näitaja 23,7 üh./tunnis ($\sigma = \pm 10,4$; $m = \pm 2,6$), normi piirid aga 13,3...34,1 üh./tunnis, s. o. lähedane täiskasvanute normi piiridele (12...40 üh./tunnis). Uropepsiinisalduse erinevus poeg- ja tütarlastel oli mitteiluline.

Tabelis toodud andmeist nähtub, et uropepsiini ekskretsioon oli suurenenud kroonilist koletsüstiiti ja kroonilist gastriiti põdevate laste hulgas kaks korda rohkem kui tervete laste hulgas.

Praktiliselt tervetel lastel oli uropepsiini hulk vähenenud või vähesel määral suurenenud (2...10 üh./tunnis), samal ajal osal haigetest lastest hoopis olulisemal määral suurenenud (12...30 üh./tunnis).

Uropepsiini ekskretsiooni uurimise andmed langesid ühte maomahla hap-

Tabel

Uropepsiini ekskretsioon praktiliselt tervetel ja haigetel lastel

Uuritute arv	Vanus aastates	Diagnoos	Uropepsiini ekskretsioon			Uropepsiini ekskretsiooni keskmine üh./tunnis $M \pm \sigma/m$
			vähene- nud	normis	suurenenud	
63	3,5...6	praktiliselt terved (Tallinna 112. lastepäevakodust)	5	55	3	$12,4 \pm 7,8$ / $m = 0,98$
43	4...6	praktiliselt terved (Tallinna 105. lastepäevakodust)	1	36	6	$19,2 \pm 7,7$ / $m = 1,2$
16	7...12	praktiliselt terved õpilased	1	13	2	$23,7 \pm 10,4$ / $m = 2,6$
Kokku 122 praktiliselt tervet last			7 (5,7%)	104 (85,3%)	11 (9,0%)	
7	4...6	krooniline koletsüstiit	1	4	2	$19,4 \pm 11,1$ / $m = 4,2$
24	7...12		—	20	4	$19,8 \pm 6,1$ / $m = 1,2$
7	13...15		—	6	1	$32,5 \pm 7,4$ / $m = 2,8$
2	4...6	krooniline gastriit	—	2	—	14,2
14	7...12		—	11	3	$22,4 \pm 11,4$ / $m = 3,0$
5	13...15		—	4	1	$34,8 \pm 16,7$ / $m = 7,4$
Kokku 59 haiget last			1 (1,7%)	47 (79,6%)	11 (18,7%)	

pesuse uurimise tulemustega pooltel tervetest lastest. Nimetatud suhe kroonilist gastriiti põdevatel lastel seevastu aga järsku muutus: 73%-l haigestest diagnoositi hüpo- ja anatsiidsust ajal, mil uropepsiini ekskretsioon oli normi piires või suurenenud. Kroonilise koletsüstiidi puhul täheldati hüpo- ja anatsiidsust 39%-l uurituist, hüperatsiidsust 18%-l ajal, mil uropepsiini hulk oli normi piires või suurenenud.

Kõrvutanud tulemusi, mis olid saadud maosekretsiooni uurimisel sondeerimise teel ja vastupidi, sondi kasutamata, jõudsime seisukohale, et maomahla happesuse kvantitatiivne uurimineioonivahetajavaigu КБ-4-2П abil (indikaatoriks on kiniin) on väärtuslik meetod ning seda võib soovitada laialdaseks kasutamiseks pediaatrias (14).

Järeldused

1. Kroonilist koletsüstiiti ja kroonilist gastriiti põdevatel lastel esineb uropepsiini suurenenud ekskretsioon kaks korda sagedamini kui tervetel lastel.

2. Enamikul praktiliselt tervetest lastest on uropepsiini ekskretsioon vanusele vastava normi piires. Seejuures võib mõnel juhul täheldada mitteolulisi kõikumisi (nii vähenemist kui ka suurenemist).

3. Uropepsiini ekskretsiooni võib lastepoliklinikus täiendavalt määrata maosekretoorse funktsiooni uurimiseks lastel ja seda tehtagu paralleelselt maomahla happesuse uurimisega.

KIRJANDUS: 1. Воронкова Б. В. Ж. невропатол. и психиатрии, 1965, 7, 1103. — 2. Голшмид В. К., Моргунова А. М. Лабор. дело, 1962, 11, 51—52. — 3. Джафарова С. А. В сб.: Ученые записки (Азерб. гос. ин-та усоверш. врачей им. А. М. Алиева),

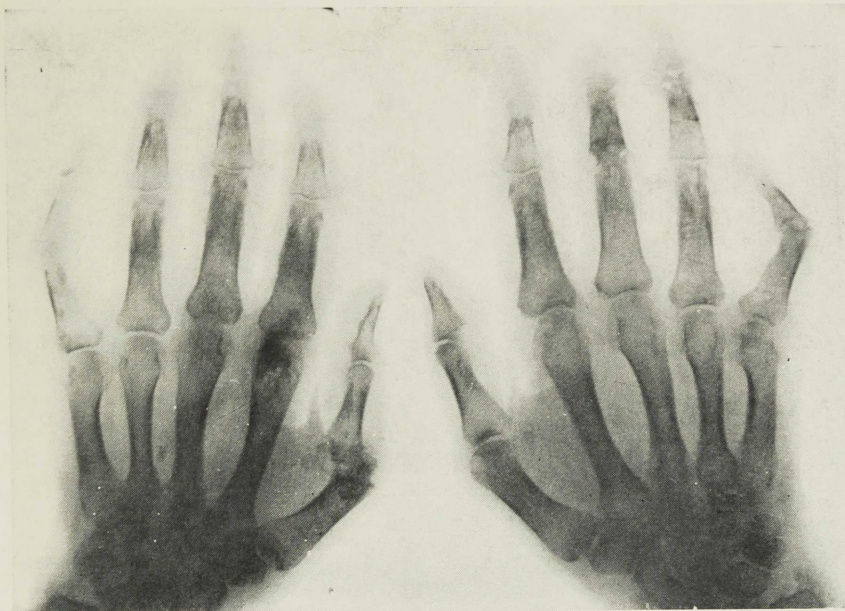
т. 8, вып. 1, Баку, 1967, 102—104. — 4. Добронравов А. В. В сб.: Вопросы гематологии и педиатрии. Л., 1964, сб. 3, 147—152. — 5. Зейтц Р. И. Вопр. охраны материнства и детства, 1962, 2, 27—32. — 6. Идельсон Л. И. Терапевт. арх., 1958, 2, 52—56. — 7. Кац П. Д., Джафарова С. А. Вопр. охраны материнства и детства, 1963, 4, 82. — 8. Мозговой П. И. Педиатрия, 1964, 5, 77. — 9. Мустафаев А. М. В сб.: Ученые записки (Азерб. гос. мед. ин-та), т. 22. Баку, 1966, 137—140. — 10. Празднова М. А. Педиатрия, 1966, 10, 86. — 11. Разумная В. П. Вопр. охраны материнства и детства, 1966, 8, 88—89. — 12. Смирнов Н. М. Педиатрия, 1962, 8, 21—25. — 13. Тур А. Ф. Врачебная газета, 1923, т. 27, 5, 102—105. — 14. Уманская Э. М., Уманский С. Ш. Педиатрия, 1968, 6, 11—14. — 15. Якиманская К. И. Лабор. дело, 1965, 4, 241. — 16. Sylvest, O. Acta med. scand., 1949, 133, 289—297. — 17. West, P. M., Ellis, F. W., Scott, B. L. J. Lab. and Clin. Med., 1952, 39, 159—164.

РЕЗЮМЕ. Экскреция уропепсина у здоровых и больных детей. Э. М. Уманская, С. Ш. Уманский. С целью установления норм экскреции уропепсина у практически здоровых детей г. Таллина и определения диагностической ценности этого теста при хронических холециститах и хронических гастритах авторы исследовали уропепсин по Уэсту в модификации Л. И. Идельсона у 122 практически здоровых детей 3,5—12 лет, у 38 больных хроническим холециститом и 21 больного хроническим гастритом в возрасте от 4 до 15 лет.

Обнаружено, что повышенная экскреция уропепсина у детей больных хроническим холециститом и хроническим гастритом встречается в 2 раза чаще, чем у здоровых. Были установлены нормы выделения уропепсина дошкольниками и младшими школьниками. У практически здоровых детей выделение уропепсина соответствует возрастным нормам. Авторы считают, что исследование уропепсина может использоваться как дополнительный тест при исследовании секреторной функции желудка ребенка и должно производиться параллельно с исследованием кислотности желудочного содержимого.

Tallinna II Lastehaigla
5. polikliinik

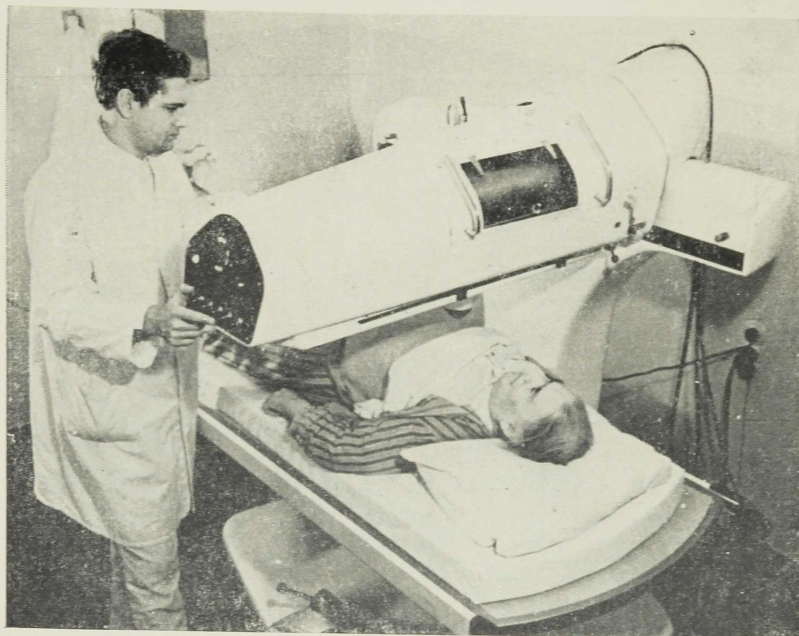
A. Herzog
L. Liin



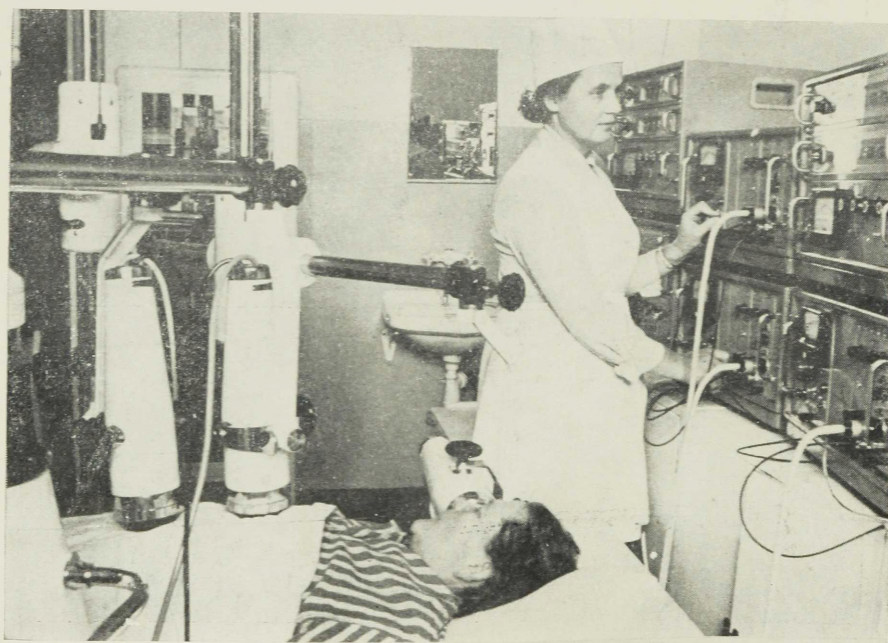
Röntgenogramm labakätest. Podagra polüartriit. Luudefektid, serva-
usuurid ja liigesepilude kitsenemine kahjustatud liigestes. Vasakul I
kämbla-sõrmelüliigese sublüksatsioon. Paremäl III ja V sõrme proksi-
maalse liigese luuline anküloos



Röntgenogramm labajalgadest. Podagra polüartriit. Luudefektid, serva-
usuurid ja liigesepilude kitsenemine kahjustatud liigestes. V põialaba-
luude distaalsed epifüüsid peaaegu hävinenud. I, II ja III põiapära-põia-
labaliigese luuline anküloos. Vasakul II varvas amputeeritud



Siseelundite toopiline uurimine Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris radioaktiivsete isotoopide abil. Dispanseri radiodiagnostika laboratooriumi juhataja V. Salijev seab stsintigraafiaks töökorda gammatopograafi «Gamma Scintikart»



Elundite talitluse uurimine Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri radiodiagnostika laboratooriumis. Üks stsintillatsioonindur on asetatud patsiendi maksa, teine peensoole, kolmas pea kohale. Meditsiiniõde jälgib intensiivsuste ja registreerimisseadmete tööd

PODAGRA KLIINIK JA RÖNTGENDIAGNOOSIMINE

AIVI HERZOG
LILIAN LIIN

Tallinn

UDK 616.72-002.78-073.75

Klassikalise podagra hoog algab 70%-l haigetest tugeva valu, turse ja punetusega suurvarba põhiliigeses. Suurte liigeste muutusi on sageli ekslikult diagnoositud artroosina. Haiguse manifesteerumisel valuhood sagenevad, nii et isegi hoogude vaheaeg pole täiesti vaevustevaba. Aja jooksul arenevad liigestes nähtavad muutused ja kujuneb välja *polyarthritis urica* kliiniline pilt.

Vastupidi klassikalisele, ägedalt kulgevale, retsidiiveeruvale ja tugeva valu-sündroomiga podagravormile tuleb kaasajal rohkem ette kroonilise kulu ja atüüpilise kliinilise pildiga juhte (10, 11, 15), mille diagnoosimine on keerukas. Sagedaseks eksidiagnoosiks on krooniline reumatoidne polüartriit (1, 10, 11, 13).

Kroonilise podagra kliinilisi tunnuseid on podagrasõlmede (*tophi*) moodustumine. Sageli on nad väikesed valkjad ning valutud nahaalused sõlmed sõrmedel, varvastel, põlve- ja küünarliigestel, piki kõõluseid ja ka limapaunades. Harvem kohtab sõlmekesti kõrvalestal, silmalaugudel, silma sarvkestal, müokardis, südameklappidel. Sõlmed tekivad tavaliselt 3...10 aastat pärast esmast hoogu. Suuremad sõlmed sisaldavad hallikasvalkjat püdelat massi, mis sageli spontaanselt perforereerub läbi naha.

Podagra röntgenoloogilise diagnoosimise aluseks on kusihappe ja selle soolade ladestumine kudedes. Mononaatriumuraat ja kusihape on samasuguse röntgenoloogilise kontrastsusega kui pehmed koed. Nende ladestused (sõlmed) pehmete kudede foonil ei ole iseisva varjuna diferentsitavad. Neil juhtudel võime röntgenogrammil leida ainult pehmete kudede varju ja selle tiheduse suurenemist kaasneva põletikulise reaktsiooni tõttu. Kui uraadid ja kusihappe kristallid ladestuvad luukoesse, põhjustavad nad luukoe lokaalse hävinemise, mis röntgenogrammil aval-

dub piirdunud luudefektidena (1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 11, 12, 13). Röntgenogrammil nähtav ümar või ovaalne luudefekt vastab podagrasõlmele. Luudefektid on tavaliselt suuremad kui reumatoidse artriidi korral (18).

Kui podagrasõlm paikneb osaliselt epifüüsi servas ja osaliselt pehmes koes, on näha segmendikujuline usuur. Podagrasõlme ümber võib leida luulisi muutusi ääreskleroosina. Suurepinnalised podagrasõlmed ärritavad periosti ja võivad põhjustada selle reaktiivse luustumise. Haiguse progresseerumise korral tekib rohkesti luudefekte ja kui need laatuivad, hävineb liigese kogu luuline struktuur. Liigesekõhre hävinemisel kitseneb liigesepilu.

Liigeste tunduvad deformatsioonid ja subluksatsioonid pole podagra korral haruldased. Liigesekõhre ja mõiema epifüüsi täielik hävinemine põhjustab luulise anküloosi.

Mõnel juhul ladestub podagrasõlme peale naatriumuraadi veel kaltsiumuraati, mis on röntgenoloogilise kontrastsusega. Sellised podagrasõlmed tulevad röntgenogrammil nähtavale vormitute ja struktuuritute ladestunud soolade varjudena.

Röntgenoloogilist pilti mitmekesisitavad omakorda kaasneva deformeeruva osteoartroosi sekundaarsed nähud. Röntgenoloogilised muutused perifeersetes väikestes liigestes, eriti suurvarba põialaba-varbalüliliigestes, on podagrale iseloomulikud, kuid sellised muutused võivad olla ka suurtes liigestes.

Kahjustused telgmises skeletis on sagedasemad, kui seda seni on arvatud. 95 podagrahaige röntgenograafiline kontroll Bethesdas näitas ristluu-niude-luuliigestes podagrale iseloomulikke muutusi seitsmel ja ebakindlalt diagnoositavaid muutusi viiel haigel, kusjuures neis liigestes patoloogiat kliiniliselt ei sedastatud (17). Reumatoidsest polüartriidist erinevalt on podagrahaigete röntgenogrammil leitud osteoporoosi ja anküloosi harva.

Kõige sagedasemaid tüsistusi podagrahaigetel on neerude muutused (1, 3, 10, 12, 13, 14, 15, 16). Eriti sageli esinevad neerukivid, millega tihti kaasneb krooniline põelonefriit. Neerukoolikud võivad liigesevaludele isegi eelneeda või esineda ühel ja samal ajal liigesevalu ägeda hooga. Uraatkivide korral haigestest 10%-l on podagra ja 20%-l täheledatakse urikeemiat (10).

Teine sagedasem neerukahjustuse vorm podagrahaigetel on aeglaselt kulgev nefroskleroos, millega kaasneb neerude kontsentratsioonivõime langus, samuti glomerulonefriidiga sarnanev glomerulonefroopia proteiinuuria ja mikrohematuuriaga. 10%-l haigestest esineb interstitsiaalne nefriit (13), kuid podagrale spetsiifilist nefriiti pole seni diagnoositud.

Podagrahaigete neerude biopsia ja lahangu andmed näitavad peamiselt veresoonte muutusi ja tubulaarseid kahjustusi, kuid on tähelestatud ka nefroskleroosilisi ja põelonefriitilisi muutusi ning uraatide ladestusi koos neerukoe nekroosiga (10, 13, 14).

Kuigi neerukahjustus kulgeb väga aeglaselt ja on algul reversiibel, määrab see sageli haiguse prognoosi. Ravi eesmärgiks on normaliseerida vereplasma kõrgeenenud kusihappe-väärtusi, suurendada kusihappe elimineerimist või piirata puriine sisaldavate ainete eksogeenset juurdevoolu. Vedelikku tuleb tarvitada küllaldaselt. Sõja- ja sõjajärgsed aastad on näidanud, et puuriinivaene dieet hoiab ära podagra latentse vormi manifesteerumise ja parandab manifesteerunud vormi. Dieedi abil võib kusihappe väärtusi seerumis alandada 1,2 mg% võrra (13).

1955. aastal sünteesis J. S. Joffe välistemaal kasutuseloleva ravimi benemiidiga analoogilise preparaadi — etamiidi (parasulfobensoehappe dietüülamiid). Etamiid, pärssides kusihappe reabsorptsiooni neerutorukestes, soodustab tema elimineerimist organismist (7). Etamiid diureesi ei mõjuta, samuti ei pärsi ta teiste lämmastikuühendite (nagu indikaani, kusiaine jt.) eritumist organismist. Valusid ega põletikulisi muutusi ägedate hoogude puhul etamiid ei vähenda. Valude kupeerimiseks ordineeritakse samal ajal salitsülaate või butadiooni. Osa autoreid aga on

arvamisel, et salitsülaadid nõrgendavad etamiidi toimet.

Kahjuks on etamiidi toime sümptomaatiline. Isegi pärast mitmekuise pideva ravi lõpetamist taastub urikeemia kiiresti. Seepärast tuleb etamiidi ordineerida kuude ja aastate jooksul korduvate 7...10-päevaste ravikuuridena (olenevalt vere kusihappe-väärtustest). Päevane annus on kaks tabletti 3...4 korda päevas (1 tablett = 0,35 g). Preparaati talutakse üldiselt hästi, ainult umbes 1/3-l haigestest tekivad tüsistustena düspeptilised vaevused, nahasügelus ja neerukoolikud.

Etamiidravi ajal on vajalik, et ordineeritaks rohkesti vedelikku koos naatriumbikarbonaadiga, seda uriini alkaliseerimiseks, sest kusihappe rohke eritumise korral võib tekkida hematuuuria. Podagrasõlmede täielikku taandarenemist etamiidravi toimel pole märgatud. Fistulite tekkimisel sõlmede piirkonnas on vajalik kirurgiline ravi. Nagu etamiid toimivad ka benemiid, ketasoon, longatsiid ja indometasiin.

Esitame meie haiglas diagnoositud kroonilise podagra atüüpilise juhu.

Meespatsient L., 27 aastat vana (haiguslugu nr. 5467/67), haigestus 1960. aastal sõjaväeteenistuses. Valu ja turse vasaku jala suurvarbas ning vasaku jala II varbas. Temperatuuri ei mõõtnud. Kaebused möödusid. Hiljem aga tekkisid haigel rändavat laadi valud jäsemete kõikides liigestes. 1961. aastal demobiliseeriti sõjaväest koldelise kopsutuberkuloosi tõttu. Aastail 1962...1964 viibis mitmes tuberkuloosahaiglas, kus peale kopsutuberkuloosi oletati ka luutuberkuloosi ja liigeste spetsiifilist põletikku.

Aastail 1964...1966 viibis korduvalt Loksa haiglas ja viiel korral Tallinna Vabariikliku Haigla I sisehaiguste osakonnas kroonilise reumatoide polüartriidi diagnoosi tõttu. Valu lokaliseerus peamiselt põia-, varba-, randmekämbla-, sõrme- ning põlveliigestes, harvem öla- ja puusaligestes. Hoo ajal tekkisid ühe liigese tugev turse ja punetus väljendunud valusündroomiga, temperatuur tõusis 38...39°.

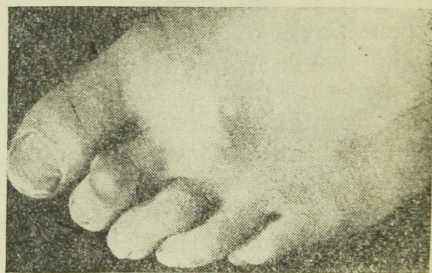


Foto. Podagrasõlm vasaku jala II varbal

Ägedad liigesenähud kestsid harilikult 2...3 nädalat, seejärel jäi püsima vähene valu kõikides liigestes. Remissiooniperioodid on viimastel aastatel lühenenud. Raviks on kasutatud tuberkuloosivastaseid preparaate, atsetüülsalitsüülhapet, butadiooni, reopüriini ja 1963. aastast alates periooditi prednisolooni, algannus 25 mg päevas. Anamnees iseärasusteta.

1967. aasta jaanuaris hospitaliseeriti haige järjekordselt Tallinna Vabariikliku Haigla I sisehaiguste osakonda. Kaebas valu kõikides liigestes, eriti põialigestes.

Objektiivselt. Sõrme-, randme-, kämbala-, põlve-, põia- ja varbaliigesed mõõdukalt deformeerunud. Parema käe väike sõrm anküloseerunud painatusseisus. Labakätel pehmet konsistentsist luuliseni kuni 0,5 cm nahapinnast kõrgemal asetsevad valkjad valutud sõlmjad moodustised. Vasaku jala II varba piirkonnas valkjas pehmet konsistentsi fluktuieriv paksend (vt. foto).

Kopsud, vereringe- ja seedeelundid patoloogiat. SR 58 mm tunnis, hgb. 11,8 g%, leukots. 13600. Veri luupusrakkude suhtes negatiivne. C-reaktiivne valk + + + +. Proteinoogramm isaldvalku 7,5 g%, albumiini 44,1%, alfa₁-globuliini 8,2%, alfa₂-globuliini 18,1%, beetaglobuliini 19,5%, gammaglobuliini 18,1%. Veres kaltsiumi 9,7 mg%, kaaliumi 16,9 mg%, naatriumi 326 mg%, kolesteriini 200 mg%, kusihapet 18,6 mg%, kusiainet 119 mg%. Jääklämmastikku 60 mg%. Zimnitski proov 1009...1019. Kusiaine clearance 11,4 ml/min. Addis-Kakovski test normis. Urogramm ja bilateraalne retrograadne põelogramm patoloogiat.

Vasaku jala II varbal olev fluktuieriv moodustis avanes statsionaaris viibimise ajal iseenesest ning sealt väljus valkjat põdelat massi. Sellest valmistatud preparaadis sedastati (mikroskoobi abil) halvasti värvuvaid konglomeraate vähese lubjaladestusega. Konglomeraatides kohati kihiline struktuur, mis töötlemata materjal is vastas nõeljate kusi-happe kristallide kogumikele. Konglomeraatide ümbruses põletikuline reaktsioon, rohkesti vörkehahiidrakke. Histoloogiline struktuur vastas podagrasõlme struktuurile. Et fistuli ava ei sulgunud ja röntgenifilmil oli nähtav luu tugev destruktioon, amputeeriti vasaku jala II varvas. Selle histoloogiline uurimine kinnitas veel kord podagra diagnoosi kaasneva alaägeda põletikulise reaktsiooniga perifeerses podagrasõlmes.

Röntgenogrammidel labakätest (vt. tahvel I, röntgenogramm 1) dorsovolaaarses suunas ja labajalgadest (vt. tahvel I, röntgenogramm 2) dorsoplantaarses suunas võis märgata kämbala- ja põialabaluudes ning sõrme- ja varbalülides, samuti paremal randmeluudes ning põiapäraluudes luudefekte ja usuure, mis enamasti olid ümbritsetud reaktiivse ääreskleroosiga. Liigesepilud kahjustatud liigestes kitsenenud.

Vasakul I kämbala-sõrmelüliliigese sublüksatsioon.

Paremal III ja V sõrme proksimaalsetes liigestes ning labajalgade I—III põiapärapõialabaliigestes luulised anküloosid.

Vasakul II varvas amputeeritud.*

Arvestades liigete piirkonnas leiduvaid sõlmjaid moodustisi, kõrgeenenud kusihappe- ja kusiaine-väärtusi veres ning sõlme patoloogilis-histoloogilisi muutusi, diagnoositi atüüpilise kuluga kroonilist podagraalset polüartriiti.

Raviks määrati prednisolooni 15 mg päevas, iga nädal annust vähendati, atsetüülsalitsüülhapet 1,5 g ja etamiidi 2 tabletti kolm korda päevas, soodalahust või borzommi ning puriinivaest dieeti. Täiendavalt ordineeriti ravi-kehakultuuri ja ultraheli põialigeste piirkonda.

Pärast ravi liigesevalud vähenesid. Veres vähenes ka kusihappe (18,6 mg%-lt 4,9 mg%-ni) ja jääklämmastiku hulk (21 mg%-ni). Neli päeva pärast haiglast lahkumist tekkisid valud uuesti kõikides liigestes, eriti paremas labakäes. Temperatuur tõusis kuni 38°.

Objektiivselt: parema labakäe tugev turse ja punetus. Haige hospitaliseeriti jällegi Tallinna Vabariikliku Haigla I sisehaiguste osakonda, kus määrati endine ravi.

Kuigi patsient on peaaegu pidevalt kasutanud etamiidi ning ta on olnud puriinivaesel dieedil, on ikkagi sageli tekkinud valuhood liigestes. Teda on korduvalt toimetatud Loksa haiglasse ja Tallinna Vabariiklikku Haiglasse. Pärast ravi on liigesevalu ja temperatuuri kõrgeenemise periood lühenenud. Samuti pole võimalik olnud sedastada uute podagrasõlmede teket.

Seega on meil tegemist atüüpilise kuluga kroonilise podagra juhuga, mida seni ekslikult on peetud reumatoidseks polüartriidiks.

Podagra diagnoosimise aluseks on vereseerumi kõrgeenenud kusihappeväärtused üle 5 mg%, podagrasõlmede biopsia ja podagrale küllaltki iseloomulikud röntgenoloogiliselt avastatavad muutused kahjustatud luudes, millele seni tihti pole küllaldaselt tähelepanu pööratud.

KIRJANDUS: 1. Тареев Е. М. Сов. медицина, 1960, 10, 123—128. — 2. Рейнберг С. А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. М., 1964. — 3. Дьяченко В. А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. М., 1958. — 4. Рубашева А. Е. Частная рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. Киев, 1961. — 5. Хаджидеков Г. и др. Рентгенодиагностика I. София, 1962. — 6. Мамонт В. С., Шерстнев А. К. Вестн. рентгенол. и радиол., 1963, 3, 69—70. — 7. Климов А. Н.

* Tallinna Vabariiklikus Haiglas oleme kasutanud otsese suurendusega röntgenogramme labakäe- ja põialigestest, mis võimaldavad edukalt detailiseerida podagrale omaseid luumuutusi. [Mikrofookus 0,3×0,3 mm, fookusfilmi kaugus (H) 100 cm, fookusobjekti kaugus (h) 58 cm, lineaarse suurenduse aste (d) 1,7, ekspositsiooniaeg 0,25...0,32 sek., ping 45...55 kV, voolu tugevus 3...4 mA.]

и др. Сов. медицина, 1967, 2, 122—125. — 8. Müller, G. W., Gutschmidt, H. J. Münchener med. Wochenschr., 1967, 26, 1411—1414. — 9. Frost, H. Dtsch. med. Wochenschr., 1965, 36, 1575—1578. — 10. Mojžiš, A., Dražilova, V. Z. ges. innere Med., 1964, 5, 229—233. — 11. Böhme, A. Das med. Bild, 1964, 2, 38—40. — 12. Otto, H. Das med. Bild, 1967, 3, 90—92. — 13. Otto, H., Binder, E. Z. ges. innere Med., 1966, 18, 562—567. — 14. Richet, J. et al. Presse méd., 1966, 11, 529—531. — 15. Lavička, J., Kučera, M., Kučerova, J. Z. ges. innere Med., 1966, 23, 740—745. — 16. Gamp, A. Münchener med. Wochenschr., 1967, 26, 1425. — 17. Malavista, S. E. J. Amer. Med. Assoc., 1965, 194, 9, 954—956. — 18. Deák, P., Fried, L. A. Diagnostik der Knochen- und Gelenkkrankheiten nach führenden Röntgensymptomen. Budapest, 1966.

РЕЗЮМЕ. *Клиника и рентгенодиагностика подагры.* А. Х. Херцог и Л. А. Лийн. Противоположность классической подагре с общеизвестной клинической картиной являются хронические формы, диагностика которых затруднена. В настоящее время они преобладают. Клиническим проявлением является образование подагрических узелков. Основной рентгенологической находкой — отложение солей мочевой кислоты в мягких тканях и костях. Поражаются преимущественно мелкие кости. Приводится история болезни 27-летнего больного Л. с атипично протекающей подагрой.

В 20-летнем возрасте появились боли и отечностью в I пальце правой ноги и во II паль-

це левой; боли прошли без особого лечения. Через год больного демобилизовали из-за очагового легочного туберкулеза. С 1962 по 1964 г. лечился в туберкулезных стационарах, где заподозрено и специфическое поражение костей. В 1964—1966 гг. находился повторно на стационарном лечении с диагнозом ревматоидного полиартрита, который давал временами обострения. Лечение: аспирин, бутадюн, противотуберкулезные препараты, с 1963 г. преднизолон. В январе 1967 г. повторно находился в I терапевтическом отделении Таллинской республиканской больницы с выраженными деформациями многих суставов и мягкими белесоватыми узелками на кистях. РОЭ — 58, Л. 13600, С-реакт. белок +++++, мочевая кислота в крови 18,6 мг%, мочевины 119 мг%. Лечение: понижающие дозы преднизолона, аспирин и этамид 0,7×3, щелочные напитки и диета бедная пуриновыми веществами. Диагноз подагрического полиартрита подтвердился и исследованием массы, которая выделялась из флукутирующего узелка на II пальце ноги. Лечебный эффект хороший, но не стабильный. Больной госпитализируется повторно. Но ремиссии удлиняются и новые подагрические узелки не появляются.

В настоящем случае атипичный подагрический полиартрит трактовали длительно как ревматоидный, т. к. не обращали достаточного внимания на характерные для подагры изменения.

Tallinna Vabariiklik Haigla

VEEL MÕNE SÜSTIMISLAHUSE SOBIMATUSEST

ELLEN SALU
Tartu

UDK 615-015.25

Mõne süstimislahuse omavahelisest keemilisest sobimatusest on «Nõukogude Eesti Tervishoiu» veergudel juba kirjutatud (7). Hiljem on tekkinud vajadus sellest veel kord rääkida. Et enne süstimist teadmatuse tõttu paljudel juhtudel segatakse keemiliselt sobimatute ravimite (2, 3, 4, 5, 6) lahuseid, siis tuleb vajalikuks pidada lähemalt vaadelda süstimislahuste omavahelist sobimatust ja nende koosmanustamise võimalusi.

Kaltsiumkloriidi kasutatakse süstimiseks 10%-lise lahusega, mis peab olema selge, värvusetu ja peaaegu

neutraalse reaktsiooniga. Keemiliselt ei sobi kaltsiumkloriid karbonaatide, sulfaatide, arsenaatide, saltsülaatide, bensoaatide, tsitraatide ja leeliste lahustega, sest reaktsiooni tagajärjel tekib lahuses sade. Tugeva elektrolüüdina ei sobi preparaadid kolloidlahustega. Eespool toodu järgi ei saa kaltsiumkloriidilahust kasutada koos B₁- ja B₁₂-vitamiinilahuse, eufüllini-, magneesiumsulfaadi- ja naatriumvesinikkarbonaadilahusega. Kaltsiumkloriidilahust saab manustada koos glükoosi-, C-vitamiini- ja kaaliumkloriidilahusega.

Naatriumkloriidi süstitakse sageli isotoonilise lahusega, mis NSV Liidu IX farmakopöa (1) kohaselt on 0,9% -line; vähem kasutatakse süstimiseks 10% -list naatriumkloriidilahust. Et naatriumkloriid on tugev elektrolüüt, sadestab see kolloide ja 10% -list lahust ei tohi segada kolloidilahustega. Naatriumkloriidilahuse segamisel apomorfiinilahusega eraldub sade. Isotoonilist naatriumkloriidilahust kasutatakse paljude süstimiseks määratud kuivpreparaatide lahustamiseks ja teda saab segada ka strofantiini-, glükoosi-, C-vitamiini-, efülliini- ja kaaliumkloriidilahusega, kusjuures tuleb silmas pida lisatavate lahuste omavahelist sobivust.

Kaaliumkloriidi süstitakse enamasti 0,4...0,5% -lise, harva ka 10% -lise lahusega. Sarnasuse tõttu naatriumkloriidi keemiliste omadustega on kaaliumkloriidilahus sobimatu samade ainete lahustega nagu naatriumkloriidki. Kaaliumkloriidilahust soovitatakse (2) manustada koos 5% -lise glükoosilahusega.

Magneesiumsulfaat hüdrolüüsib vees. Hüdrolüüsi tõkestamiseks lisatakse 20...25% -lise süstimislahuse valmistamisel 0,1 n soolhapet. Lahus peab olema selge ja värvusetu. Magneesiumsulfaat annab sademe leeliste, karbonaatide, kaltsiumisoolade, arsenaatide ja barbituraatidega, mistõttu nende ainete süstimislahuseid ei tohi magneesiumsulfaadilahusega segada. Magneesiumsulfaadilahus sobib glükoosi- ja C-vitamiinilahusega.

Naatriumvesinikkarbonaati kasutatakse süstimiseks enamasti 3...8% -lise lahusega, mis peab olema selge, värvusetu ja leelise reaktsiooniga. Preparaat laguneb kuumutamisel, kiirendab paljude ainete oksüdeerumist õhuhapniku toimel ja reageerib kaltsiumi, alkaloidide ning mitmete lämmastikku sisaldavate orgaaniliste aluste sooladega. Leelise reaktsiooni tõttu ei sobi naatriumvesinikkarbonaat happeliste lahustega. Eespool toodu järgi ei tohi naatriumvesinikkarbonaadilahust segada kaltsiumkloriidi-, strofantiini-, glükoosi-, B₁₂- ja C-vitamiinilahusega.

Aminasiin ja diprasiin lagunevad õhuhapniku toimel kiiresti. Lagunemise aeg-

lustamiseks lisatakse 2,5% -lise süstimislahuse valmistamisel stabilisaatoritena naatriumsulfitit, naatriummetabitsulfitit, askorbiinhapet ja naatriumkloriidi. Lahused on värvusetu või nõrgalt kollakad, selged ja happelise reaktsiooniga. Neid tuleb hoida pimedas kohas, sest aminasiin ja diprasiin lagunevad valguse toimel väga kiiresti. Aminasiini ja diprasiini lagundavad kõik oksüdeerijad ja leelised. Oksüdeerumise tagajärjel tekivad värvilised ühendid, leeliste toimel eraldub sade. Seetõttu on aminasiini- ja diprasiinilahused sobimatud barbituraatide, Ringeri, naatriumvesinikkarbonaadi- ja atropiinsulfaadilahusega. Aminasiin ei sobi insuliiniga, sest segus insuliini toime tunduvalt nõrgeneb. Aminasiinilahust soovitatakse (2, 6) manustada koos 3...5 ml isotoonilise naatriumkloriidi- või 0,25...0,5% -lise novokaiinilahusega. Veeni süstimiseks soovitatakse aminasiinilahusele lisada 10...20 ml 40% -list glükosi- või isotoonilist naatriumkloriidilahust. Aminasiini- ja diprasiinilahuseid võib segada omavahel, nad sobivad ka promedooli-, dimedrooli- ja etüsiinilahusega.

Dimedrooli süstimislahus on tavaliselt 1- või 2% -line. Leelise reaktsiooniga ainete toimel tekib lahuses sade. Seetõttu ei saa lahust segada amidopüriini-, barbituraatide, naatriumvesinikkarbonaadilahusega. Dimedroolilahust soovitatakse (2) veeni süstida koos isotoonilise naatriumkloriidilahusega. Dimedroolilahusega sobivad ka diprasiini- ja promedoolilahus.

Heksenaal laguneb kiiresti õhu süsinikdioksiidi toimel, mistõttu teda lastakse välja kuivpreparaadina hermeetiliselt suletud klaasanumais. Enne süstimist lahustatakse steriilses destilleeritud vees või isotoonilises naatriumkloriidilahuses. Valmislahused säilivad ainult ühe tunni. Süstimiseks kõlblik heksenaalilahus peab olema täiesti selge. Heksenaal laguneb kõikide happeliste ainete toimel ja lahuses tekib sade. Ta on sobimatu magneesiumsulfaadilahusega. Heksenaalilahust võib segada Ringeri lahusega.

Atropiinsulfaati kasutatakse süstimiseks 1% -lise lahusega, millele stabiliseerimiseks lisatakse 0,1 n soolhapet. Lahus peab olema selge, värvusetu ja

happelise reaktsiooniga. Atropiinsulfaat reageerib leeliste, kaltsiumisoolade ja paljude orgaaniliste preparaatidega, mille tagajärjel tekib sade. Tugevate oksüdeerijate toimetel preparaat laguneb, ilmub sade või värvus muutub. Seega atropiinsulfaat ei sobi novokaiini-, dikaiini-, aminiini-, diprasiini-, naatriumnitritilahusega.

Papaveriinhüdrokloriid lahustub vees, andes happelise reaktsiooniga lahuse. Süstimiseks kasutatakse 1- ja 2%-list lahust. Papaveriinhüdrokloriid on eriti tundlik leeliste suhtes, mille toimetel lahuses tekib sade. Sama juhtub tugevate oksüdeerijate, bromiidide, salitsülaatide, novokaiini-, dikaiini- ning suurema hulga kaltsium- ja naatriumkloriidilahuse lisamisel. Eespool toodust järeldub, et papaveriinhüdrokloriidilahust ei saa süstida koos naatriumvesinikkarbonaadi-, amidopüriini-, medinaali-, kofeiinnaatriumbensoaadilahusega.

Promedooli kasutatakse parenteraalselt 1- ja 2%-lise lahustena, mis säilivad hästi. Leeliste toimetel eraldub sade, tugevad leelised seebistavad promedooli ja selle toime kaob. Promedool on sobimatu bromiidide ja jodiididega. Promedoolilahust saab manustada koos aminiini-, diprasiini- ja dimedrooli- lahusega.

Süstimiseks kasutatav 2- ja 4%-line amidopüriinilahus on selge, värvuseta või nõrgalt kollakas ja nõrga leelise reaktsiooniga, mistõttu on sobimatu happeliste ainetega. Amidopüriinilahuse segamisel magneesiumsulfaadi-, dimedrooli-, papaveriinhüdrokloriidi-, dioniini- või omnopoonilahusega tekib sade. Oksüdeerijate toimetel amidopüriin laguneb, lahus muutub esmalt sinakasviolettseks ja hiljem pruuniks. Amidopüriinilahust saab kasutada penitsilliini lahustamiseks.

Efülliini kasutatakse süstimiseks 2,4 ja 12%-lise lahustena, mis on selged, värvuseta või nõrgalt kollakad ja leelise reaktsiooniga. Efülliin laguneb hapete toimetel ja on seepärast sobimatu alkaloidide soolade, B₁- ja B₆-vitamiini-, novokaiini- ja teiste happeliste lahustega. Efülliinilahuse segamisel kaltsiumkloriidilahusega eraldub sade. Strofantiinilahusega on efülliin sobimatu, sest leelise reaktsiooni tõttu

strofantiin segus laguneb. Efülliinilahust võib segada naatrium- ja kaaliumkloriidilahusega. Vahetult enne süstimist soovatakse efülliinilahusele (2, 6) lisada 10...20 ml 20...40%-list glükoosilahust, sest glükoosilahuses sisalduva soolhappe tõttu laguneb efülliin pikema aja vältel.

Oksütetratsükliinhüdrokloriidi (terramütsiini) süstimislahuse valmistamiseks lahustatakse preparaat 1...2%-lises novokaiinilahuses. Valguse toimetel muutub preparaat tumedamaks, kuid seepärast toime nõrgeneb väga vähe. Vesilahuses terramütsiin hüdrolüüsib, tekib sade ja preparaat inaktiveerub. Terramütsiin on püsiv happelises lahuses, tugevate hapete ja leeliste toimetel aga laguneb.

Insuliini kasutatakse süstimiseks soolhappesega hapustatud vesilahusena, mis sisaldab konservainena trikresooli. Lahus on selge, värvuseta või nõrgalt kollakas ja happelise reaktsiooniga. Kui lahuse pH tõuseb üle 5, siis insuliin laguneb ja lahuses tekib sade. Insuliin laguneb valguse, oksüdeerijate ja redutseerijate toimetel, samuti soojendamisel. Seega insuliinilahus ei sobi glükoosi- ega C-vitamiinilahusega. Valgupreparaadina on insuliin sobimatu alkaloidisoolade lahustega.

Adrenokortikotroopne hormoon (AKTH) on püsiv happelises lahuses, leelises inaktiveerub kiiresti. Preparaat lahustatakse enne manustamist steriilses destilleeritud vees või isotoonilises naatriumkloriidilahuses. Lahus on selge või kergelt opalestseeruv, säilib jahe- das kohas 2...3 päeva tarvitamiskõlblikuna. AKTH-lahust ei tohi segada efülliinilahusega, mis on leelise reaktsiooniga.

Süstimiseks kasutatav aaloeekstrakt on happelise reaktsiooniga, selge, helekollase kuni kollakaspunase värvusega vedelik. Kui säilitamisel tekkinud sade on kogunenud ampulli seinale ja lahus on selge, ei vähenda see preparaadi väärtust. Lahuses hõljuv sade aga muudab ekstrakti kasutamiskõlbmatuks. Aaloeekstrakti soovatakse (2) süstida koos 0,5 ml 2%-lise novokaiinilahusega.

Sobimatute süstimislahuste segamine nõrgendab või koguni kaotab segusse kuuluvate ravimite farmakoloogilise

toime. Erilist tähelepanu nõuab uute, keemiliselt vähe uuritud preparaaside segamine. Seepärast juhtudel, kui ei tunta segusse kuuluvate süstimislahuste omavahelist sobivust, on lahuseid õigem eraldi manustada.

KIRJANDUS: 1. Государственная фармакопея СССР. 9-ое изд., М., 1961. — 2. Машковский М. Д. Лекарственные средства. 6-ое изд., М., 1967. — 3. Розеншвейг П. Э., Сандер Ю. К. Технология лекарств и галеновых препаратов. Л., 1967, 288—300. — 4. Фармацевтические несовместимости. М., 1965. — 5. Халецкий А. М. Фармацевтическая химия. Л., 1966. — 6. Энциклопедический словарь аптечного работника. М., 1960. — 7. Salu, E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1966, 6, 428—432.

РЕЗЮМЕ. *Еще о несовместимости некоторых инъекционных растворов.* Э. В. Салу. Растворы хлорида кальция нельзя применять вместе с витаминами В₁ и В₁₂, эуфиллином, сульфатом магния и гидрокарбонатом натрия. С раствором хлорида кальция можно смешивать растворы хлорида калия, глюкозы и витамина С. Растворы хлоридов натрия и калия несовместимы с раствором гидрохлорида апоморфина, 10%-ные растворы также с коллоидными растворами. Добавление растворов строфантина, эуфиллина, глюкозы и витамина С к растворам допускается, но не одновременно, так как они между собой несовместимы.

Сульфат магния дает осадок со щелочами, солями кальция, карбонатами, арсенатами и барбитуратами. Раствор сульфата магния можно смешивать с раствором глюкозы и витамина С. Гидрокарбонат натрия разрушается под действием кислотных растворов, и его нельзя применять вместе с солями кальция и алкалоидов.

Аминазин и дипразин легко разрушаются под действием окислителей, щелочей и света. Поэтому они несовместимы с рингеровским

раствором, гидрокарбонатом натрия, барбитуратами и сульфатом атропина. Их можно смешивать с промедолом, димедролом и этизином. Раствор димедрола несовместим с щелочами и поэтому его нельзя применять с растворами амидопирин, барбитуратов, гидрокарбоната натрия. Раствор гексенала для парентерального введения готовится перед употреблением, так как он очень легко разрушается под влиянием кислотных веществ.

Раствор атропина сульфата несовместим с щелочными растворами, солями кальция, окислителями и многими органическими препаратами, как, например, новокаин, дикаин, аминазин, дипразин. Раствор гидрохлорида папаверина несовместим со всеми щелочными растворами, так же как с сильными окислителями, салицилатами, новокаином. Раствор промедола устойчив, его можно смешивать с аминазином, дипразином и димедролом.

Амидопирин разрушается под влиянием кислот и окислителей, его нельзя применять вместе с растворами сульфата магния, димедрола, гидрохлорида папаверина, дионина, омнопона. Раствор эуфиллина имеет щелочную реакцию и поэтому несовместим с растворами солей алкалоидов, витаминов В₁ и В₆, новокаина, строфантина, хлорида кальция.

В водном растворе террамицин инактивируется, его растворяют в растворе новокаина. Террамицин устойчив в кислой среде, его разрушают сильные кислоты и щелочи. Инсулин легко разрушается под действием щелочей, окислителей, восстановителей, а также света и при нагревании. Адренкортикотропный гормон несовместим с растворами щелочной реакции и поэтому его нельзя применять с раствором эуфиллина.

Для того, чтобы целебное воздействие лекарств не уменьшалось вследствие их реагирования между собой, при некомпетентности лучше вводить растворы в отдельности.

Tartu Linna Kliiniline Lastehaigla

Ülevaated

SÜDAME ISHEEMILISE TÕVE RAVI PRINTSIIBE

JAAN RIIV
KALJO VALGMA
Tartu

UDK 616-005.4-08:611.127

Südame isheemiline tõbi on viimaste aastakümnete jooksul muutunud tõsiseks tervishoiu probleemiks nagu maa-

ilmas (24, 79, 87, 88). Peaaegu kõikides majanduslikult arenenud maades on täheldatud sellesse haigestumise

järjekindlat sagenemist (39, 66, 78). Intensiivsest uurimistööst hoolimata on nimetatud tõve etioloogia ja patogeenes veel lõplikult selgitamata. Paljude tööde lõppkokkuvõtteks järeldas Ülemaailmse Tervishoiu Organisatsiooni vastav komisjon, et pole olemas efektiivset vahendit ega meetodit südame isheemilise tõve järjekindla leviku pidurdamiseks (88). Saavutuseks on siiski südame isheemilise tõve väga mitmekesiste tekkimise põhjuste tunnistamine (48, 76).

On kindlaks tehtud, et tähtsat osa etendavad siin kestev psüühiline ülepingutus, psüühiline dispositsioon, toitumine, arteriaalne hüpertoonia, rasvumine, suitsetamine, füüsiline inaktiivsus, pärilik eelsoodumus, ainevahetuse korrelatsiooni häired ja mitmed muud tegurid (7, 53, 58, 67, 77). Haigestumise tõenäosus suureneb mitme eelnimetatud riskiteguri samaaegsel esinemisel (6, 44, 79). Efektiivse ravi põhiliseks eelduseks on saavutada kontroll domineeriva riskiteguri või riskitegurite rühma mõju üle (80). Tundub mittetõenäolisena, et niisugune ravi oleks edukas, mille eesmärgiks on näiteks ainult vere kolesteriinisalduse vähendamine, kusjuures aga ei peeta silmas stressi psüühofüsioloogiliste mehhanismide osatähtsust (76).

Seega oleks liiga primitiivne ja ebaõige südame isheemilise tõve profülaktika ja ravi taandada ainult sihipärasele toitumisele (24). Et aga kolesteriiniavaane toit igal juhul vähendab vere lipiidide sisaldust (24), on mõõdukus toitumisel siiski üks vajalikke eeldusi arterioskleroosivastaseks võitluseks.

Lähtudes südame isheemilise tõve patogeneesi peamistest mehhanismidest, tuleb kompleksravis arvesse võtta kolm põhiprintsiipi: 1) ateroskleroosi arengu pidurdamine, 2) koronaarse hemodünaamika parandamine ja 3) müokardi metabolismi reguleerimine (61).

Üle 90% kõikidest stenokardia ja müokardi-infarkti juhtudest tekib koronaarterite ateroskleroosi tagajärjel (5, 6, 79), kusjuures koronaarstenooos avaldub tüüpilise stenokardiana ainult 8...10%-l haigetest (24, 79). Ülejäänud juhtudel kulgeb südame isheemiline tõbi progresseeruva südamepuudulikkuse nähtude või südame rütmihäi-

retega (24, 79). Et koronaarstenooosi konservatiivsete vahenditega pole enam võimalik likvideerida, siis jääb müokardi verevarustuse parandamiseks üle ainult kollateraalareringe arendamine (16, 37, 61). See oleks koronaarstenooosiga kulgeva isheemilise tõve kõige põhilisemaid raviprintsiipe ja ühtlasi ka arstikunsti kriteeriume.

Kollateraalareringe kujunemist kiirendavad järgmised tegurid: 1) koronaaroklusioon, 2) müokardi krooniline hüpoksia (koronaarteri stenoosiga või ilma) ja 3) müokardi hüpertroofia (37). Seega loob südame isheemiline tõbi ise võimalused müokardi verevarustuse parandamiseks. Ravi ülesandeks jääb selle bioloogilise protsessi adekvaatne stimuleerimine.

Tugevaimaks stiimuliks koronaarvereringe parandamisel on füüsiline koormus (46, 80). Samal viisil võivad mõjuda veel kuurordi- ja kliimaravi ning balneoteraapia mitmesugused tegurid (32) ja soodus emotsionaalne miljöö (87). Regulaarne füüsiline treening ja kliimaatilis-balneoloogilised mõjustused reguleerivad neurovegetatiivset talitlust sümpaatilise närvisüsteemi toonuse languse suunas (13, 64, 69). Nagu rohkearvulised uurimised on näidanud, soodustab kõrgenenud sümpatoadrenaalne aktiivsus ateroskleroosi tekkimist (34, 69), koronaararterite toonuse tõusu, reflektoorset spasmogeenust (14, 38, 43, 45, 54, 55, 57, 83) ja müokardi ainevahetuse intensiivistumist koos suurenenud hapnikutarbimisega (18, 26, 57, 70). Seega on sümpatoadrenaalsel süsteemil vastutav osa ka südame isheemilise tõve patogeneesis (71, 72, 76). Kui eeltoodut arvesse võtta, peaksid südame isheemilise tõve ravimisel kõige efektiivsemad olema need meetodid, mis vähendavad sümpatoadrenaalse süsteemi funktsionaalset aktiivsust. Praktikas on seda kinnitanud järgmised farmakonid ja menetlused: sedatiivumid (31), trunkviliisaatorid (65), gangliopleegikumid (3, 22, 27), *ganglion stellare* blokaad (36, 63, 73), adekvaatne füüsiline koormus (30, 56), persantiin (18, 41), korontiin (18), adrenergilised beeta-retseptorblokaatorid (52), nitroglütseriin (28), kuurordi- ning kliimaravi, balneoteraapia (32) jt.

Kui teatakse südame isheemilise tõve tekkimise põhjaste mitmekesisust ja sümptoadrenaalse süsteemi mõjutatavuse universaalsust, hõlmab efektiivne kompleksravi nii haige elu- ja töökordalduse, toitlustamise koos vitamiinide kasutamisega profülaktika ja ravi eesmärgil kui ka kaasnevate haiguste ravi (eeskätt tulevad arvesse hüpertoonia-tõbi ja suhkurtõbi). Stenokardiahoogude püsijäämise korral võib koronaarverevarustuse parandamiseks ja müokardi hapnikuvajaduse vähendamiseks täiendavalt kasutada ka antianginoosseid farmakone.

Südame isheemilise tõve ravi ei mahu rangete eeskirjade raamesse. Niipalju kui on haigeid, niipalju on ka eri raviskeeme. Enamasti on ravi edukas ja tänuväärne, kusjuures arsti isiksusel võib olla suurem kaal kui protseduuridel ja ravimitel. See kõik kinnitab veel kord närvisüsteemi tähtsust koronaartõve patogeneesis.

Südame isheemilise tõve ravi ei saa pidada lõpetatuks pärast anginoosete vaevuste lakkamist. Põhiline ravi õigupoolest siis alles algab. Valude kupeerimine medikamentidega on sümptomaatilise ravi võtte, mille kaugem eesmärk on haigel aidata üle elada kriitiline periood kuni müokardi verevarustuse paranemiseni. Et koronaarvereringe (valude puudumisest hoolimata) jääb ikkagi teatavasse puudulikkuse astmesse, tuleb profülaktikat ja ravi jätkata paljude aastate vältel. Südame isheemilise tõve prognoos polegi nii halb, kui varem arvati: paljud haiged on elanud kümneid aastaid pärast esimeste vaevuste tekkimist (24, 76, 79).

Stimuleerivat ravi raskendab see, et puuduvad võimalused hinnata müokardi reaktsioone vastavale ärritajale. On teada, et füüsilise koormuse korral tõuseb sümptoadrenaalse süsteemi aktiivsus (28, 49). Täiendav adrenergiline stimulatsioon müokardi isheemia foonil võib põhjustada ventriikulite fibrillatsiooni (35, 68). On rohkesti andmeid müokardi-infarkti tekkimise kohta füüsilise pingutuse tagajärjel (17, 24). Sellest hoolimata on füüsiline treening südame isheemilise tõve ravikompleksis võitnud üha rohkem poolehoidu (2, 48, 56, 85). XVI üleliidulisel terapeutide kongressil Moskvas 1968. a. rõhu-

tasid sellise ravimeetodi efektiivsust paljud autorid (1, 10, 19, 23).

Meil on tähelepanekuid enam kui 100 haige kohta, kes põdesid südame isheemilist tõbe ja keda on jälgitud kuni kaheksa aasta jooksul. Muude ravimenetluste kõrval oleme rakendanud süstemaatilist, rangelt individuaalset füüsilist koormust ning meil on haigeid õnnestunud hoida töövõimelistena ja vältida neil, peale üksikute erandite, müokardi-infarkti või infarkti teistkordset tekkimist (30).

Süstemaatilise füüsilise treeninguga saavutatakse sümptoadrenaalse süsteemi aktiivsuse langus ja vegetatiivse närvisüsteemi parasümpaatilise osa vasturegulatsiooni tugevnemine (30, 64, 69). Ootamatuste vältimiseks ning kollateraaltereringe ohutumaks ja ka kiiremaks väljakujundamiseks on koormuste rakendamisel soovitatav manustada vahendeid, mis vähendavad südamelihase erutatavust, eeskätt beeta-retseptorblokaatoreid (inderaal), pikendatud toimeajaga nitroühendeid, reserpiini, kaaliumi, nikotiinhapet või muid sellesuunalise toimega preparaate. Muuseas, ka nikotiinhappel on teatav beeta-retseptoreid blokeeriv toime (59). Tuleb järgida põhimõtet: mida kaugemale on arenenud koronaarsklerosis, seda ettevaatlikum tuleb olla koormustega (füüsiline treening, kuurordi- ja kliimaravi ning balneoteraapia). Infarktiefelsete seisundite korral on tarvis kasutusele võtta südame isheemilise tõve kogu ravikompleks, kusjuures patsienti hoida täielikul säästerežiimil. Vajaduse korral haige hospitaliseerida. Kogemused on näidanud, et ravi puudumisel arenevad sellised seisundid müokardi-infarktiks mõne päeva kuni mõne kuu jooksul.

Järgnevalt vaatleme mõne antianginoosse vahendi olemust ja kasutamise perspektiive nii kirjanduse andmete kui ka oma kogemuste järgi.

Nitroühendid on stenokardia raviks kliinilises praktikas kasutusel olnud juba üle 100 aasta (50, 75). Kuigi on hakatud tarvitama palju uusi farmakone, on nitroglütseriin stenokardiahooge kupeeriva efekti tõttu jäänud asendamatuks. Kahjuks kestab nitroglütseriini toime liiga lühikest aega. Pikendatud toimeajaga nitroühendid,

nagu nitropentoon, erüniit jt., on küll laialdast kasutamist leidnud, kuid efektiivsuselt jäävad nitroglütseriini maha.

Kui nitroglütseriini varem on peetud koronaartereid laiendavaks vahendiks, siis just see toime tal üllataval kombel peaaegu puudub. Nitroglütseriini efekt põhineb südame töö redutseerimisel, millega kaasneb müokardi hapnikuvajaduse vähenemine (18). Nitroglütseriini toimel väheneb olulisel määral ka südame reflektorne reageerivus, muu hulgas ka sümptoadrenaalsetele impulssidele (14). Me oma uurimiste põhjal võisime kinnitada, et nitroglütseriin vähendab sümptoadrenaalse süsteemi aktiivsust ja südame kineetilist funktsiooni (28, 30). Kui nitropentoon ei ole efektiivne või nitroglütseriinitarve on pidevalt üle viie tableti ööpäevas, siis on juba tegemist infarktseisundiga ja tuleb üle minna tõhusamatele ravimeetoditele.

Papaveriinil on tugev koronaartereid laiendav toime ja ravim on kliinilises praktikas küllaltki edukalt rakendatav (47, 82). Sageli aga on papaveriin isegi suurtes doosides kasutatuna osutunud antianginoosse vahendina mõjutuks. See võib olla seletatav asjaoluga, et ta koronaartereid laiendav toime on seoses müokardi ainevahetuse intensiivistumise ja vastavalt sellele suurenenud hapnikutarbimisega (14, 18). Mõnikord, eriti sümptoadrenaalse süsteemi kõrgeenenud aktiivsuse korral, ületab müokardi suurenenud hapnikuvajadus, mis on indutseeritud papaveriinist, selle pakkumise koronaarterite kaudu. Oma uurimistes ei ole täheldanud sümptoadrenaalse süsteemi aktiivsuse langust papaveriini toimel. See kõik piirab preparaadi rutiinset kasutamist. Mitte eriti tõhusaks on osutunud ka kelliin, daukariin ja muud analoogilised, primaarselt spasmolüütilise toimega preparaadid.

Efülliin ja teised puriini derivaadid on papaveriinist tunduvalt nõrgema koronaartereid laiendava toimega, kusjuures viimane tuleneb jällegi müokardi hapnikuvajaduse suurenemisest (18). Kuigi efülliiniga mõnel juhul on saadud täiesti rahuldavaid tulemusi, pole toime suunda kunagi võimalik ette määrata. Haige seisund võib süm-

patoadrenaalse süsteemi kõrgeenenud aktiivsuse korral isegi halveneda. Südame isheemilise tõve juhtudest 70... 80%-l aga on tegemist nimetatud süsteemi aktiivsuse suurenemisega (30, 71, 72). Seepärast oleme efülliini kui antianginoosse vahendi tarvitamisest peaaegu täiesti loobunud.

Südame isheemilise tõve patogeneetilistest aspektidest tuleks rohkem hinnata neuropleegikume, nagu klooratsüsiin (14, 18) ja gangliopleegikume, nagu gangleroon ja kvateroon (3, 27). Meie kogemuste järgi on klooratsüsiini antianginoossed omadused siiski tagasihoidlikumad, kui eksperimentaalsed andmed seda lubavad eeldada. Kliiniliselt aga on end igati õigustanud gangleroon.

Viimasel ajal oleme aprobeerinud uuemaid antianginoosseid vahendeid: korontiini (segontiin, falikoor), persantiini (dipüridamool, kurantüül) ja adrenergilisi beeta-retseptorblokaatoreid (inderaal, propranolool).

Korontiin vähendab müokardi katehoolamiinide sisaldust ja koos sellega ka sümptoadrenaalse süsteemi aktiivsust (51, 62). Kui doos on küllaldane (120... 180 mg *pro die*), on korontiini kliiniline efekt hea.

Persantiin laiendab koronaartereid selektiivselt. Müokardi hapnikuvajadus seejuures ei suurene, vaid mõnel juhul isegi väheneb (18, 86). H. Bretschneideri (41) arvates on siin tegemist adenosiin-sümpatiinmehhanismiga, mis kujutab endast keemilist koronaartereid laiendavat kompleksi. Kuigi kirjanduses andmed puuduvad, võime tõestatuks pidada, et ka persantiinil on sümptoadrenaalse süsteemi aktiivsust alandav toime (30). Seepärast võime persantiini pidada küllaltki perspektiivseks koronaartereid laiendavaks vahendiks.

Beeta-retseptorblokaator inderaal on osutunud efektiivseks arütmiaavastamiseks, kuid ka antianginoosseks vahendiks (8, 40, 52, 60). Akuutne valu vaigistav efekt tal aga puudub. Inderaali toimemehhanism peitub adrenergiliste impulsside kupeerimises ja müokardi hapnikuvajaduse tunduvas vähendamises; redutseerub südame kineetiline aktiivsus. Inderaal koronaartereid ei laienda. Komplikatsiooniks võib olla

kardiovaskulaarse puudulikkuse süvenemine, mis südameglükosiididega on välditav. Inderaali toimele reageerivad eriti hästi haiged, kel on diagnoositud sümptoadrenaalse süsteemi kõrgenenud aktiivsus (52).

Palju on diskuteeritud reserpiini kasutamise üle koronaarinsufitsientsusega haigetel. Pooldame mitme autori (11, 12) seisukohta, mille järgi adekvaatne reserpiniseerimine on näidustatud hüpertooniatõvega kaasneva koronaarinsufitsientsuse korral, seda eriti sümptoadrenaalse süsteemi kõrgenenud aktiivsuse foonil. Kerge ja keskmise raskusega koronaarinsufitsientsuse puhul on reserpiinil soodus toime koronaarvereringesse. Raske koronaarskleeroosivormiga haigetel võivad ravimi toimel tekkida tüsistused. Ka reserpiinil otsene antianginoosne toime puudub.

Aktiivsetest ravimeetoditest on kõige soodsamaid tulemusi saadud südame sümptaatiliste juhteteede blokeerimisega kas kirurgiliselt, keemiliselt või elektriliselt (9, 15, 33, 36, 63, 73, 74, 81, 84). Oma kogemuste põhjal peame ka meie eriti *ganglion stellare* blokeerimist novokaiiniga südame isheemilise tõve üheks efektiivsemaks ravimeetodiks (30, 73, 74). Perspektiivne näib olevat ka *ganglion stellare* blokeerimine novokaiiniga kombineeritult inderaali manustamisega.

Üldiselt aga tuleb mitme eri toime-mehhanismiga farmakoni kombineerimisega olla ettevaatlik. Monoamino-oksüdaasi inhibiitoreid, mida kasutatakse sisehaiguste raviks hüpotensiivse ja antianginoosse toime tõttu, ei tohi tarvitada kombinatsioonis reserpiiniga korontiiniga. Persantiin ei sobi kokku gangliopleegikumide ja beeta-retseptorblokaatoritega. See kehtib ka viimati mainitute ühel ja samal ajal kasutamise kohta. Ilmselt ei ole mõtet persantiini- ja karbokroomiühendeid kasutada kombinatsioonis reserpiini ja korontiiniga viimaste kudesid katehoolamiinidest vabastava toime tõttu. Persantiini toime eelduseks aga on sümptaatiliste ainete teatava reservi olemasolu müokardis (41).

Südame isheemilist tõbe põdev haige on suuremal või vähemal määral labiilne meteoroloogiliste tegurite suhtes

(25, 42). Mida suuremad on ilmastiku muutused, seda rohkem võidakse mõjutada organismi regulatsioonimehhanisme. Oleme kindlaks teinud, et reageerimine ilmastiku muutustele sõltub vegetatiivse närvisüsteemi seisundist. Et enamikul südame isheemilist tõbe põdevatest haigetest sümptoadrenaalse süsteemi aktiivsus on kõrgenenud, siis võib selle süsteemi edasine stimuleerimine põhjustada soovimatuid tagajärgi. Süstemaatilise füüsilise treeninguga saavutatav neurovegetatiivne tasakaal loob soodsad tingimused ka kliimatingimustega adapteerumiseks. Alati on kasulik küllaldane viibimine väljas, teatava adaptatsiooniastme saavutamisel isegi ebasoodsa ilmastiku korral. Kergemate koronaarvereringe häirete olemasolul on lubatud mitmesugused balneoloogilised protseduurid (ka meres suplemine). Soovitada võib mõõdukaid helioprotseduure (32). Nendele haigetele pole vastunäidustatud ka sanatoorne ravi teistes kliimatingimustes (32). Ilmastiku järskude muutuste korral osutub sageli vajalikuks profülaktika eesmärgil kasutada antikoagulante, gangliopleegikume, reserpiini, nitropentooni, korontiini või muid raviaineid.

Kuigi koronaartromboos müokardiinfarkti põhjustajana tuleb arvesse ainult umbes 50%-l juhtudest (4), on antikoagulantide kasutamine näidustatud eriti infarktielsete seisundite korral ja infarkti ägedas staadiumis (20, 21, 89). Nagu näitavad meie veel publitseerimata uurimistulemused, on antikoagulantidel spetsiifilise toime kõrval veel omadus vähendada sümptoadrenaalse süsteemi aktiivsust.

Kõigest eeltoodust järeldub, et südame isheemilise tõve ravimiseks on palju eri ravimeid ja meetodeid. On hea, et ravimi tõhususe üle saab haige sageli ise otsustada. Kogemused näitavad, et ravirežiimi täielik puudumine on südame isheemilise tõve korral palju ohtlikum kui isegi teoreetilisest aspektist kahtlusi tekitav ravi. Viimasel juhul on prognoos kahtlemata parem. Oluline on haige teadlik suhtumine oma haigusesse.

Lõpuks tahaksime rõhutada profülaktika erakordselt suurt tähtsust südame isheemilise tõve ja selle retsidii-

vide vältimisel, seda eriti riskitegurite olemasolul.

KIRJANDUS: 1. Ахмеджанов М. Ю. и др. 16. Всесоюзный съезд терапевтов. Тезисы докл. М., 1968, 192—193. — 2. Бабарин П. М., Романова Л. С., Чибичьян Д. А. Сов. медицина, 1963, 5, 109—111. — 3. Бахадуров А., Коканбаева Р. Х. Терапевт. архив, 1962, 7, 56—58. — 4. Вихерт А. М., Гудим В. Н., Богуславский В. Б. В кн.: Атеросклероз и тромбоз. М., 1964, 101—112. — 5. Вовси М. С. Тр. 14. Всесоюзный съезда терапевтов. М., 1958, 127—152. — 6. Вошанова Н. П., Шишкин С. С. Клинич. медицина, 1962, 11, 58—62. — 7. Гольдберг Т. А. Кардиология, 1967, 10, 36—42. — 8. Дошинцин В. Л., Жаров Е. И., Аршакуни Р. О. Кардиология, 1967, 10, 59—67. — 9. Дрягин К. А. Клинич. медицина, 1948, 5, 23—26. — 10. Журавлева А. И., Хитрик И. И. 16. Всесоюзный съезд терапевтов. Тезисы докл. М., 1968, 194—195. — 11. Замыслова К. Н., Юржак В. Я. Клинич. медицина, 1960, 9, 90—95. — 12. Игнатьев М. В. Кардиология, 1961, 1, 77—78. — 13. Ильина Л. И., Куколевская Е. П. В кн.: Спортивная медицина. Тр. 12. Международного конгресса спортивной медицины. М., 1959, 92—96. — 14. Каверина Н. В. Фармакология коронарного кровообращения. М., 1963. — 15. Казанский В. И. Хирургия, 1952, 1, 71—77. — 16. Кикайон Э. Э. Кардиология, 1961, 5, 83—88. — 17. Кипшидзе Н. Н. Терапевт. архив, 1957, 7, 40—45. — 18. Кисин И. Е. Влияние коронарорасширяющих средств на кровоснабжение и энергетику сердца. М., 1966. — 19. Крячко И. А. 16. Всесоюзный съезд терапевтов. Тезисы докл. М., 1968, 193—194. — 20. Кушелевский Б. П. Очерки по антикоагулянтной терапии. М., 1958. — 21. Лукомский П. Е., Казьмина П. В. Кардиология, 1961, 4, 3—13. — 22. Мирзоян С. А., Габриелян Э. С. Фармакол. и токсикология, 1966, 1, 17—21. — 23. Могилевский Э. Р., Шукарева В. Я. 16. Всесоюзный съезд терапевтов. Тезисы докл. М., 1968, 189—190. — 24. Мясников А. Л. Гипертоническая болезнь и атеросклероз. М., 1965. — 25. Прюллер П. П., Рийв Я. Я. Уч. зап. Тартуск. ун-та, Тарту, 1965, 178, 27—35. — 26. Райскина М. Э. Биохимия нервной регуляции сердца. М., 1962. — 27. Решетова М. Н. Сов. медицина, 1959, 9, 82—87. — 28. Рийв Я. Я. и др. Биогенные амины. Материалы Всесоюзной конференции. М., 1967, ч. 2, 237—238. — 29. Рийв Я. Я. и др. Материалы Всесоюзной научно-техн. конф. по применению аэрозолей в народном хозяйстве. М., 1967, 125—126. — 30. Рийв Я. Я., Клейман А. Г., Валгма К. А. 16. Всесоюзный съезд терапевтов. Тезисы докл. М., 1968, 177—178. — 31. Стамболцян Р. П. О патогенетическом лечении коронарной недостаточности. Ереван, 1965. — 32. Татевосов С. Р. Коронарная недостаточность и ее курортно-климатическое лечение. М., 1967. — 33. Тявокин В. В. Терапевт. архив, 1959, 11, 41—45. — 34. Шхвацабая И. К. В кн.: Атеросклероз и инфаркт миокарда. М., 1959, 90—98. — 35. Adelson, L., Hoffman, W. J. Amer. Med. Assoc., 1961, 176, 2, 120—135. — 36. Arnulf, G.

L'infiltration stellaire. Paris, 1947. — 37. Baroldi, G., Scamazzoni, G. Coronary circulation in the normal and the pathologic heart. Washington, 1965. — 38. Berne, R. M. Circulat. Res., 1958, 6, 644—652. — 39. Björck, G., Bylin, G. Acta med. scand., 1965, 177, 6, 765—775. — 40. Black, J. W. et al. Lancet, 1964, 1, 1080—1081. — 41. Bretschneider, H. J. 4. Freiburger Colloquium Kreislaufmessungen. München, 1964, 104—109. — 42. Brezowsky, H. Arch. Kreislaufforsch., 1965, 47, 1—2, 159—188. — 43. Brodie, T. G., Cullis, W. C. J. Physiol. (Engl.), 1911, 43, 313—324. — 44. Dawber, T. R., Moore, F. E., Mann, G. V. Amer. J. Public Health, 1957, 47, 4—24. — 45. Doutheil, U., Bruggencate, H. G., Kramer, K. Plügers Arch. ges. Physiol., 1964, 281, 181—190. — 46. Eckstein, R. W. Circulate. Res., 1957, 5, 230—236. — 47. Elek, S. R., Katz, L. N. J. Pharmacol. and Exptl. Therap., 1942, 75, 178—182. — 48. Emmrich, R. Ber. ges. Inn. Med., 1967, 5, 28—32. — 49. Euler, U. S. v., Hellner, S. Acta physiol. scand., 1952, 26, 183—191. — 50. Field, A. G. M. Times and Gaz., 1858, 16, 291. — 51. Fritz, E. Med. Klinik., 1964, 59, 35, 1384—1387. — 52. Furberg, C. Acta med. scand., 1967, 182, 1, 119—127. — 53. Gertler, M. M., White, P. D. Coronary heart disease in young adults. Cambridge, Massachusetts, 1954. — 54. Green, H. D., Wegria, R., Boyle, H. H. J. Pharmacol. and Exptl. Therap., 1942, 76, 378—386. — 55. Gregg, D. E., Fisher, R. C. Handbook of Physiology. Section 11. Washington; 1963, v. 2, 1517. — 56. Hollmann, W. Körperliches Training als Prävention von Herz und Kreislaufkrankheiten. Stuttgart, 1965. — 57. Katz, L. N. et al. Arch. internat. pharmacodyn., 1938, 59, 399—408. — 58. Keys, A. Mod. Concepts Cardiovasc. Disease, 1956, 25, 317—320. — 59. Klensch, H. Med. Welt, 1967, 28, 1648—1650. — 60. Kutschna, W. Med. Welt, 1967, 28, 1639—1647. — 61. Likhoff, W. Coronary heart disease. Hahneman symp. Philadelphia, 1963. — 62. Macenna, B. R. Acta physiol. scand., 1965, 63, 3, 413—422. — 63. Mandl, F. Blockade und Chirurgie des Sympathicus. Springer-Wien, 1953. — 64. Mellerowicz, H. Prevention of ischemic heart disease. Springfield, 1966, 309—315. — 65. Moe, R., Bagdon, R., Zbinden, G. Angiology, 1962, 13, 1, 4—12. — 66. Morris, J. Cardiologia practica, 1962, 13, 1, 85—95. — 67. Morris, J. R., Crawford, M. Brit. Med. J., 1958, 1485—1496. — 68. Pentecost, B. L., Austen, W. G. Amer. Heart J., 1966, 72, 790—796. — 69. Raab, W. Amer. J. Cardiol., 1962, 9, 4, 576—790. — 70. Raab, W., Humphreys, R. J. J. Pharmacol. and Exptl. Therap., 1947, 89, 64—76. — 71. Raab, W. Amer. J. Cardiol., 1960, 5, 571—578. — 72. Richardson, J. A. Prevention of ischemic heart disease. Springfield, 1966, 96—102. — 73. Riiv, J., Ridala, R. TRÜ Toimetised, 1963, 134, 99—102. — 74. Riiv, J., Vainer, L., Maramaa, S. Nõukogude Eesti Tervish., 1965, 3, 189—193. — 75. Rise-man, J. E. F., Brown, M. G. Arch. Internal Med., 1937, 60, 100—118. — 76. Russek, H. I. J. Amer. Med. Assoc., 1959, 171, 5, 503—508. — 77. Russek, H. I., Zohman, B. L. Amer.

J. Med. Sci., 1958, 235, 266—275. — 78. Scheidler, K. Z. ärztl Fortbild, 1963, 57, 20, 1099—1108. — 79. Schettler, G. Arteriosklerose. Stuttgart, 1961. — 80. Schimert, G. Hippokrates, 1967, 38, 3, 85—92. — 81. Schmitt, W. Die Ncvcainblockade des Ganglion Stellatum. Leipzig, 1955. — 82. Simon, A. I. et al. J. Lab. and Clin. Med., 1949, 34, 992—997. — 83. Szentiványi, M., Juhász-Nagy, A. Z. Kreislaufforsch., 1964, 53, 7, 746—762. — 84. Travell, J. Circulation, 1951, 3, 120—124. — 85. Wassermil, M., Toor, M. Prevention of ischemic heart disease. Springfield, 1966, 348—350. — 86. West, J. W. et al. Circulat. Res., 1962, 10, 1, 35, 44. — 87. White, P. D. Clues in the diagnosis and treatment of heart disease. Springfield, 1955. — 88. WHO. Tech. Rep. Geneva, 1962, ser. 231. — 89. Wright, I. S., Marple, C., Beck, D. F. Myocardial manifestations and treatment with anticoagulants. New York, 1954.

РЕЗЮМЕ. *О принципах лечения ишемической болезни сердца.* Я. Я. Рийв и К. А. Валгма. Ишемическая болезнь сердца — полиэтиологическое заболевание, в котором существенную роль играют постоянное психическое перенапряжение, индивидуальные психические особенности, пищевой фактор, гипертоническая болезнь, ожирение, курение, физическая инактивность, обменные расстройства, наследственные предрасположения и другие факторы. При лечении болезни необходимо влияние названных рисков факторов довести до минимума.

Базируясь на основных патогенетических механизмах, в лечебном комплексе ишемической болезни приходится учитывать противотеросклерозные мероприятия, регуляцию коронарной гемодинамики и метаболизма миокарда. При выраженном коронарном стенозе основной задачей лечения является развитие коллатерального кровообращения, причем самым эффективным фактором оказывается адекватная физическая нагрузка. При лечении ишемической болезни наиболее результативными оказались приемы, понижающие функциональную активность симпато-адреналовой системы, как-то: успокаивающие средства, транквилизаторы, ганглиоблокаторы, блокада звездчатого узла, адекватная физическая тре-

нировка, персантин, коронтин, бета-рецептор-блокаторы, нитроглицерин, антикоагулянты, курортно-климато-бальнеотерапия и др.

Учитывая полиэтиологический характер ишемической болезни сердца, одной из основных предпосылок эффективного лечения является его комплексность, охватывающая как распорядок жизни и работы больного, его питание, так и лечение сопутствующих болезней. В первую очередь приходится учитывать гипертоническую болезнь и сахарный диабет. В случае надобности — для улучшения коронарного кровоснабжения и восстановления потребности миокарда в кислороде, можно прибегать к специальным лечебным приемам. При метеоролабильности необходима систематическая закалка по отношению метеофакторам. Часто оказывается целесообразным при резких переменах погоды применять профилактические средства (антикоагулянты, ганглиоблокаторы, резерпин, эринит и др.).

Одной из фатальнейших осложнений при ишемической болезни сердца является фибрилляция желудочков сердца. Для предотвращения этого необходимо уменьшить повышенную возбудимость миокарда, обусловленную ишемией, особенно в условиях различных нагрузок. Из медикаментов можно в первую очередь применять бета-рецепторблокаторы, нитросоединения отсрочивающего действия, резерпин и др. При прединфарктном состоянии миокарда приходится применять полный комплекс лечения ишемической болезни сердца на фоне охранительного режима, в случае необходимости и госпитализацию больного.

Чем более выраженным является коронаросклеротический процесс у больного, тем острее нужно применять стимулирующее лечение (физическую тренировку, курортно-климато-бальнеотерапию и др.).

Практика показывает, что прогноз ишемической болезни сердца у больных, находящихся под медицинским контролем, независимо от характера профилактических или лечебных приемов, лучше, чем у тех, кто, по неведению или небрежности, не уделяет достаточного внимания своей болезни.

*Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna
sisehaiguste propedeutika kateeder*

KOMPLEKSOONRAVI VÕIMALUSTEST

HUBERT KAHN
Tallinn

UDK 615.3:616.132.2-004

Kompleksoonideks nimetatakse orgaanilisi aineid, mis helaatsideme abil moodustavad metallide katioonidega väga püsivaid ja vees hästi lahus-

tuvaid ühendeid. Eri kompleksoonidel on metallide katioonide suhtes erinev afiinsus. Näiteks kõige ulatuslikumalt kasutatava kompleksooni eteendiamino-

tetraetaanhappe afiinsuse pingerida mõne metalli katioonide suhtes on järgmine: $Sr < Sa < Mn < Co < Pb$. Kompleksoonide toime põhineb peamiselt sellel, et need vabastavad organismi toksilistest metallidest.

Esimeseks kompleksooniks, mida on kasutatud meditsiinis, on tetatsiin-kaltsium (kaltsiumnaatriumetaandiaminotetraetanaat). 1952. a. katsetati USA-s tetatsiin-kaltsiumiga ravida üht. pliimürgistust põdevat haiget, mis üle ootuste andis tulemusi (23). Mainitud kompleksooni efektiivsust pliimürgistuse juhtudel on kirjeldatud ka ajakirjas «Nõukogude Eesti Tervishoid» (14).

Häid tulemusi on tetatsiin-kaltsiumiga saadud nikli-, elavhõbeda- ja koobalitmürgistuse puhul (2, 21 jt.). Ka mangaanimürgistust võib sellega ravida (7), ehkki sel korral annab tõhusamaid tulemusi $CaNa_2$ DTPA (24). Vase eritumist organismist soodustab kõige enam kompleksoon penitsilliinamiin. Viimast on edukalt kasutatud hepatolentikulaarse degeneratsiooni (Wilsoni tõve) korral (8, 12, 13, 18 jt.). Haiguslikult suurenenud rauasisaldust organismis (näiteks hemokromatoosi puhul) vähendab kõige intensiivsemalt kompleksoon desferaal (16, 20 jt.). Kuid ka tetatsiin-kaltsium kiirendab vase ja raua elimineerimist organismist (5, 11, 17, 26 jt.).

Kompleksoone kasutatakse ka vesiniktsüaniidimürgistuse juhtudel (27). Teatavasti on tsüaniidioonil tsütokroomokside sisalduva kolmevalentse raua suhtes suurem afiinsus kui hapnikul, mistõttu vesiniktsüaniidimürgistuse puhul hapniku ülekandmine hemoglobiinilt kudedele lakkab. Koobaltetaandiaminotetraetanaat aga toimib vesiniktsüaniidi antidoodina, sest etaandinitriilil on koobalti suhtes suurem afiinsus kui kolmevalentse raua suhtes. 0,8 mg nimetatud kompleksooni neutraliseerib 0,1 mg etaandinitriili. D. Semjonovi ja I. Tregubenko (6), V. Balabuhha ning kaasautorite (3) jt. andmeil võib kompleksoone (peamiselt tetatsiin-kaltsiumi) edukalt kasutada radioaktiivsete metallide (näiteks ^{137}Cs , ^{90}Sr , ^{91}Y jt.) eemaldamiseks organismist.

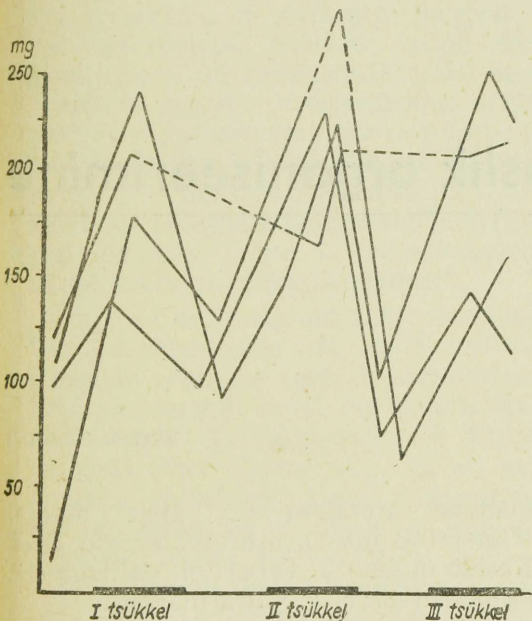
Eespool nimetatud ainete elimineerimiseks organismist korraldatakse kompleksoonravi tavaliselt järgmise skeemi kohaselt. 2 g kompleksooni (20 ml

10%-list lahust) süstitakse aeglaselt veeni või viiakse veeni tilkinfusiooni teel koos 300...500 ml 5%-lise glükoosilahusega või isotoonilise naatriumkloriidilahusega. Niisuguses annuses manustatakse ravimit üks kord päevas. Raske mürgistuse korral võib kompleksoone veeni viia kaks korda päevas (3...4-tunnilise vaheaja järel). Kolmekuni viiepäevasele ravitsüklile järgneb 3- või 4-päevane vaheaeg. Olenevalt mürgistuse raskusastmest on ette nähtud 2...5 tsükli. Kergematel juhtudel võib tetatsiin-kaltsiumiga edukalt ravida ka ambulatooriumis. Peamiseks nõudeks on, et kompleksooni süstitaks aeglaselt (kaltsiumi kontsentratsiooni järsu langemise ohu tõttu).

Kompleksoone on viimase aastakümne jooksul hakatud kasutama mitte ainult intoksikatsioonide, vaid ka muude haiguste raviks. A. Boyle'i jt. (9) andmeil on triloon B andnud häid tulemusi dekompenseeritud südamerikete, koronaarhaiguse, tserebraalsete ja perifeersetes arteriitides, südamearütmia, sklerodermia, universaalse kaltsinoosi, dermatomüosiidi ja reumaatilise artriidi juhtudel. Koronaarhaiguse raviks on nimetatud kompleksooni süstitud ülepeaviti 6...8 nädala vältel, kusjuures mõnikord on haigetele tehtud kuni 12 süstet (19). 1963. a. avaldas D. Aronov (1) andmed üheksa ateroskleroosiga ravimise tulemuste kohta (kasutati triloon B-d). Nendel oli röntgenoloogiliselt diagnoositud arterite kaltsinoosi. Kaltsiumisisaldus veres oli suurenenud, kuid kaltsiumi eritumine uriiniga vähenenud. Kompleksoonravi ajal suurenes kaltsiumi eritumine uriiniga 10...12 korda. Haigete enesetunne paranes. Südamevoolmed nõrgenesid tunduvalt või kadusid hoopis, valud säärelihastes vähenesid märgatavalt. Triloon B-d on edukalt kasutatud südamearütmia, eriti digitaalsete üledoseerimisest tingitud rütmihäirete korral (25). A. Zielke ja kaasautorid (28) on kirjeldanud triloon B head raviefekti *claudicatio intermittens*'i juhtudel. Pääaegu pooltel ravi-alustest vähenesid valud jalgades ning 30%-l haigetest osutus võimalikuks objektiivselt kindlaks teha jäsemete vereringe paranemine. Nimetatud autorid tulid järeldusele, et triloon B alandab vererõhku ja vähendab vereseerumi kolesteriinisaldust ning normaliseerib

kapillaaride resistentsust. A. Ravina (22) proovis 60...87 aasta vanustel inimestel vananemise tunnuseid vähendada flatsitraanravi abil. Sajast ravitust 93-l paranes enesetunne, kolesteriini-fosfolipiidide suhe langes 1,33-lt 1,07-le. Verehüübesüsteemis nihkeid ei täheldatud. Ravialustel tüsistusi ei tekkinud.

1966. a. sügisest alates on Tallinna Vabariikliku Haigla II sisehaiguste osakonnas triloon B-d käesoleva artikli autori ettepanekul kasutatud ateroskleroosi raviks. Neljale 57...72 aasta vanusele aterosklerootilist kardioskleroosi põdevale haigele (ühel neist oli müokardi-infarkt) määrati kolm viiepäevast ravitsükli. Iga päev viidi veeni tilkinfusiooni teel kaks grammi triloon B-d (koos 250 ml 5%-lise glükoosilahusega). Ravitsüklike vaheaeg oli kolm päeva. Pärast kompleksoonravi paranes kõikide ravialuste enesetunne. Valud südamel piirkonnas nõrgenesid tunduvalt või kadusid hoopis. Kaks patsienti kinnitasid, et ravi lõpuks olid nende jalad muutunud soojemaks. Kaltsiumisisaldus veres olulisel määral ei muutunud, küll aga kaltsiumi eritumine uriiniga suurenes tunduvalt (vt. joonis). Kolesteriinisaldus vereseerumis vähenes ravi lõpuks kõikidel patsientidel (kahel oli see muutus minimaalne, üle-



Kaltsiumi elimineerumise dünaamika triloon B ravi vältel (mg-des ööpäeva uriini kohta)

jäänud kahel langes kolesteriinipeegel peaaegu 50% võrra). Kirjeldatud juhud innustavad kompleksoonravi ateroskleroosi puhul veelgi ulatuslikumalt kasutama. Kuigi kaltsiumi elimineerimine kompleksoonravi ajal mitmekordistub, oleme arvamisel, et head ravitulemused ei ole seletatavad üksnes dekaltsifitseeriva toime efektiga (organismis leiduva kaltsiumi hulgaga võrreldes on kompleksoonravi toimel elimineerunud kaltsiumi kogus tühine). Näib, et triloon B toimemehhanismis etendavad tõenäoliselt tähtsat osa metalle sisaldavate fermentide deblokeerimine ning sel teel nende aktiivsuse mõjutamine.

Meie arvates võiks kaltsiumi sisaldavate põie- ja neerukivide lahustamine kompleksoonide toimel olla üks perspektiivseid ravimooduseid. Selline soovitus rajaneb ühelt poolt kirjanduse andmetel (10 jt.), teiselt poolt ka tähelepanekutel, mille järgi pikaajalised ja korduvad triloon B kuurid neerukivitõve puhul on vähendanud kivide mõõtmeid, on muutnud need ümaramaks ning on ära hoidnud neerukoolikute vallandumise. Haiged taluvad preparaati hästi, kui mitte arvestada süstimise ajal tekkivat mõõdukat valulikkust küünarvarres.

Viimastel aastateil on kompleksoone hakatud kasutama ka stomatoloogias, näiteks parodontoosi raviks elektroforeesi teel isikuil, kel nimetatud haigus on põhjustatud pliiga kokkupuutumisest igapäevases töös (15). V. Berezovskaja (4) andmeil võib kompleksoone edukalt kasutada hambajuurekanali laiendamiseks.

Kompleksoonide näol on meditsiin rikastunud uue ravimite rühmaga. Need on mitmel juhul asendamatud etiotroopsed ravimid, paljudel juhtudel aga on hinnatavad patogeneetilise ravi seisukohalt. Kompleksoone tuleks vabariigi raviasutustes kiiremini ja ulatuslikumalt kasutusele võtta.

KIRJANDUS: 1. Аронов Д. М. Клинич. медицина, 1963, 5, 19—22. — 2. Архипова О. Г. и др. Фармакол. и токсикол., 1965, 1, 92—94. — 3. Балабуха В. С. и др. Проблема выведения из организма долгоживущих радиоактивных изотопов. М., 1962. — 4. Бerezовская В. И. Стоматология, 1966, 4, 6—9. — 5. Дашаш А., Панфилова И. К. Гиг. труда, 1965, 7, 46—49. — 6. Семенов Д. И., Трегубенко И. П. Труды института биоло-

гии АН СССР. Уральский филиал. Сборник работ лаборатории биофизики. Свердловск, 1957, вып. 9, 20—56. — 7. Эйсо Х. Конференция молодых научных работников. Тезисы докладов. Москва, 1963, 87—88. — 8. Blattner, R., J. Pediatr. 1958, 52, 6, 758—761. — 9. Boyle, A. J. a. o. Federat. Proc., 1961, 20, 3, 243—252. — 10. Brozinski, M. W. u. a. Dtsch. med. Wochenschr., 1961, 86, 6, 255—256. — 11. Girard, M. e. a. Lyon méd., 1958, 199, 11, 415—426. — 12. Goldstein, N. P. a. o. Neurology, 1962, 12, 231—244. — 13. Hsia, E. Y. a. o. J. Pediatr., 1966, 68, 6, 921—926. — 14. Kahn, H. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1961, 3, 9—13. — 15. Kahn, H., Oppi, E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1964, 4, 32—34. — 16. Kirimlidis, St. e. a. Helv. paediatr. acta, 1966, 21, 343—350. — 17. Lamache, A. e. a. D. Semaine therap., 1957, 33, 4, 305—309. — 18. Lange, J. Dtsch. Z. Nervenheilkunde, 1961, 183, 1, 63—77. — 19. Meltzer, L. E. a. o. Amer. J. Med. Sci., 1961, 242, 1, 11—17. — 20. Moeschlin, S., Schneider, U. Pharmakotherapie, 1963, 1, 289—309. — 21. Pastor, J., Cristan, B. Bull. Soc. pharmacie, Bordeaux, 1962, 11, 41, 7—21. — 22. Ravina, A. Presse méd., 1964, 72, 53, 3185—3186. — 23. Rubin, M. a. o. Science, 1953, 3050, 659—660. — 24. Schüttmann, W. Z. ges. innere Med., 1966, 1, 1—7. — 25. Solti, F. a. o. Magiar belorv. arch., 1966, 19, 4, 187—195. — 26. Teisinger, J., Fišerova-Bergercva, V. Arch. Gewerbe-pathol. und Gewerbehyg., 1958, 16, 478—489. — 27. Wehrheim, H., Jacobs, K. Zbl. Arbeitsmed. u. Arbeitsschutz, 1965, 15, 5, 107—110. — 28. Zielke, A. u. a. Dtsch. Gesundheitswesen, 1966, 5, 215—221.

РЕЗЮМЕ. О возможностях лечебного применения комплексонов. Х. А. Кахн. Комплек-

соны — органические вещества, способные при помощи клещевидных связей с катионами металлов образовывать стойкие и в то же время хорошо растворимые в воде соединения. Наиболее распространенным комплексоном является этилендиаминтетрауксусная кислота (сокращенное название ЭДТА), которая впервые была применена в 1952 году.

В статье приводятся данные из различных источников об успешном применении комплексонов при интоксикациях металлами (свинец, марганец, медь и др.), цианистыми соединениями, для выведения радиоактивных веществ из организма, при гепатолентикулярной дегенерации (болезнь Вильсона), гемохроматозе, гемоцидозе, декомпенсированных клапанных пороках, коронарной болезни, церебральных и периферических артритов, аритмиях (особенно дигиталисных), склеродерме, универсальном кальцинозе, ревматическом артрите, почечнокаменной болезни и для расширения корневых каналов зубов.

Наблюдения автора подтверждают большую эффективность ЭДТА при лечении свинцовой интоксикации. Опыт последних лет показывает, что при легких формах свинцового отравления CaNa_2 ЭДТА можно успешно применять в амбулаторных условиях. По предложению автора, с конца 1966 года во II терапевтическом отделении Таллинской республиканской больницы (зав. отделением, заслуженный врач Б. М. Либерман) Na_2 ЭДТА (трилон Б) используется при некоторых сердечно-сосудистых заболеваниях. В статье приводятся краткие данные о благоприятном применении Na_2 ЭДТА у четырех пожилых лиц с атеросклеротическим коронарокардиосклерозом.

Ekspérimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Tervishoid. Töö teaduslik organiseerimine

TERVISHOIU ÜLESANNETEST VABARIIGIS

ENDEL KAMA
Tallinn

UDK 614.2(474.2)

NSV Liidu Ülemnõukogu seitsmenda koosseisu IV istungjärgul arutati tervishoiu olukorda ja ülesandeid meie maal. NLKP Keskkomitee ja NSVL Ministrite Nõukogu võtsid 1968. a. juulis vastu määruse «Abinõudest tervishoiu edasiseks parandamiseks ja arsti-

teaduse arendamiseks meie maal». Nimetatud määruse alusel andsid EKP Keskkomitee ja vabariigi valitsus 31. oktoobril 1968. a. välja määruse.

Eelmine tervishoidu puudutav määrus avaldati 1960. aastal. Sellest ajast on arstiabi Eesti NSV-s muutunud

kättesaadavamaks ja selle kvaliteet paranenud. Elanikkonna tervislikus seisundis on toimunud positiivsed nihked, raviasutuste materiaaltehniline baas on tugevnenud ja meditsiinikaadriga komplekteeritus ning kaadri erialane kvalifikatsioon paranenud.

1959. aastaga võrreldes on (1968. aastaks) elanikkonna üldine haigestumus vähenenud 4,6%, üldine suremus 3,4% ja laste suremus 39,4% võrra. Samal ajavahemikul on saadud häid tulemusi võitluses nakkushaigustega. Haigestumine tuberkuloosi on vähenenud 2,9 korda, tuberkuloosahaigete arv aga 2,3 korda. Praegu enam ei esine poliomieliiti ja difteeriasse haigestumist, tunduvalt on vähenenud haigestumine läkakõhasse ja epideemilisse hepatiiti.

Tervishoiukorraldus ja rahva tervislik seisund on aasta-aastalt paranenud, kuid ikka tuleb ette lahendamist nõudvaid probleeme. Tervishoiuorganeil ja -asutustel on teha ulatuslik töö NLKP Keskkomitee ning NSV Liidu Ministrite Nõukogu määruse täitmisel.

Üks esmajärgulisi ülesandeid elanikkonna kvalifitseeritud arstiabiga kindlustamisel ja tervishoiu taseme tõstmisel on tervishoiuasutuste materiaalse baasi tugevdamine.

Tervishoiuvõrgu arendamisel on tarvis arvestada, et väikesed haiglad ei ole otstarbekad. Nad ei suuda anda kvalifitseeritud meditsiinilist abi ja on ebaökonoomsed. Maa- ja oskonnahaiglad peab reorganiseerima maa-ambulatoriumideks. Tuleb laiendada rajooni keskhaiglad, selleks et neis rajooni elanikke ravitaks vähemalt põhierialadel (teraa- pia, kirurgia, laste- ja naistehaigused, sünnitusabi ja nakkushaigused).

Rajooni keskhaiglad tuleb laiendada kas juurdeehituste või neile sobivate ruumide leidmise teel. Juurdeehitused kapitaalremondi arvel on plaanis Rakvere, Jõgeva ja Valga rajoonis. Mitmes rajoonis tuleb kõne alla ainult uute hoonete ehitamine. Uued rajoonihaiglad on kavandatud Võru ja Viljandi rajoonis. Partei Keskkomitee ja valitsuse poolt väljaantud määruses on ravi- ja profülaktikaasutuste ehitamiseks ning laiendamiseks riiklikele ressurssidele lisaks soovitatud kasutada kas üksikute tööstusettevõtete, sovhooside ja

kolhooside vahendeid (ka koopereeritult). Seda ongi hakatud tegema Tartu, Rapla ja Kingissepa rajoonis.

Kaasaegsele tervishoiule iseloomulik spetsialiseeritud arstiabi areng nõuab ka vastavate raviasutuste ehitamist. On otstarbekas ja vajalik, et suuri spetsialiseeritud osakondadega raviasutusi vabariigis rajataks peamiselt Tartus ja Tallinnas. Seejuures lähtutakse rahvamajanduse arengust, elanike arvu suurenemisest ning Tartus ka TRÜ Arstiteaduskonna õppe- ja teaduslike baaside vajadustest.

Ehitatav Tartu kliinikute korpus, järgmisel viisaastakul Tallinnasse rajatav 1000 voodikohaga haigla ning teised uued raviasutused võimaldavad neis linnades luua kaasaegse meditsiinitehnikaga varustatud spetsialiseeritud keskused, mille baasil toimub arstiteaduse edasine areng.

Arstiabi parandamine nõuab eelkõige ambulatoorse ja polikliinilise abi kättesaadavamaks ja kvalifitseeritumaks muutmist, sest umbes 80% elanikest saab arstiabi polikliinilistes asutustes.

Maaelanikele arstiabi kättesaadavamaks muutmiseks on maa-arstijaoskondades vaja lahendada transpordi küsimus. Lähematel aastatel tuleb suurematele maa-arstijaoskondadele anda oma autod.

Et maa-ambulatoriumis oleksid kõige vajalikumad diagnoosimise ja ravi võimalused, peaks ambulatorium tegema lihtsamaid kliinilisi analüüse ja füsioteraapiaprotseduure.

Erialast polikliinilist abi saavad maaelanikud rajooni keskhaiglas. Paljudes rajoonides ja ka mõnes linnas ei ole veel jagu saadud järjekordadest mõne eriala (neuroloogia, ortopeediline stomatoloogia, röntgenoloogia jt.) arsti juurde. Juba praegu on neid võimalik likvideerida töö õige korraldamisega.

Eelmisel aastal, kui kontrolliti polikliinikute tööd Põlva ja Jõgeva rajoonis, selgus, et järjekorrad neuroloogi, stomatoloogi jt. eriarstide juurde olid tingitud just töö ebaõigest organiseerimisest. Sisemiste reserve otstarbekam kasutamine võimaldas oluliselt parandada polikliinilist teenindamist neis rajoonides.

Kõigile elanikele peaks polikliiniline arstiabi olema kättesaadav peamiselt

erialadel (teraapia, akušöör-güneko-
loogia, kirurgia, pediaatria, neurolo-
ogia, silma-, kõrva-, nina- ja kurguhai-
gused, stomatoloogia ja röntgenolo-
ogia) ning alles seejärel tuleks avada kit-
samate erialade kabinetid.

On vaja tähelepanu pöörata organi-
satsiooniliste puuduste kõrvaldamisele
polikliinilistes asutustes. Arstide tööaja
planeerimisel eraldatakse sageli vähe
aega vastuvõttudeks, liigselt aga muude
tööde jaoks. Tuleb likvideerida puudu-
sed polikliiniku arstide tööaja jaotuses.
Asutuste juhatajad peavad rohkem
analüüsima polikliiniliste asutuste tööd.
Mitmes polikliinikus on suhteliselt vähe
järjekorranumbreid eraldatud esmas-
tele haigetele, samal ajal jäävad kasu-
tamata korduvalt polikliinikusse pöör-
dujatele ettenähtud numbrid. Nii
luuakse kunstlikult tingimused järje-
kordade tekkeks.

Tähelepanu vajab registratuuride töö
korraldus. Kahjuks ei ole nendes ette
nähtud kesk-eriharidusega meditsiini-
töötaja ametikohta. Registratuurides
töötavad inimesed, kellest sõltub hai-
gete vastuvõtt, kuid kes tihtipeale ei
ole oma ülesannete kõrgusel. Polikliini-
listes asutustes oleks sisemiste reser-
vide arvel vaja eraldada kesk-erihari-
dusega meditsiinitöötaja, kes juhiks
registratuuri tööd. Arstide vastuvõtu-
koormuse paremaks reguleerimiseks ja
analüüsimiseks on polikliinikutes Läti
NSV eeskujul otstarbekas organisee-
rida vastuvõttude tsentraliseeritud reg-
istreerimine.

Nii mõnigi kord on elanike rahulole-
matuse põhjuseks halb töökorraldus
asutuses ja puudulik informatsioon
selle kohta, kus ja millal üks või teine
arst vastu võtab; või on eriarstide ja
abikabinettide vastuvõtu ajad sellised,
et inimesed peavad kaua ootama või
korduvalt tagasi tulema. On tarvis roh-
kem tähelepanu pöörata heale infor-
matsioonile raviasutuses.

Üks tervishoiuasutuste ja -organite
edasilükkamatuid ülesandeid on töös-
tustöölise polikliinilise teenindamise
parandamine ja ajutise töövoimetuse
juhtude arvu vähendamine. Kohalikud
tervishoiuorganid ei ole veel küllalda-
selt tähelepanu pööranud tööstustöölise
eeliste teenindamisele, normatiivsete tseh-
hijaoskondade või kooperaeritud tseh-

hijaoskondade moodustamisele ja kaad-
riga kindlustamisele.

Tänapäeval pööratakse üha rohkem
tähelepanu spetsialiseeritud meditsii-
nilisele abile. Intensiivselt on meil
arenenud kirurgilise profiiliga spetsiali-
seeritud alad (rindkerekirurgia, vere-
soonte kirurgia, neurokirurgia jm.).
Alles viimasel ajal on hakatud arenda-
dama ka terapeutilise profiiliga spetsia-
liseeritud osakondi (gastroenteroloogia,
nefroloogia, pulmonoloogia jt.). Olemas-
olev voodifond aga ei ole võimaldanud
avada hädavajalikke allergoloogia- ja
hematoloogiaosakondi.

Spetsialiseeritud osakondade loomisel
tuleb arvestada vabariigi vajadusi ja
olemasolevat voodifondi. Et spetsiali-
seeritud osakonnad on kõrgema etapi
ravikohaks, siis peavad need rahuldama
kogu vabariigi vajadusi. Neid tuleks
avada esmajoones vabariiklike asutuste
juures (eriti kitsamatel erialadel). Pea-
miselt Tallinnas on tarvis täpsustada
spetsialiseeritud osakondade arengu
perspektiivid, arvesse võttes linna ja
vabariiklike asutuste voodifondi ja va-
jadusi ühe või teise spetsialiseeritud
osakonna järele.

Tervishoiuorganitele pandud ülesan-
nete edukas lahendamine sõltub suu-
rel määral meditsiinikaadrist — sel-
lega kindlustatusest, erialasest kvalifi-
katsioonist ja ideelis-poliitilisest kas-
vatusest.

Vabariigis on suhteliselt rohkesti
arste, ometi on neist kohati veel puu-
dus, iseäranis maal.

Lähemal aastail on eriti päevakorral
arstide ettevalmistamine, spetsialiseeri-
mine ja erialane täiendamine. Nii on
otstarbekas rohkem tähelepanu pöö-
rata arstide mittetatsionaarsele täien-
damisele. Kesktäiendusinstituudid võ-
tavad praegu mittetatsionaarsesse osa-
konda peamiselt osakonnajuhatajaid ja
kitsa eriala spetsialiste. Laia profiiliga
arstidel ja polikliiniku arstidel on mit-
tetatsionaarsest täiendamisest osavõt-
miseks vähem võimalusi. Tuleks ära
kasutada kohapealsed võimalused, na-
gu näiteks Tartu Riikliku Ülikooli Ars-
titeaduskonna baasil korraldada mitte-
tatsionaarsed täienduskursused laia
profiiliga arstidele (terapeudid, pedi-
aatrid jt.).

Raviasutuste paaristidel ning osa-
konnajuhatajatel tuleks konkreetselt

juhtida ja kontrollida arstide erialast täiendamist töökohal. Andmed meditsiini perioodika tellimise ja meditsiinilise raamatukogu kasutamise kohta näitavad, et paljud arstid ei loe erialakirjandust regulaarselt.

Медицини saavutuste kiiremaks elluviimiseks on vaja tihendada raviastutuste ja praktiseerivate arstide koostööd teaduslike asutustega. Paljud arstid võtavad juba praegu osa teaduslikest uurimistest ja teevad plaanipäraselt teaduslikku tööd. Oleks soovitav, et niisuguste arstide arv tulevikus veelgi suureneks, et teaduse vahetul seostamisel eluga paraneks meditsiinilise abi kvaliteet.

Rahva tervishoiu edasine parandamine ei sõltu ainult materiaaltehnilisest baasist ja kaadrist, vaid suurel määral ka organisatsioonilise töö täiustamisest. Paljude tervishoiuorganisaatorite, samuti osakonnajuhatajate igapäevane töö aga on sageli plaanipäratu, mistõttu suurem osa tööajast kulub nii-öelda jooksvate küsimuste lahendamiseks; vähe aega jääb organisatsiooniliste probleemide jaoks. Töö teaduslikust organiseerimisest räägitakse palju, kuid meie igapäevases töös leidub selle elemente veel vähe.

Nõukogude tervishoiu põhisuund on profülaktika. On vaja, et tervishoiutöötajad aktiivselt aitaksid nõukogude inimese tööd ja elu õigesti ning ratsionaalselt korraldada. Efektivsemaks peab muutuma sanitaar-hügieenialane kasvatus töö elanikkonna hulgas.

NLKP Keskkomitee ja valitsuse määrus tervishoiu edasise parandamise ja arstiteaduse arendamise kohta seab tervishoiuorganitele ning igale tervishoiutöötajale uued, suured ülesanded. Ei ole kahtlust, et meedikud, toetudes partei ja nõukogude organite pidevale abile, annavad kogu oma jõu ja teadmised nõukogude inimeste tervise kaitseks.

РЕЗЮМЕ. *О задачах здравоохранения в республике.* Э. К. Кама. На IV сессии Верховного Совета СССР обсуждались состояние и задачи здравоохранения в нашей стране. Центральный Комитет КПСС и Совет Министров СССР приняли постановление «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки в стране». Соответствующее постановление было принято и в Эстонской ССР.

Одной из первоочередных задач является дальнейшее укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения. Сельские участковые больницы следует реорганизовать в сельские амбулатории и расширить центральные районные больницы, чтобы лучше обеспечить жителей районов больничной помощью по основным специальностям. В нашей республике пристройки планируются при районных больницах Раквере, Йыгева и Валга. В некоторых районах, например, в Выру и Вильянди будут выстроены новые больницы.

В условиях республики целесообразно строительство крупных больниц со специализированными отделениями в городах Тарту и Таллине. Для улучшения медицинской помощи сельскому населению нужно разрешить вопрос по обеспечению транспортом сельских врачебных участков.

В настоящее время центральная районная больница обеспечивает поликлинической помощью сельское население. Однако в некоторых районах работа поликлиник еще не налажена. Серьезного внимания требует работа регистратур. К сожалению, в штатах не предусмотрена должность медицинских работников со средним образованием в регистратуре. Поэтому за счет внутренних резервов надо выделить одного работника из среднего медицинского персонала для руководства работой регистратур поликлиник.

Одна из важнейших задач органов здравоохранения является улучшение поликлинического обслуживания промышленных рабочих, что поможет уменьшить заболевания с временной нетрудоспособностью.

Решение задач, которые стоят перед органами здравоохранения, во многом зависит от обеспеченности кадрами и их квалификации, а также от их идейно-политического воспитания. Поэтому особое внимание следует уделять подготовке, специализации и усовершенствованию врачей, для чего максимально использовать все местные возможности (для заочного усовершенствования при медицинском факультете Тартуского гос. университета). Руководство и контроль за названной работой следует возложить на главных врачей и заведующих отделениями лечебных учреждений. Подписка на медицинскую периодику и число посещений медицинской библиотеки показывают, что не все врачи регулярно используют медицинскую литературу.

Для скорейшего внедрения в практику достижений медицинской науки нужна тесная связь лечебных учреждений с научными учреждениями. Многие врачи-практики участвуют в планомерной научной работе. Чтобы число таких врачей еще увеличилось, нужно улучшить соответствующие условия.

Основное направление советского здравоохранения — профилактика. Чтобы правильно и рационально организовать работу и быт советских людей, работники здравоохранения должны активно проводить санитарно-гигиеническую воспитательную работу среди населения.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium

SANITAAR- JA EPIDEMIOLOOGIA- JAAMADE LABORATOORIUMID JA NENDE ARENGUPERSPEKTIIVID EESTI NSV-s

Tallinn
OKU TAMM

UDK 614.3/4.006.25(474.2)

Rahvamajanduse ja tervishoiu arenemine nõuab elanikkonna sanitaar- ja epidemioloogia-alase teenindamise vormide ja meetodite pidevat täiustamist.

1963. aasta 29. oktoobril võttis NSV Liidu Ministrite Nõukogu vastu määruse nr. 1107 «Riiklikust sanitaarjärelevale NSV Liidus». Määruses on ette nähtud sanitaar- ja epidemioloogiajaamade (SEJ) laboratooriumide tegevuse laiendamine, spetsialistide parem ettevalmistamine ja nende kvalifikatsiooni tõstmine ning sanitaar- ja epidemioloogiateenistuse edasine spetsialiseerimine.

1968. a. juunis arutati NLKP Keskkomitees ja NSV Liidu Ministrite Nõukogus tervishoiu edasise parandamise ja arstiteaduse arendamise abinõusid ning võeti vastu määrus. Sanitaarorganitel on lahendada vastutusrikas ülesanne: nimetatud määruse alusel koostada tööplaanid elanikkonna sanitaar- ja epidemioloogia-alase teenindamise, sealhulgas ka laboratooriumide töö edasiseks parandamiseks vabariigis.

1968. aastal töötas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi süsteemis üks vabariiklik, 5 linna (vabariigilise alluvusega linnades), 11 rajooni SEJ-i ning 3 sanitaar- ja epidemioloogiaosakonda haiglates.

Laboratooriumide sanitaarhügieeni- ja bakterioloogiaosakonnad on olemas kõikides SEJ-ides ning haiglate sanitaar- ja epidemioloogiaosakondades.

Viimastel aastatel on enam tähelepanu pööratud tööstussanitaaria laboratooriumide arendamisele, mille arv on suurenenud neljalt (1964. a.) kaheksale (1968. a.), kusjuures keemikute ja kõrgema haridusega laborantide arv on samuti kahekordistunud. Tööstussanitaaria-alaste analüüside tegemine mittetööstusrajoonides on peamiselt Vabariikliku SEJ-i ülesanne.

Pestitsiidide jääkhulkade määramiseks väliskeskkonnas, viirushaiguste

diagnoosimiseks jm. kitsastel erialadel on hakatud asutama rajoonidevahelisi laboratooriume. Et vabariik on suhteliselt väike, on radioloogiaosakond ja toksikoloogialaboratoorium ainult Vabariiklikus SEJ-is ning nad teenindavad kõiki vabariigi linnu ja rajoone.

1967. aastast alates töötab Vabariiklikus SEJ-is laboratoorium, mis tegeleb atmosfääriõhu sanitaarse kontrollimisega ja on selle saastumise fooni uurinud kõikides suuremates linnades. Laboratooriumis tehakse teaduslik-praktilist tööd: uuritakse heitgaaside mõju Tallinna õhule.

Vabariigilise alluvusega linnade ning suurte maarajoonide SEJ-ide struktuur peab vastama ühtse osakonna printsiibile. See võimaldaks tööd paremini koordineerida, sanitaararstidel ja epidemioloogidel aga tegutseda tihedas koostöös laboratooriumidega.

Viimastel aastatel töötavad ühtse osakonna printsiibil viis SEJ-i. Ühtse tööplani alusel laboratooriumiga on hakanud paremini töötama profileeritud operatiivgrupid. On suurenenud laboratoorsete uuringute arv ja nende sihipärasus, kvaliteetsemaks on muutunud uuringute põhjal tehtud otsused.

SEJ-ide bakterioloogialaboratooriumide tugevdamise eesmärgil suleti mitmed väikesed filiaallaboratooriumid endistes rajoonikeskustes. Veel 1965. aastal oli meil 16 filiaallaboratooriumi, neist 10 likvideeriti 1968. aasta alguseks. Ülejäänud (välja arvatud Jõhvi) suletakse vastavalt sellele, kuidas laiendatakse SEJ-ide laboratooriume. Mõnes endises filiaalis on avatud analüüside kogumise punktid, peamiselt suurtes rajoonides.

Vabariigi SEJ-ide peamiste spetsialistide üldarvust on 22,7% bakterioloogid ja 9,8% keemikud. Viies SEJ-is on inseneri ametikohad.

Kõik bakterioloogialaboratooriumid on arstidega komplekteeritud. Eesti

NSV-s tuleb 27 000 elaniku kohta üks bakterioloog (1967. aasta 1. jaanuari andmetel oli NSV Liidu linnades üks bakterioloog 32 841, maal 46 454 elaniku kohta).

Eesti NSV-s teeb bakterioloog keskmiselt 30 000... 40 000 analüüsi aastas (uute koosseisude projekti järgi on bakterioloogi aastanormiks 30 000 analüüsi linnas ja 25 000 maal). Mõnes laboratooriumis ei ole osa planeeritud uuringutest alati õigustatud, mis mitmesugustel põhjustel toob kaasa analüüside arvu asjatu suurenemise.

Viimastel aastatel on eriti tähelepanu pööratud laboratooriumide sanitaar-hügieeniosakondade laiendamisele. 1961. a. töötas neis 8 keemikut, 1968. a. aga 22.

Kõrgema haridusega keemiku keskmine koormus oli 2015 analüüsi aastas. Kõige suurem koormus oli 1967. aasta andmeil Kohtla-Järve Linna SEJ-is (4174 analüüsi), kõige väiksem Viljandi rajoonis (1217 analüüsi). Kahjuks ei ole keemikute koormuse normid veel kindlaks määratud.

Teaduse ja tehnika kiire areng nõuab riikliku sanitaarjärelevalve edasist profileerimist. Sellest tingituna tuleb SEJ-id komplekteerida kitsa eriala spetsialistidega, eriti tehnilise haridusega töötajatega.

Vabariigis töötavate bakterioloogide kvalifikatsiooni tõstmiseks korraldatakse regulaarselt erialaseminare ja spetsialiseerimiskursusi Vabariiklikus SEJ-is ning teistes suuremates SEJ-ides, samuti teaduslikes asutustes. Kõikidele bakterioloogidele on antud võimalus kvalifikatsiooni tõsta üleliidulistel asutustes. Veel ei ole küllaldaselt võimalusi keemikute kvalifikatsiooni tõstmiseks. Mitmed praktiseerivad arstid töötavad ka teadusliku uurimise institutides mittekoosseisuliste teaduslike töötajatena.

SEJ-ides, eriti maarajoonides, on kesk-eriharidusega meditsiinipersonalile pidevalt korraldatud kvalifikatsiooni tõstmise kursusi. Ajavahemikul 1965... 1968 korraldati neile 6 konverentsi, kus ettekandeid esitasid arstid, sanitaarvõltskrid, laborandid ning desinfitseerimisosakondade töötajad. 1967. aastal asutati Eesti NSV Sanitaar- ja Epidemioloogiategenistuse Kesk-erihari-

dusega Meditsiinitöötajate Vabariiklik Selts.

Sanitaarvõltskrite kvalifikatsiooni tõstmisel on tähelepanu pööratud eriti sellele, et nad omandaksid objektiivseid uurimismeetodeid ja oskaksid õigesti hinnata mõõtmiste tulemusi ning laboratoorseid analüüse.

Viimastel aastatel on paranenud SEJ-ide materiaal-tehniline baas. Vabariikliku SEJ-ile ehitatakse uus laboratooriumikorpus. On plaanis järgmise viisaastaku jooksul alustada Tallinna Linna SEJ-i uue hoone ehitamist.

Laboratooriumide sisseseade on täiendunud kaasaegse aparatuuriga (spektrofotomeetrid, fotoelektrokolorimeetrid, vibrograafid, gaasikromatograafid, stereomikroskoobid ja muud). Kuid meie tellimusi ei rahuldata veel täielikult. Aastast aastasse oleme tellinud, kuid ei ole saanud küllaldaselt fluoromeetreid vitamiinide kvantitatiivseks määramiseks lahustes, automaatpolarograafe. Luminentsentsmikroskoopide tellimused on rahuldatud osaliselt.

Edaspidi on eriti sanitaarhügieenilaboratooriumidele tarvis rohkem hankida spetsiaalset aparatuuri ja kompleksseid sisseseadeid (mitmesuguste ainete määramiseks kiirmeetodil). Tuleb laiendada laboratooriume, kus uurimisi tehtaks füüsikalise-keemilistel ja instrumentaalsetel meetoditel (eriti gaasi- ja kihtkromatograafia ning polarograafia).

Laboratooriumide töövormide täiustamiseks on kasutusele võetud SEJ-ide ning sanitaar- ja epidemioloogiaosakondade vastastikuse abistamise süsteem, on avatud kogemuste vahetamise kool (Tartu Linna SEJ) jne.

Sanitaar- ja epidemioloogiategenistuse organisatsiooni ja juhtimise edasiseks täiustamiseks on tööd tarvis teaduslikult organiseerida. Kahjuks pööratakse sellele vähe tähelepanu.

SEJ-i laboratooriumi töös on peamine analüüside kvaliteedi tõstmine ja optimaalsete tingimuste loomine töökohal, mis töötajat kaitseksid nakatumise ja väsimuse eest. Tööviljakuse ja kvaliteedi tõusu laboratooriumis soodustavad töö õige planeerimine, kohustuste ratsionaalne jaotamine töötajate vahel, tööpaikade õige korrashoid, töö-

protsesside mehhaniseerimine jne. Töö ratsionaalne organiseerimine sõltub mitmeti spetsialistidest endist, nende loomingulisest initsiatiivist ja operatiivsusest.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Sanitaar-Epidemioloogia Valitsuses tegutseb edukalt laboratooriumide nõukogu. Nõukogu peab kaasa aitama kõige uuemate uurimismeetodite kasutuselevõtmisele ja laboratooriumide töötajates igati huvi äratama teadusliku töö vastu.

Vabariigi SEJ-ide laboratooriumide töö tugevdamine võimaldas suurendada analüüside ja instrumentaalsete uurimiste arvu objektidel. Näiteks 1967. aastal suurenes (1964. aastaga võrreldes) atmosfääriõhu analüüside arv kolm korda, ruumide õhu analüüside arv 68%, veekogude vee analüüside arv 82%. Tunduvalt ulatuslikumalt uuriti müra, vibratsiooni ja radioaktiivse kiirguse fooni. Kuid endiseks on jäänud toiduainete ja joogivee analüüside arv.

SEJ-ide bakterioloogialaboratooriumides on rakendatud uusi uurimismeetodeid (kolinakkuste laboratoorne diagnoosimine, difteeriatekitaja puhaskultuuride eraldamine ja nende toksigeensuse määramine). Enamikus laboratooriumides on läkakõha ja paraläkakõha hakatud diagnoosima bakterioloogiliselt, kusjuures kasutatakse kaseiin-süsiagarit. Kõhutüüfuse krooniliste pisikukandjate kindlakstegemiseks rakendatakse Vi-hemaglutinatsioonireaktsiooni, patogeense mikrofloora uurimiseks vees kasutatakse membraanfiltreid, samuti faagi tiitri tõusu reaktsiooni. Vabariikliku, samuti Tallinna ning Tartu SEJ-ide laboratooriumides uuritakse läkakõha ja paraläkakõha põdevaid haigeid seroloogilisel meetodil luminescentsmikroskoobi abil.

Linnade ning rajoonide SEJ-ide bakterioloogialaboratooriumides tehtud uurimiste struktuuri üksikasjalik tundmaõppimine näitas, et alati ning kõikjal pole põhjendatud rohkearvuliste analüüside tegemine üksikute nosoloogiliste haigusvormide puhul. Näiteks tehakse mõnes linnas ja rajoonis tuhandeid profülaktilisi analüüse difteeria avastamiseks peaaegu kõikidel angiinhaigetel. On vaja suurendada siht-

uurimiste mahtu rohkearvuliste profülaktiliste analüüside arvel.

Paljude SEJ-ide sanitaarhügieeni-laboratooriumide töös liialdatakse lasteasutuste ja tootlustevõtete sisse-seade ning töötajate käte uhtevete analüüsidega soolebakterite avastamiseks, olgugi et nende tähendus väliskeskkonna objektide epidemioloogilise karakteristika jaoks on mitteküllaidane, välja arvatud juhtudel, kus uhtevett uuritakse ka patogeense floora suhtes. Liialt vähe tehakse toiduainete ja vee sanitaar-bakterioloogilisi uurimisi. Paljud SEJ-ide laboratooriumid on valmistoituda kalorsuse määramise analüüsidega üle koormatud, ehkki need analüüsid (sellisel kujul, nagu neid praegu tehakse) pakuvad huvi eelkõige majandus- ja kaubandusorganisatsioonidele. Meditsiinitöötajad ei saa nende analüüside tulemusi kasutada nii laste kui ka noorukite ratsionaalse toitlustamise hindamiseks ega sööklate toidu tervislikkuse ja täisväärtuslikkuse väljaselgitamiseks. Toiduratsioonides on vaja enam määrata valgu-, mineraalainete ja vitamiinide sisaldust.

Andmed näitavad, et laboratoorsete uuringute planeerimine on vaja ümber korraldada nii, et see soodustaks tarvilike põhjendatud analüüside arvu suurenemist ning vabariigi SEJ-ide tööjõu ning materiaalseid ressursse efektiivsemat kasutamist.

РЕЗЮМЕ. *Состояние и перспективы развития лабораторий санитарно-эпидемиологических станций Эстонской ССР.* О. М. Тамм. В 1968 г. в системе Министерства Здравоохранения ЭССР работали 1 республиканская, 5 городских (в городах республиканского подчинения), 11 районных санитарно-эпидемиологических станций и 3 санитарно-эпидемиологических отдела при больницах. Санитарно-гигиенические и бактериологические отделения лабораторий имеются во всех санитарно-эпидемиологических станциях и отделах больниц республики.

Основное внимание в последние годы было обращено на развитие промышленно-санитарных лабораторий, количество которых увеличилось с 4 в 1964 году до 8 в 1968 году. Число химиков с высшим образованием и лаборантов возросло также вдвое. По узким специальностям начала организация межрайонных лабораторий (по определению остаточных количеств пестицидов во внешней среде, по диагностике вирусных заболеваний).

С 1967 г. при Республиканской санэпидстанции работает лаборатория по санитарному контролю за атмосферным воздухом, которая

за это время провела фоновые исследования атмосферного воздуха во всех городах республики и ведет научно-практическую работу по выявлению влияния выхлопных газов автотранспорта на воздушный бассейн г. Таллина.

Все бактериологические лаборатории укомплектованы врачебными кадрами. Среди специалистов СЭС республики бактериологи составляют 22,7%. В Эстонской ССР один бактериолог приходится на 27 тысяч населения (на одного бактериолога в среднем приходится в ЭССР 30 000—40 000 анализов в год). В последние годы в республике придается особое значение развитию санитарно-гигиенических отделений лабораторий СЭС.

В системе санитарно-эпидемиологической службы обращается много внимания на повышения квалификации. Для врачей-бактериологов регулярно организуются профилированные семинары и курсы на базе Республиканской СЭС и предоставляется возможность прохождения курсов усовершенствования на всесоюзных базах. Систематически проводятся курсы повышения квалификации среднего медицинского персонала. В последние годы были организованы 6 научно-практических конференций среднего медицинского персонала, где с докла-

дами выступали врачи, санитарные фельдшера, лаборанты и работники дезинфекционных отделов СЭС. В 1967 г. было создано республиканское общество средних медицинских работников санитарно-эпидемиологической службы Эстонской ССР.

Для усовершенствования форм и методов работы лабораторий санитарно-эпидемиологической службы, разработаны и внедрены в практику некоторые организационные мероприятия, например, система взаимопомощи санитарно-эпидемиологических станций и отделов, организована школа обмена опытом и т. д.

При санитарно-эпидемиологическом Управлении Министерства Здравоохранения Эстонской ССР успешно работает лабораторный совет, который содействует внедрению новейших видов и методов исследований, способствует привлечению сотрудников лабораторий к проведению научных работ и оказывает им соответствующую помощь. В работе лаборатории особое внимание обращается на целесообразность и качество анализов.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

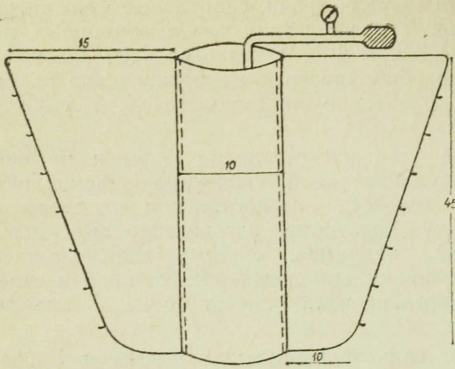
FLEBEKTOOMIAJÄRGSETE TÜSISTUSTE VÄLTIMISEST

VENJAMIN RAZIN
Tallinn

UDK 616.14-007.64-089.168-06

Alajäseme nahaaluste veenide variikoosete laienditega haigete peamine ravi meetod on operatsioon. Varikoosseid veenilaiendeid põdevate haigete arv on aasta-aastalt suurenenud, järelikult suureneb ka operatsioonide arv, mida sel puhul tehakse [P. Aleksejev (1), D. Memamtavrišvili (4), E. Allen ja kaastöölised (7)]. Sellest tõsiasiast ilmneb, kui tähtis on nimetatud haigust põdevate haigete töövõime kiire taastamine ja voodipäevade arvu vähendamine. Viimast soodustaks operatsioonijärgsete tüsistuste arvu vähenemine, sest praegu ulatub see 12...13%-ni [V. Berežnoi ja A. Sõvopljass (2), R. Hoeger (8) jt.].

Flebektoomiate korral tuleb kõige tõhusamaks tüsistuste vältimise vahendiks operatsioonijärgsel perioodil pidada opereeritud jäseme vereringe parandamist [I. Talman (5), V. Šeinis (6), H. Montgomery ja H. Zintel (11)]. See vähendab trombembooliate, mädanike ja äärenekroosi teket. Üks meetodeid, mis võimaldab mainitud eesmärki saavutada, on opereeritud jäsemele elastse surve avaldamine. B. Meyerowitz ja R. Nelson (10) näitasid, et elastse surve mõjul suureneb jäsemetes verevool 2...3 korda. R. Hoeger (8) teatas, et pärast nimetatud meetodi kasutuselevõtmist tuli haavade mädanemise juhte ette kolm korda harvem.



Mansettpeloti skeem

Elastsete sukkade ja sidemete tarvitamisel sel otstarbel on mitmeid puudusi: kohe pärast operatsiooni on suka jalgatõmbamine raskendatud, side ei püsi hästi jäsemel; ei ole teada jäsemele avaldatava surve tugevus, mis teatavalte asjaoludel võib vereringe häireid põhjustada.

Puuduste vältimiseks modifitseerisime seda meetodit mõnevõrra ja 1966. aastast alates oleme jäsemele elastse surve avaldamiseks kasutanud meie konstrueeritud mansettpelotti.

Manseti ehitus on järgmine. Tihe-
dast riidest (linane, bjass) õmmeldakse 10 cm diameetriga silindrikujuline ümbris, mille pikkus reie jaoks on 45 cm ja sääre jaoks 35 cm. Elastsest riidest lõigatakse trapetsikujuline tükk (mõõtmed on toodud skeemil). Tüki laius reie ja sääre tarvis on samuti erinev. Tüki keskjoone kohale õmmeldakse ümbris, vabadele äärtele aga üksteisest 5 cm kaugusele paelad. Tehakse ümbrise mõõtmetega kummiballoon. Selleks võib edukalt kasutada kas jalgratta õhukummi või vererõhu mõõtmise aparadi mansetti. Balloon tuleb ühendada torudega, mis suunduvad õhk- või elavhõbemanomeetri juurde.

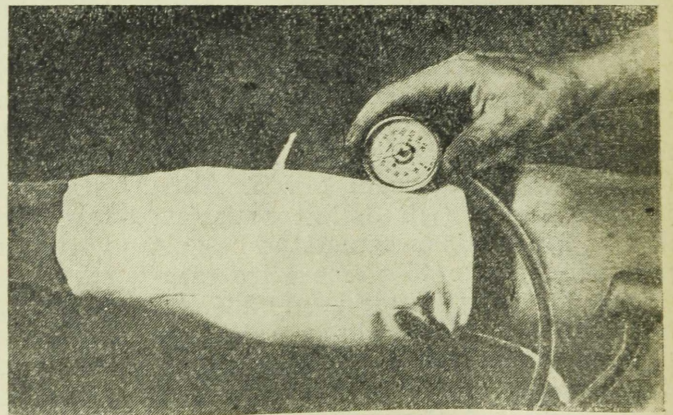
Enne aparadi kasutuselevõtmist steriliseerime manseti autoklaavis, kummiballooni aga mis tahes desinfitseerivas lahuses (alkohol, klooramiin jt.). Pärast steriliseerimist paigutatakse balloon ümbrisesse ja aparaat on töökorras.

Kohe pärast operatsiooni lõpetamist asetatakse reiele mansettpelott (mille osa täidab balloon) nii, et ümbris koos ballooniga asetseks kõrvaldatud veeni kulgu pidi. Mansett fikseeritakse paeltega. Balloonis tõstetakse rõhku 90... 100 mm Hg, s. o. peaaegu maksimaalsele tasemele, mis valitseb alajäsemete nahaalustes veenides sel juhul, kui alumise õnesveeni süsteemis rõhk järsku tõuseb (kõhimise ajal, keha püstiasendi korral jne.), kusjuures arteriaalset vereringet ei häirita [V. Valdman (3), I. Talman (5)]. Rõhku mansetis võib sõltuvalt haige enesetundest varieerida.

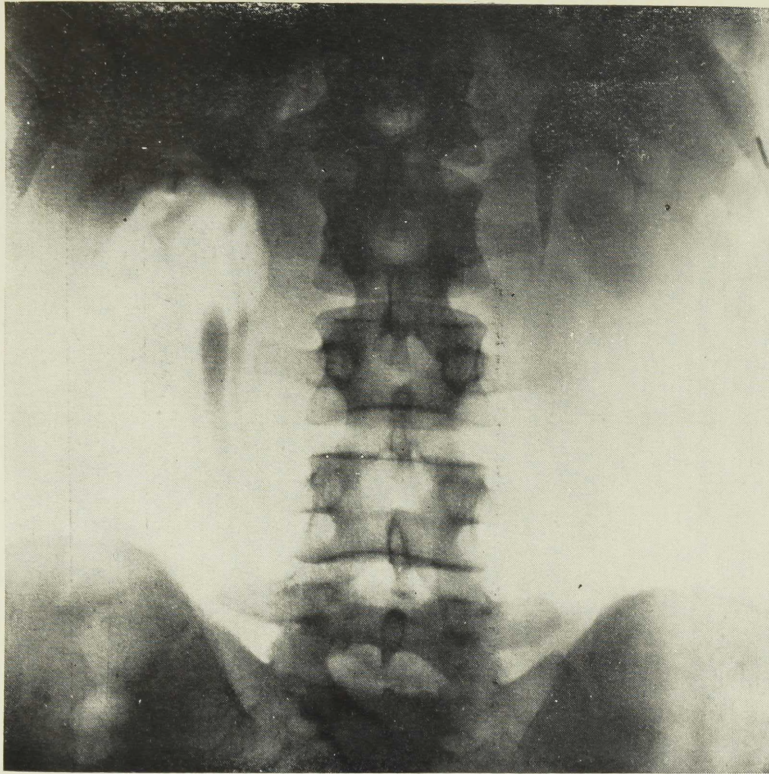
Kirjeldatud seadeldis võimaldab verevoolu opereeritud jäsemes mitte ainult kiirendada, vähendades sellega mädanike tekkimise ohtu, tromboosilisi tüsistusi jne., vaid peaaegu kindlalt vältida ka nahaaluste hematoomide moodustumist ning lümforöad, mis sageli esinevad flebektoomiate puhul.

Mansetti on hõlbus jäsemele panna, ta püsib sellel kindlalt ega takista liikumist. Mansettpelotti hoiame jäsemel kuni õmbluste eemaldamiseni, siis soovime haigetel kanda elastset sidet või sukka ühe kuu jooksul pärast operatsiooni.

Kirjeldatud seadist oleme kasutanud 37 juhul (32 haigel). Haigetele tehti Babcock-Narath-Mželski kombineeritud meetodil operatsioon, 14 juhul täiendavalt Cocketti operatsioon (perforeerivate veenide subfastsiaalne ligeerimine ja fastsia avade kinniõmblemine). Enne operatsiooni olid varikoossed haavandid mittetäielikult epiteliseerunud



Mansettpelott on asetatud alajäsemele



Intravenoosne urogramm. 35 minutit pärast kontrastaine süstimist — normaalne neerufunktsioon; paremal III nimmelüli kõrgusel umbselt lõppev lisaureeter.

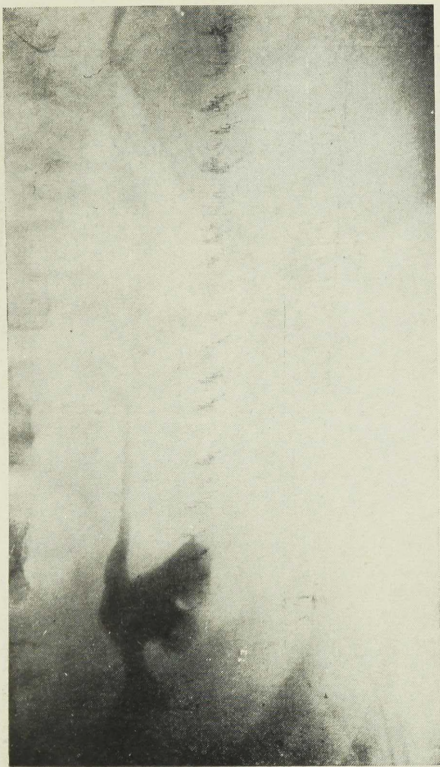


Pneumoretropüelogramm. Mõlemapoolselt normaalse suuruse ja kujuga neerud; paremal pool suunaga alumisele poolusele umbselt lõppev ureteer, mis on liitunud põhiureetriga sakroiliakaalliiduse tasemel

Netroangiogramm. Normaalne angioarhitektoonika, Umbseit lõpeval ureetril parenhüüm ja verevarustus puuduvad



Retrograadne püelogramm. Patoloogiline



üheksal haigel. Viiele neist tehti naha vabaplastika. Pärast operatsiooni ühelgi juhul tüsistusi ei tekkinud, ei täheldatud isegi väikesi hematoome. Kõik haiged kirjutati välja 9. kuni 11. päeval pärast operatsiooni.

Meie tähelepanekute arv on kahtlemata veel väike, kuid juba praegu võimaldavad need mansettpelotile positiivse hinnangu anda. Mansettpelotti soovitamise kasutada elastse surve avaldamiseks jäsemele operatsioonijärgsel perioodil, mis vähendab flebektoomiajärgsete tüsistuste arvu.

KIRJANDUS: 1. Алексеев П. П. Вестн. хирургии, 1967, 9, 77—85. — 2. Бережной В. И. и Сывопляс А. Л. Вестн. хирургии, 1966, 11, 74—76. — 3. Вальдман В. А. Венозное давление и венозный тонус. М., 1947. — 4. Мемамтавришвили Д. Г. Болезни вен. М., 1964. — 5. Тальман И. М. Варикозное расширение вен нижних конечностей. М., 1961. — 6. Шейнис В. Н. Хирургия,

1952, 7, 25—29. — 7. Allen, E. W., Barker, N. W., Hines, E. A. Peripheral vascular diseases. Philadelphia-London, 1958. — 8. Hoeger, R. Acta chir. scand. 1965, 129, 5, 509—516. — 9. Meyerowitz, B. R. Amer. J. Surg. 1967, 4, 520—523. — 10. Meyerowitz, B. R. a. Nelson, R. Surgery, 1964, 53, 3, 481—486. — 11. Montgomery, H. a. Zintel, H. A. Circulation, 1954, 10, 442—446.

РЕЗЮМЕ. К вопросу предупреждения послеоперационных осложнений при флебэктомиях. В. Ф. Разин. Исходя из данных литературы и клинического опыта, что эластическое сдавление конечности улучшает кровообращение в оперированной конечности, автором для этой цели предлагается манжетка-пелот оригинальной конструкции. Приводится описание прибора и способ его применения. Методика использована автором в 37 случаях. Получены обнадеживающие результаты. По мнению автора, применение манжетки-пелота позволяет уменьшить число послеоперационных осложнений при флебэктомиях, добиться быстрого восстановления трудоспособности и снизить время пребывания больных в стационаре.

UMBELT LÖPPEVA KAHESTUNUD UREETRI JUHT

TOIVO VELGRE
Tallinn

UDK 611.617-007

Kusejuhade arenguhäired esinevad tavaliselt koos neeruvaagna anomaaliatega, kuid ei ole haruldased ka juhud, kus on tegemist ainult kusejuha arenguhäiretega. Nõmme Haiglas diagnoositud ja ravitud haigusjuht kuulub arvu-anomaaliate hulka — tegemist oli kahestunud ureetri (*ureter fissus*) haruldase juhuga.

Ureter fissus'e puhul esineb kaks neeruvaagnat, millest lähtuvad ureetrid kulgevad teineteise kõrval ja liituvad enne põit, avanedes põide ühe suudmega (2). Väga haruldane on, kui ühel kahestunud ureetrist puudub neeru parenhüüm ning ta lõpeb retroperitoneaalruumis umbselt (3). Anomaalia haruldusele viitab asjaolu, et 6 aasta jooksul hospitaliseeritud uroloogilisi haigusi põdevast 2046 haigest 100-l oli ureeter kahestunud, ainult ühel lõppes

see umbselt (3). Seni on kirjanduse andmed 19 umbselt lõppeva kahestunud ureetri juhu kohta (1, 4).

Diferentsiaaldiagnoosimise seisukohalt tuleb arvestada veelgi harvem esinevat ureetri alumise otsa divertiiikulit. Divertiikuli puhul on uriini äravool takistatud ja uriin tunduvalt muutunud. Et kahestunud ureetri juhtudel on kliiniline sümptomatoloogia vähene ja laboratoorsed analüüsid diagnoosimiseks pidepunkte sageli ei anna, siis on diagnoosimise valikmeetodiks röntgenograafia. Diagnoosinud intravenoosse urograafia abil *ureter fissus*'t, tuleb alati teha ka retrograadne ureteropüelograafia, mis aitab kindlaks määrata kahestumiskoha ja sellest sõltuvalt valida kirurgilise ravi taktika. Retrograadse püelograafia korral tuleb arvestada seda, et kateeter võib sattuda

ka umbselt lõppevasse soppi. Seetõttu on püelogramm õigem teha siis, kui ureetrisse on viidud 4...6 cm kateetrist, või kateteriseerida kahe kateetriga (3).

Kahestunud ureetri ravi on kirurgiline. Haiged tervistuvad.

27-aastast naishaiget P. T. raviti Nõmme Haigla kirurgiaosakonnas 25. III...20. V 1968. a. Peamiselt kaebas neerukoolikuid. 1967. a. septembrist alates olid paremas kubemes ja nimmepiirkonnas püsivad tuimad valud. Objektiivselt: palpeerimisel patoloogilisi muutusi ei täheldatud. Detailse uurimise alusel diagnoositi *ureter fissus dexter*'it. Vereanalüüs normis, Zimnitski kats normis, uriinianaalüüs — püsiv mikrohematuuria. Kromotsüstoskoopia — värvaine eritub tugeva joana vasakult 3,5 minuti järel, paremalt valgub õrn sinine juga 8 minuti pärast. Intravenoosne urograafia — röntgeniülesvõtted 7., 15. ja 35. minutil. Eritumisfunktsioon mõlemal pool normaalne. Diagnoositi parempoolset umbselt lõppevat kahestunud ureetrit (vt. tahvel III, urogramm).

Kahestumiskoha täpse toopika ja umbselt lõppeva ureetri vahekorra määramiseks neeru parenhüümiga tehti pneumoretropüelograafia (vt. tahvel III, püelogramm). Selgus, et ureetril neeru parenhüümiga mingit seost ei ole ja kahestumiskoht paikneb parempoolse sakroiliakaalliduse ülemise kolmandiku kõrgusel. Et selgitada, kas umbselt lõppeval ureetril on parenhüüm ja täiendav verevarustus, tehti transfemoraalne nefroangiograafia. Sedastati täiesti normaalset angioarhitektoonikat ja umbselt lõppeval ureetril

parenhüümi ning täiendava vaskularisatsiooni puudumist (vt. tahvel IV, nefroangiogramm).

Uurimiste põhjal järeldati, et valusid põhjustasid umbselt lõppeva ureetri atoonilisus ning selle väljavenitatus reflukteeruva uriini tõttu. Tartu Linna Kliinilise Haigla urologiaosakonnas tehti operatsioon: *resectio ureteris fissus dex.* 15. VII 1968. a. Patsiendi enesetunne hea, vaevused ja valud puudusid; retrograadne püelogramm patoloogiata (vt. tahvel IV, püelogramm). Patsient on terve.

KIRJANDUS: 1. Войно-Ясенский А. М. Урол. и нефрол., 1963, 2, 47—48. — 2. Пытель А. Я., Голигорский С. Д. Избранные главы урологии и нефрологии. М., 1963, 143—151. — 3. Пытель А. Я., Пытель Ю. Я. Рентгендиагностика урологических заболеваний. 1967, 180—185. — 4. Withelm, K. H. Zbl. für Chirurgie, 1968, 6, 231—237.

РЕЗЮМЕ. *Случай слепо оканчивающегося одного из двойных мочеточников.* Т. Ф. Вельге. В урологии сравнительно часто встречаются пороки развития мочеточников. В мировой медицинской литературе описываются лишь 19 случаев слепо оканчивающегося одного из двойных мочеточников (*ureter fissus*).

Приводится случай слепо оканчивающегося одного из двойных мочеточников у больной 27 лет. Диагноз поставили после тщательного рентгенологического обследования. Больную оперировали (*resectio ureteris fissus dextri*).

Послеоперационный период протекал гладко. При контроле больная никаких жалоб не высказывала, пиелография в пределах нормы. Женщина здорова.

Nõmme Haigla

HERPES ZOSTER OTOLOOGILISE HAIGUSENA

LEMBIT AHU
Haapsalu

UDK 616.834-002.152 : 616.28

Herpes zoster'ile on tüüpiline üksikute tundenärvide piirkonnas tihedalt üksteise kõrval asetsevate hirsiterasuuruste, läbipaistva sisaldisega villikestest lööbe tekkimine, millele kaasub tugev neuralgia. Haiguse tekitajaks on viirus, haigust vallandavateks teguriteks aga sageli trauma või külmetus.

Patoloogilis-histoloogiliselt täheldatakse naha kahjustuse kolletes põletikulist infiltratsiooni (lümfotsütaarsetest ja neutrofiilsetest rakkudest) ning naha moodustavates rakkudes degeneraatiivseid muutusi. Ka närvikoos on põletikuline infiltratsioon (lümfotsütaar-

setest ja plasmarrakkudest), samuti verevalumid ganglionides järgneva ganglionirakkude ja närvikiudude degeneratsiooniga.

Kõige sagedamini paikneb *herpes zoster* rindkerel ja haiguse diagnoosimine ei põhjusta tüüpiliste naha muutuste tõttu raskusi. *Herpes zoster* võib aga olla mitmesuguse lokalisatsiooniga ja avalduda eri vormidena, põhjustades raskusi diagnoosimisel.

Herpes zoster'i üks vorme on harva esinev *herpes zoster oticus*, mis on tuntud ka Hunti sündroomina. Haigus algab halva enesetundega, kehatempe-

ratuur kõrgeneb, ilmub tüüpiline herpeetiline lööve kõrvalestale, välismise kuulmekäiku, vahel ka kuulmekilele; sageli kaasuvad samapoolse kolmiknärvi valu ja hüperesteesia. Herpeetilise lööbe osalisel taandarenemisel tekib näonärvi halvatus või *n. statoacusticus*'e kahjustusest tingituna peapööritus tasakaaluhäiretega, kohin kõrvades ja üha nõrgenev kuulmine. *N. cochlearis*'e, *n. vestibularis*'e, *ganglion geniculi* ja *ganglion Gasseri* närvirakkude kahjustuse ulatus on väga erinev. Näonärvi halvatus nähud taandarenevad täielikult alles pärast nädalate ja kuude möödumist. Kuulmise kahjustus on püsiv ja võib lõppeda kurtusega.

Haiguse diferentsiaaldiagnoosimisel on oluliseks pidepunktiks herpeetiline lööve. Kui lööve on taandarenenud või pole märgatav, viitab näonärvi halvatus koos *n. statoacusticus*'e ja *n. trigeminus*'e kahjustusega sellele, et on tegemist *herpes zoster oticus*'ega. Nende närvide isoleeritud kahjustused vajavad põhjalikku erialast diferentsiaaldiagnoosimist. Olulist osa etendab diferentsiaaldiagnoosimisel ka üksikasjalik anamnees.

Ravi on põhiliselt sümptomaatiline. Soovitatav on salitsülaatide ja B₁-vitamiini manustamine.

Juht 1. 71-aastane naispatsient K. (haiguslugu nr. 2023/64) hospitaliseeriti diagnoosiga *Otitis media purulenta sinistra. Meningitis? Paresis n. facialis periferica (otogenica) sinistra*. Patsiendil haigestumisel halb enesetunne, kehatemperatuur kõrgenes, tekkisid valud vasakul pool peas ja kõrvas. Pärast mõne päeva möödumist tekkisid kõrvalesta ja selle ümbruse naha punetus, leemendus, turse; kõrvast tuli roosakat eritist, kuulmine halvenes; vasak näopool tõmbus viltu. Uurimise ajal kaebas patsient tugevaid valusid vasakus peapooles ja kõrvas. Varem olid kõrvad olnud terved. Objektivselt. Hingamisteede limaskestade möödukas punetus, vasaku väliskõrva ja selle ümbruse naha põletiku nähud; kõrvalest tsüanootiline, üksikute koorikutega kaetud, kohati leemendav, palpeerimisel valulik. Nibujätke hell. Välimises kuulmekäigus väike hemorraagiline vill ja turse, kõrvast väljub matseraati meenutav eritis. Kuulmekile kontuurid tuhmid, *epitympanum*'i piirkonnas vähene hüperemia. Sosinkõne kuuldav 0,5 m kaugusel. Spontaansed vestibulaarärrituse nähud puuduvad. Kernigi sümptoom negatiivne. Üldseisund rahuldav. Kehatemperatuur 37,6°. Vereanalüüs iseärasusteta. Röntgenogrammil nibujätke rakustiku minimaalne varjutus destruktiooninähtudeta.

Diagnoos: *Herpes zoster oticus sinistra* (taandareng).

Juht 2. 70-aastane meespatsient A. (haiguslugu nr. 2575/64) haigestus pärast külmendamist. Diagnoos hospitaliseerimisel: *Otitis media purulenta dextra. Paresis n. facialis periferica (otogenica) dextra*.

Uurimisel selgus, et haige oli 1918. aastast alates põdenud mõlema keskkõrva kroonilist põletikku, mis perioodiliselt ägenes. Pärast külmendamist ilmusid patsiendil hingamisteede katarri nähud. Kehatemperatuur kõrgenes. Valud paremas peapooles ja kõrvas, naha sügelemine. Mõne päeva pärast tekkisid kõrvalestal ja selle ümbruse nahal villid, kõrvast tuli roosakat eritist, nagu tõmbus viltu. Uurimise ajal tugevad valud paremas peapooles ja kõrvas. Üldseisund rahuldav, kehatemperatuur normis. Paremäl väliskõrval ja selle ümbruses nahk põletikuliselt muutunud, kohati koorikuid, valulik. Nibujätke hell, välimine kuulmekäik tursunud. Mõlemad kuulmekiled hävinud. Keskkõrva limaskest hüperemiline, kõrvast väljub vesist eritist. Sosinkõne kuuldav kõrvalesta juures. Spontaansed vestibulaarärrituse nähud puuduvad. Parema näopool miimiliste lihaste halvatus. Röntgenogrammil mõlema nibujätke rakustiku sklerootilised muutused destruktiooninähtudeta. Vereanalüüs normi piires.

Diagnoos: *Herpes zoster oticus dextra*.

Mõlemal patsiendil tekkis kogu haiglas viibimise ajal (33...37 päeva) periooditi tugev neuralgia haigestunud peapooles ja kõrvas. Naha põletiku nähud taandusid kiiresti, jättes järele naha kuivuse, ketenduse. Näonärvi halvatus nähud taandarenesid aeglaselt, kuulmine paranes esimesel patsiendil, teisel aga ei muutunud (tema arvates isegi halvenes).

Ravi oli mõlema patsiendi puhul peamiselt sümptomaatiline. Haiguse algperioodil manustati antibiootikume, veeni süstiti vaheldumisi urotropiini- ja glükoosilahust C-vitamiiniga, lokaalselt süntomütsiinimulsiooni, anestesiasalvi. Üldine vitamiinravi. Närvihalvatuse nähtude tõttu solluks, lühilaine, proseriin, dibasool. Tugeva neuralgia korral anti valuvaigisteid, paikselte tehiti novokaiinblokaadid.

Nagu eespool toodust nähtub, võib viirusnakkus harva esinevate omapäraste vormide tõttu põhjustada suuri raskusi diagnoosimisel, mille ületamiseks on tarvis põhjalikke teadmisi. Igapäevases tööpraktikas tuleb arvestada ka *herpes zoster oticus*'e võimalust.

РЕЗЮМЕ. *Herpes zoster* как отологическое заболевание. Л. А. Аху. В статье дан краткий обзор о *Herpes zoster oticus* или так называемом синдроме Ханта (Syndromum Hunti).

Haapsalu Rajooni Keskhaigla

ALKOHOLIJOOBE DIAGNOOSIMISE VIGADEST

ALEKSEI LUKAS

Tallinn

UDK 616-071-001

Alkoholimürgistuse ja -joobega kaasnevad sageli vigastused või haigused, mis nõuavad meditsiinilist kiirabi, kuid tihti neid ei diagnoosita või tehakse seda hilja. Diagnoosimisvigade tõttu jääb vältimatu meditsiinilise abi andmine hiljaks, millest tulenevad parandamatud tagajärjed.

Alkoholijoobe puhul ei diagnoosita mitmesuguse lokalisatsiooniga vigastusi ega haigusi. Nende hulgas täheledatakse eriti kolju ja peaaegu rindkere ja kõhuõõne elundite vigastusi, rindkere, vaagna ja jäsemete luude vigastusi. Samuti on esinenud juhte, kus alkoholijoovet diagnoositakse ekslikult siis, kui tegemist on alkoholi surrogatidest või muudest mürkidest tingitud mürgistusega. Alkoholijoobe diagnoosi korral ei vaadata haigeid hoolikalt läbi, seda ei tehta korduvalt ning neid ei jälgita dünaamikas. Sellise diagnoosi tõttu jäävad haiged hospitaliseerimata ja sageli saadetakse nad meditsiinilisse kainestusmajja, miilitsasse või koju. Kui on määratud diagnoos — alkoholijoove —, siis alkoholimürgistuse vastu võitlemiseks tavaliselt midagi ette ei võeta.

Tüüpiline näide alkoholijoobe ekslikust diagnoosimisest on järgmine.

Haige L., 27 aastat vana (ekspertiisiakt nr. 3, 22. I 1965), viidi tänavalt teadvuseta seisundis 14. novembril 1964. a. umbes kella 23 paiku miilitsasse. Et tal oli verejooks kõrvast ja ninast, kutsus miilitsakorrapidaja kiirabi. Kiirabiarst, sedastanud anisokooria, teadvusetuse ja verejooksu kõrvast, suunas haige linnahaiglasse, kus valvearst pärast pealiskaudset läbivaatust jättis ta vastuvõturuumi.

Et arsti arvates oli tegemist alkoholijoobega, siis suunas ta haige 2 tunni pärast uuesti miilitsasse. L. viibis kinnipeetavate ruumis, kus ta teadvusele ei tulnud. Alles 15. novembril kell 9 hommikul viidi ta haiglasse teist korda. Neuropatoloog ja kirurg tegid kindlaks, et haigel olid aju muljumise nähud ja koljusisene verevalum.

Kohe tehti dekompresseivne trepanatsioon, kusjuures paremal ekstraduraalselt leiti 200 ml verd. Operatsioon ei andnud soovitud tulemust ja 16. novembril kell 12.00 L. suri teadvusele tulemata. Laiba järelevaatusel tehti kindlaks parema oimuloo radiaalne murd, mis suundus koljupõhimikule ja paremale kiiruluule, ekstraduraalne jääkhema-

toom (100 ml), aju parema poolkera muljutus. Operatsioonijärgne seisund — parema oimuloo piirkonnas dekompresseivne trepanatsioon. Surm saabus aju pikaajalise muljumise tagajärjel, mille oli põhjustanud ekstraduraalne hematoom.

Alkoholijoobe diagnoosimise vigade analüüsimine juhib arstide tähelepanu nende tekkimise mitmele objektiivsele ja subjektiivsele põhjusele.

1. Arsti eelarvamusliku suhtumise tõttu orienteeritakse ebaõigesti alkoholi lõhnale kui joobe peamisele tunnusele, kusjuures kriitiliselt ei hinnata olukorda, millises haige leiti, ja haiguslike muutuste objektiivseid tunnuseid.

2. Haige üksikasjalise uurimise ja spetsialistide (neuropatoloog, okulist, kirurg) konsultatsiooni puudumine.

3. Haige lühiajaline vaatlus ebaharilikes tingimustes (tänaval, miilitsas, meditsiinilises kainestusmajjas).

4. Röntgenoloogiliste ja laboratoorsete uuringute tegemise võimaluse puudumine.

Objektiivsete põhjuste hulgas, mis sageli takistavad haige seisundi õigesti hindamist, tuleks nimetada organismi moonutatud reaktsioone sügava alkoholijoobe puhul (valutundlikkuse nõrgenemine, mitteadekvaatne ja nõrk reageerimine ärritustele, moonutatud refleksid jne.).

Seega tuleb alkoholijoobe või -mürgistuse kui põhihaiguse diagnoosi panemisel olla ettevaatlik ning see ei pea tuginema ainult alkoholi lõhnale väljahingatavas õhus.

Eespool öeldust järelduvad peamised profülaktikaabinõud, millest arst peab juhinduma, et diagnoosimisvigu vältida ja õigel ajal diagnoosida traumata või ägedat haigestumist, kusjuures esineb ka alkoholimürgistus.

Üksikasjaliselt ja hoolikalt tuleb anamneesi andmeid koguda haigelt või teda ümbritsevatelt isikutelt.

Alkoholimürgistuse kahtluse korral, samuti kui tegemist on trauma või haigestumisega, kusjuures haige on joobes, on tarvis ta hospitaliseerida.

Haige tuleb hoolikalt läbi vaadata ja, sõltuvalt tema seisundist, teha kõik kättesaadavad laboratoorsed ja röntgenoloogilised uurimised. Eriti peab silmas pidama, et alkoholijoobe korral võivad kaebused kas puududa või on need vähesed, sest haige ei reageeri adekvaatselt. Välja kutsuda spetsialistid (neuropatoloog, kirurg, okulist jt.).

Alkoholimürgistuse puhul rakendada vastavat ravi. Haige seisundi dünaamilisel jälgimisel ei tohi unustada, et ka tugeva joobe puhul võib teadvusetus 8...12 tunni jooksul isegi ilma ravita mööduda.

On tekkinud vajadus, et haiglate kliinilistes laboratooriumides uuritaks haige verd alkoholi kvantitatiivseks määramiseks. Niisuguste uurimiste korraldamine ei ole raske ja vaieldamatult on need klinitsistile suureks abiks õige diagnoosi panemisel.

Alkoholijoobe diagnoosimisel tekivad vigu tuleb üksikasjalikult uurida ja arstide konverentsidel arutada. Samuti peavad kõik arstid teadma meditsiinilise abi andmise ja haigete läbi vaatamise instruksiooni alkoholimürgistuse puhul.

Rohkem tähelepanu on tarvis pöörata sanitaarharidustööle võitluses alkoholi leviku vastu elanike hulgas.

РЕЗЮМЕ. Об ошибках при диагностике алкогольного опьянения. А. А. Лукаш. Алко-

гольная интоксикация и алкогольное опьянение нередко сопровождаются повреждениями или заболеваниями, требующими экстренной медицинской помощи. Однако они не всегда распознаются или распознаются поздно, когда оказать реальную помощь больному уже невозможно.

Анализ диагностических ошибок указывает, что причиной их являются: предвзятый подход врача вследствие неправильной ориентации лишь на наличие запаха алкоголя; отсутствие детального обследования больного и консультаций специалистов; кратковременность наблюдения больного, особенно в неблагоприятных для обследования условиях (на улице, в милиции и т. п.); невозможность произвести лабораторное и рентгенологическое обследование. Правильному диагнозу нередко мешает извращение и снижение реакций организма вследствие алкогольной интоксикации.

Для предупреждения диагностических ошибок в случаях наличия или подозрения на сочетание травмы или острого заболевания с алкогольным опьянением необходимо подробно собирать анамнез (от больного и окружающих), госпитализировать таких больных и наблюдать их в динамике, производить тщательное обследование с участием специалистов и применением лабораторных и рентгенологических исследований.

При глубокой алкогольной интоксикации применять лечебные мероприятия. Наблюдения показывают, что бессознательное состояние при алкогольном опьянении может проходить через 8—12 часов даже без всякого лечения.

Случаи диагностических ошибок подлежат изучению и обсуждению на врачебных конференциях.

KohtumeditSiini Peaekspertiisi Buroo

Abiks velskritele ja õdedele

HINGAMISPUUDULIKKUSEGA LASTE RAVIST JA PÕETAMISEST INTENSIIVRAVI- PALATIS

ASTA UIBO
Tartu

UDK 616.24-008.4-053.2/5-08-083

Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas ravitakse ja põetatakse III astme hingamispuudulikkusega lapsi intensiiv-

ravi-palatis. Palatis töötab eriettevalmistuse saanud meditsiiniõde, kes pidevalt valvab haigete järele. Seal

tehakse kõik ravi- ja diagnoosimisprotseduurid (välja arvatud röntgenoloogiline uurimine).

Peale tavalise sisustuse on palatis kõik intensiivraviks ja põetamiseks ettenähtud vahendid ning ravimid: töökorras seade hapniku andmiseks (hapnikuballoon reduktoriga, niisuti-dosaator, lehter hapnikujoa hajutajaga) ja spetsiaalne seade ДКП-1, mis võimaldab anda 80...100%-list hapnikku, näiteks vingumürgistuse juhtudel. Seal on kunstliku hingamise aparaat ДП-2, elektriaspiraator hingamisteede puhastamiseks, inhalatsiooniseadis hapnik-aerosoolraviks. Kardioloogilisi uurimisi tehakse samas portatiivse elektrokardiograafi abil, mis kirjutab tindiga (võib olla ka elektrokardioskop).

Palatis on väikese mansetiga vererõhu-mõõtmise aparaat, fonendoskoop, reflekshaamer, spaatel, termomeeter, mõõdulint, ninapipett ja sollukslamp; steriilne materjal veenisektsiooniks ja intrakardiaalseks süstimiseks, keetmise teel steriliseeritud sond maoloputuseks, suuavaja ja Janet' süstal, kateeter, klaasvaheosa, kummivoolik ja lehter sooleloputuseks. Uriini kogumiseks on pudel ja plastikaadiga kaetud lame vaagen, uriini pH määramiseks indikaatorpaberid «Rifan» (pH 4...9). Intensiivravi-palatis on steriilsed süstlad, nõelad ja tilkinfusiooniseadeldis. Palati läheduses olgu külmutuskapp, kus hoitakse kuivplasma-, vere- ja gammaglobuliiniampulle.

Hingamiskeskuse erutatavuse suurendamiseks on veeni süstimiseks bemegriidi. Hingamisteede läbitavuse säilitamiseks vajatakse: a) süstimiseks bronhospasmolüütikume (adrenaliini, eufüllüüni, atropiini ja efedriini), inhalatsiooniks isadriini; b) mukolüütilisi fermente aerosoolraviks; c) põletikulise turse alandamiseks steroidhormoone (süstitakse veeni või lihasesse). Sinapiplaastrid ja -pulber on kopsu verepaisu vähendamiseks. Meteorismi kõrvaldamiseks kasutatakse proseriini ja pituitriini süstelahustena ning kaaliumkloriidi pulbreid ja 10%-list keedusoolalahust.

Südame ja vereringe tugevdamiseks hoitakse intensiivravi-palatis parenteraalselt manustatavaid ravimeid: strofantiin, adrenaliin ja noradrenaliin,

kofeiin, kokarboksülaas, prednisoloon ja veel 1%-line novokaiinilahus strofantiini lihasesse süstimiseks.

Ainevahetuse korrigeerimiseks vajatakse söögisoodapulbreid (0,1...0,3 g), infusiooniks 40%-list glükoosilahust, Ringeri lahust, füsioloogilist keedusoolalahust ja kaltsiumglükonaadilahust, süstimiseks C-, B₁-, B₆-, B₁₂-vitamiini.

Palaviku alandamiseks on palatis amidopüriini süstelahusena ja pulbrites; rahustina aminasiin; desensibiliseerivaks raviks antihistamiinsed preparaadid dimedrool ja pipolfeen.

Peale selle on seal kõik muud lapsele määratud ravimid. Lapse seisundi iga muutuse puhul (näiteks kehatemperatuuri tõus, hingamise laadi või sageduse muutumine) tuleb välja kutsuda osakonna- või valvearst. Seda tehakse signaalkella abil (võib olla ka telefoni-side), sest öde ise ei tohi lapse juurest lahkuda.

Intensiivravi-palati õhu temperatuur peab ajalistel lastel olema 18...20°, enneaegsetel ja hüpotroofiat põdevatel lastel 20...22°. Õhu relatiivne niiskus olgu 40...60%, mida määratakse hügromeetri abil. Palati õhustamiseks avatakse aken iga 2 tunni järel.

Intensiivravi-palatis viibib lapse juures ka ema, kes toimib öe näpunäidete kohaselt. Valve ajal peab öde istuma nii, et ta näeks lapse nägu.

Raskelt haige vajab rahu ja tema und tuleb säästa. Sel põhjusel tehakse protseduurid võimalikult korruga. Öde peab nutvat last igati rahustama, sest nutmise ajal suureneb hapnikutarve tunduvalt.

Intensiivravi-palatis on haige isoleeritud, võõraid sinna ei lubata; teenindavale personalile on ette nähtud erikitlid. See on vajalik raskelt haige teisese nakatumise vältimiseks ning ka selleks, et ära hoida võimalikku mädavõi viirusnakkuse levikut intensiivravi-palatist väljapoole.

Kõik andmed ja raviprotseduurid märgitakse erilehele (rangelt kinni pidada kellaegadest!). Öde loeb lapse pulssi ja hingamissagedust ning arvutab nende suhte ka iga tunni järel või sagedamini ja märgib andmed lehele. Ta jälgib ka hingamise rütmi ja sügavust. Hingamise rütmihäired viitavad hingamiskeskuse kahjustusele ja hin-

gammiseiskuse tekkimise võimalusele. Kui tuleb ette hingamisseiskusi, märgitakse lehele nende esinemissagedus ja kestus. Õde jälgib lapse köhimist, köha-hoogude sagedust ja laadi, ka seda, kas ta köhib jõuetult või jõuliselt.

Õde mõõdab lapse kehatemperatuuri korrapäraselt neli korda päevas, vajaduse korral sagedamini. Jälgib, et laps ei oleks liiga soojalt kaetud, sest ta võib higistama hakata. Jäsemed ei tohi olla jahedad, vajaduse korral paneb õde teki alla soojenduskotid. Kui aga lapsel on palavik, jahutab õde teda vastavalt korraldusele.

Haige asendit tuleb iga poole tunni järel muuta, selleks et kõikide kopsuosade ventilatsioon ning verevarustus oleksid küllaldased ja et hõlbustada lima eemaldumist bronhidest. Varaealist last on aeg-ajalt tarvis sülle võtta ja hoida püstiasendis. Pärilisel võib imiku panna ainult siis, kui ta köht on tühi ja ta ei oksenda. Tavaliselt hoitakse last kas külili või poolkülili (vaheldumisi ühel ja teisel küljel). Voodi peab olema selline, et seda 30° võrra oleks võimalik kaldu asetada, arvestades horisontaaltasapinnast. Kui hingamine on raskendatud, tuleb peapoolne voodiots kõrgemale tõsta. Köhahoo ajal on tarvis tõsta kas voodi jalutsit või laps kätele võtta ja ta ülakeha 30...45° allapoole kallutada, nii et laps oleks kummuliasendis. Lima ja röga tuleb aspireerida. Oksendamise ajal pööratakse laps kohe kummuli ja lastakse pea allapoole, suu puhastatakse okssemassidest.

Hingamispudulikkuse korral tuleb hoolitseda hingamisteede läbitavuse eest. Kui ülemistest hingamisteedest lima ei eemaldata, tekib lima aspireerimise oht ja on häiritud gaasivahetus kopsudes, mille tagajärjel süsihappegaas kuhjub veres ja seisund halveneb. Ninna või neelu kogunenud lima tuleb eemaldada kumeraks lõigatud otsaga sondi abil. Elektriispiraatori kasutamise korral on vaakuum küllalt tugev ja limaskest võib veritsema hakata. Veritsemise vältimiseks tuleb sondi kergelt edasi-tagasi liigutada.

Algul aspireeritakse puhtaks ninakäigud, siis -neel ja lõpuks suu kaudu ka kõri juurdekäik. Aspiratsioon on vajalik alati siis, kui hingamisel on kuulda sekreedi liikumist ninas ja ninaneelus

või köhimisel röga väljumist. Kui kuulatlemisel selgub, et bronhides on rohkesti lima, tuleb rakendada asendirenaaži. Selleks asetatakse laps (tühja kõhuga) 30...60 minutiks 30° võrra ülestõstetud jalutsiga voodisse kas kõhuli või külili. Niisuguses asendis abistatakse teda hingamisel, surudes rindkerele ekspiiriumi ajal, et soodustada lima väljumist. Asendirenaaži ajal on lapse rindkeret soovitatav kloppida, milleks üks peopesa asetatakse lameldalt lapse rindkerele ja teise käega lüüakse sellele väljahingamise ajal. Rindkere kloppimine soodustab lima väljavalgumist.

Kui lapse lihastik on hüpotooniline või ilmnevad teadvushäired, on ta köhimisel jõuetu. Tema abistamiseks surutakse köhimise katse ajal järsku rindkerele (seliliasendis alumisele, küliliasendis ülemisele osale). Köha provotseerimiseks võib kõri juurdekäiku tilgutada mõni tilk füsioloogilist keedusoolalahust.

Kergem on välja köhida vedelat lima. Lima veeldamiseks kasutatakse aerosooli (isotooniline keedusoolalahus, 0,5...1%-line söögisoodalahus). Aerosoolidena sobivad ka fermentid, näiteks trüpsiin, hümotrüpsiin, hümoopsiin. Need lõhustavad lima ja mäda, samuti fibriini, seega puhastuvad bronhid köhimisel kergemini.

Raskekujulise hingamispudulikkusega lapsele saab anda hapnikku ja aerosooli ainult kas huuliku kaudu või ДКП-1 kupli all, sest hapniku andmist ei või katkestada lapse seisundi halvenemise ohu tõttu. Aerosooli temperatuur peab olema lähedane kehatemperatuurile, sest kuum või külm aerosool ärritab limaskesti. Õde peab ravimiklaasi protseduuri ajaks kuuma vette panema. Kui laps aerosooli andmise ajal rahuks muutub, tuleb protseduur katkestada ning kontrollida ravimi lahuse vastavust ja temperatuuri. Vajaduse korral arst välja kutsuda.

Pärast aerosoolravi toimub asendirenaaž ja rindkere kloppimine, et bronhid paremini puhastuksid. Fermentaerosoolile järgneb 3...4 tundi hiljem antibakteriaalse aerosooli manustamine.

Bronhide spasmi korral kasutatakse bronhospasmolüütikume kas süstelahusena või aerosoolidena. Põletikulise

turse alandamiseks bronhides antakse prednisolooni suurtes annustes, naha hüperemia kutsutakse esile sinepimahise ja kuuma vanniga. Sinepimahise tegemisel ei tohi laps sisse hingata sinepiõli auru, sest see ärritab limaskesti.

Hingamispuudulikkuse korral annab õde lapsele hapnikku vastavalt arsti ettekirjutusele, seejuures tuleb kontrollida hapnikuseadise funktsioneerimist. Kui süsteem ei ole hermeetiline, väljub hapnik ja laps jääb sellest ilma. Et hapnik oleks küllalt niiske, selleks tuleb vee tase niisutis pidevalt hoida vajalikul kõrgusel. Õde kontrollib, et laps määratud annuse saaks vaheaegadeta. Hapniku survet reguleeritakse ettevaatlikult, sest vastasel korral võib vea niisutist paiskuda lapse juurde viivasse voolikusse. Annuse liiga järsk suurendamine mõjub ärritavalt. Hapnikravi ajal on lapse naha värvus roosakas, mis näitab vere head küllastatust hapnikuga. Kui lapse nahk hapniku andmise ajal roosaks ei muutu või kui roosakas nahk muutub tsüanootiliseks, ei ole annus küllaldane. Sel juhul tuleb välja kutsuda osakonna- või valvearst.

Hingamisseiskuse tekkimisel hakkab õde last kohe abistama ja kutsub arsti kohale signaalkella abil. Hingamisseiskusele kalduvatel lastel peab hingamist pidevalt jälgima, sest hingamisseiskus võib tekkida järsku ja märkamatuks. Lapse hingamise taastamiseks tuleb kohe rakendada kunstliku hingamise aparaati, hingamisteed eelnevalt puhtaks aspireerida. Lapse rindkeret tuleb veidi tõsta; pea kallutatakse tahapoole ja keel tõmmatakse välja. Hapnikumask asetada näole hermeetiliselt — aparaat muidu tööle ei hakka. Kunstliku hingamise aparaadi kasutamise ajal kuulatleda, kas toimub kopsude ventilatsioon, sest keele tahalangemine või lima kogunemine võib takistada õhu pääsemist kopsudesse.

Kui kunstliku hingamise aparaat mingil põhjusel ei tööta, tuleb kiiresti kasutusele võtta hingamiskeskust reflektorselt ärritavad võtted. Selleks raputatakse last, vajutatakse rindkerele hingamise rütmis, näole või rindkerele pannakse jahedasse vette kastetud marlilapp. Kunstlikku hingamist

tehakse suu suul meetodil. Imikutele puhutakse õhku suhu 30...40 korda minutis, üle aasta vanustele lastele 20...30 korda minutis. Et lapse kopsud on väikesed ja õrnad, tuleb puhuda kergelt, mitte jõuliselt. Imiku kopsudesse puhutakse ainult osa väljahingatavast õhust.

Kui lapsel tekib hingamisseiskus äkki, kuid hingamiskeskuse pareesi seni ei ole esinenud, võib oletatavaks põhjuseks olla kas lima, oksemasside aspireerimine või abstsessi avanemine bronhi. Last tuleb ühe käega haarata säärtest ja tõsta rippasendisse ning raputada. Teise käe sõrmega puhastatakse suukoobas ja tõmmatakse keel välja. Laps asetada kõhuli, ülakeha 45° võrra allpool, ja kloppida rindkeret. Teda tõstetakse rippasendisse korduvalt, hingamisteed aspireeritakse puhtaks. Kui ta seejärel hingama ei hakka, tuleb kohe kasutusele võtta kunstliku hingamise aparaat.

Südameseiskuse tekkimisel arst kohe kohale kutsuda. Õde peab viivitamatult alustama kaudset südamemassaaži. Laps asetada kõvale alusele selili, pea veidi madalamale kui jalad. Peopesaga vajutatakse tugevasti lapse rinnaku alumisele osale, seejärel käsi eemaldatakse, et rindkere saaks laieneda. Vajutamisel peab rinnaku alumine osa liikuma umbes 2...3 cm sügavamale. Sel teel surutakse veri südamest välja. Vajutada tuleb rütmiliselt sagedusega 80 korda minutis kuni südametegevuse taastumiseni.

Kui hingamispuudulikkusega lapsel esineb meteorism, tuleb see kiiresti kõrvaldada, sest ülespoole surutud diafragma takistab hingamist. Gaaside väljumist soolestikust soodustab kõhule pandud soe õlimähis või tekile asetatud soojenduskott ja pärasoolde viidud gaasitoru. Meteorismivastased ravimid määrab arst.

Raskekujulise hingamispuudulikkusega lapsele antakse toitu väikestes portsjonites iga kahe tunni järel. On oluline, et laps saaks piima vähemalt sellisel hulgal, mis kataks põhiainevahetuse tarbe; puuduv osa kalorsusest rahuldatakse glükoosiga. Toidu või glükoosi andmine iga 2 tunni järel väldib hüpoglükeemia tekkimise, samuti ketoatsidoosi, mis on tingitud nälginemisest. Kui laps ise ööpäeva jooksul

küllaldasel hulgal piima ei joo, tuleb anda glükoosilahust, millele on lisatud 100 g füsioloogilist keedusoolalahust.

Vee-ainevahetuse jälgimisel märgitakse milliliitrites kõik toidu- ja joogiportsjonid, samuti vedelikukaotus uriini, rooja ja okse näol. Vedelikukaotus uriiniga tehakse kindlaks kas mähkmel oleva laigu suuruse hindamise või mähkmete kaalumise teel.

Kui atsidoosi raviks lapsele antakse söögisoodat, tuleb iga uriiniportsjoni pH määrata selleks, et õigel ajal avastada nihe alkaloosi suunas. Uriini pH määramiseks kasutatakse indikaatorpabereid, mis surutakse vastu uriiniga märgunud tuharat või vatti või hoitakse veidi aega uriininõus. pH-d ei ole õige määrata mähkmesse imbunud uriinis, sest pesemisevahendid muudavad uriinireaktsiooni leeliseseks.

Raskelt haige põetamine on niisama tähtis kui haiguse õigesti diagnoosimine ja haigele ravi määramine. Haige põetamisel ja ravimisel on õel täita vastutusrikas osa. Et intensiivravipalati õe töö kvaliteedist sõltub raskelt haige saatus, tuleb selleks eraldi ette valmistada kõige tublimad õed.

ARTROOSIDE KLIINIK JA RAVI

ARTEMI VAPRA
Tartu

UDK 616.72-002.27-07-08

Artroosid kuuluvad degeneratiivsete liigesehaiguste hulka. Liigesehaiguste seas on nad sageduselt esikohal (1, 3). Artroos on üks iidsemaid haigusi. Isegi dinosaurusel, kes elas 70... 200 miljonit aastat tagasi, on leitud spondüloosi (2).

Artroosi haigestuvad inimesed peamiselt kesk- ja vanemas eas. Esmaselt ilmuvad haigusnähud suuremal osal juhtudest pärast 40. eluaastat ja saavutavad maksimumi 60. eluaasta piirides. Kõigepealt kahjustub liigesekõhr, milles tekivad degeneratiivsed muutused. Edaspidi tabab haigus liigese ümber paiknevaid kudesid. Artroosi eri arengujärgkutes võivad ilmuda ka vähesed liigesepõletiku nähud, mis aga on

РЕЗЮМЕ. *Лечение и уход за детьми с дыхательной недостаточностью в палате интенсивного лечения.* А. Я. Уйбо. В Тартуской городской клинической детской больнице лечение и уход за особенно тяжело больным ребенком проводится в палате интенсивного лечения, где имеется специально подготовленный рабочий пост медицинской сестры.

В палате проводятся все лечебно-диагностические процедуры. Лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения и ухода за больными, имеются у сестры. Сестра должна постоянно находиться в палате и вести непрерывное наблюдение за ребенком. Вызов врача осуществляется сигнальным звонком. Все данные по наблюдению за ребенком и проведенное лечение записываются в специальном листе в хронологическом порядке.

Следует заметить, что большая часть работы по лечению и уходу за больным ложится на сестру индивидуального поста и туда назначаются самые опытные сестры.

В статье описывается лечение и уход за больными с дыхательной недостаточностью III степени. Сестра ведет непрерывное наблюдение за проходимость дыхательных путей (проводит аспирацию слизи, ингаляцию лекарственных средств, дренаж положения и т. д.) и за кислородотерапией. В случаях прекращения дыхания у детей раннего грудного возраста сигнальным звонком вызывается врач, а первую помощь оказывает медицинская сестра, которая накладывает аппарат искусственного дыхания.

Tartu Linna Kliiniline Lastehaigla

sekundaarsed. Haigusprotsessi pideva progresseerumise tõttu häirub inimese töövoime tunduvalt.

Deformeerivad artroosi põhjustavad mitmed tegurid. Sagedamini tabab haigus alajäsemete liigeseid, mis on rohkem koormatud. Tihti on haiguse tekkimine seoses traumaga. Artroosi haigestuvad rohkem need inimesed, kes teevad rasket füüsilist tööd (kaevurid, laadidjad). Haiguse tekkes etendavad tähtsat osa ka sisenõristussüsteemi häired. Tüsedad inimesed kannatavad haiguse all sagedamini. Teatav osatähtsus võib olla ka pärilikkusel. Osteoartroos, mis on alguse saanud enne 45. kuni 50. eluaastat, progresseerub eriti kiiresti.

Artroosi kliiniline pilt on mitmekesine. On täheldatud peamiselt lokaalseid sümptoome haigestunud liigeses. Haigus on monoartikulaarset laadi või haigestuvad liigesed sümmeetriliselt (puusaliiigesed, põveliiigesed). Eriti liigeste haiguspildis on ühiseid jooni. Haigusnähud sugenevad pikkamööda ja märkamatult. Haige täheldab liigeses krudinat, liigutustega kaasneb valu. Haigestunud liigese ümbruses paiknevad lihased väsivad kiiresti. Haiguse algul tekivad liigesevalud periooditi, üksnes pärast suuremat pingutust. Ainult mõnikord algab haigus kohe tugevate valudega. On iseloomulik, et puudub täielik vastavus röntgenoloogiliselt avastatavate muutuste ja haige kaebuste vahel. Isegi tunduvate muutuste korral võib liigese funktsioon mõnikord säilida, puuduvad erilised kaebused ja haige on töövõimeline. Teinekord aga on röntgenoloogilised tunnused ja kliinilised nähud tagasihoidlikud, kuid haiged kaebavad tugevaid valusid ja liigese talitluse häireid. Nii võib gonartroos pikka aega kulgeda varjatud kujul ja kliiniliste sümptomideta. Mõnikord aga võivad varjatud vormi korral esineda tugevad valud.

Haiguse progresseerumisel tugevnevad liigeses krudin ja naksumine. Liiges muutub jäigemaks, eriti pärast pikemaajalist rahuolekut. Valud tugevnevad pärast pingutust ja ka ilmamuutuste korral. Liigese liikuvus väheneb tunduvalt, liigese kaju muutub: ta pakseneb. Haigus kulgeb tavaliselt pikaldaselt, ägenemine võib vahelduda vaibeperioodiga — nii võib see kesta aastaid. Tavaliselt haigus järjekordselt ägeneb liigese mehhaanilise ülepingutuse, külmetuse või infektsiooni tõttu. Koksartroosile ja gonartroosile on enamasti iseloomulik seisundi pidev halvenemine. Sellised haigusjuhud võivad üsna kiiresti lõppeda invaliidistumisega.

Kõige parema ülevaate haigestunud liigesest annab röntgeniülesvõte. N. Kossinskaja (6) andmetel võib kliinilis-röntgenoloogiliste muutuste alusel eristada deformeeriva osteoartroosi kolme staadiumi. Haigusele esimeses staadiumis on tüüpiline liigese liikuvuse mõõdukas piiratus (peamiselt kindlas suunas). Röntgenoloogiliselt leitakse liigesenapa äärtel väheseid luulisi vohandeid ja liigesekehres luustumis-

koldeid. Teises staadiumis on kogu liigese liikuvus piiratud, liigutusi võib teha ainult teatavates suundades. Liigeses krudin. Täheldatakse regionaarsete lihaste mõõdukat atroofiat. Röntgenipildis leitakse tunduvald luulisi vohandeid, mis lähtuvad liigesenapa äärtest ja on levinud ka vastaspoolle olevale liigesele. Liigesele on märgatavalt kitsenenud, esineb subkondraalne skleroos. Kolmandale staadiumile on iseloomulikud liigese deformatsioon, sundasend, liigese liikuvuse piiratus juba suuremal määral. Liigesele on kitsenenud või isegi puudub, esinevad väljakujunenud luulised vohandid, epifüüs on tihkestunud ja deformeerunud.

Haigus lokaliseerub sagedamini alajäsemete kui ülajäsemete liigestes. Haiguse kliinilistest vormidest on üks sagedamini esinevaid koksartroos, mille puhul on haigestunud puusaliiiges (2). Koksartroosi haigestuvad inimesed 50...60. eluaasta vahel, sagedamini naised. Esinemissageduselt teisel kohal on gonartroos ehk põveliiigese deformeeriv artroos (2). Koksartroosiga võrreldes on tema kliiniline kulg tavaliselt kergem. Gonartroosi kohtab sagedamini meestel. Distaalsete interfalangeaalliiigeste osteoartroos on laialdaselt levinud eakatel ja raugaeas inimestel, kusjuures naised haigestuvad tunduvalt sagedamini (7). Deformeerivale spondüloosile on tüüpilised lülkehade äärtel tekivad luulised vohandid. 93% 50...59-aastastest ja 97% üle 60 aasta vanustest inimestest põeb spondüloosi (3). Artroos võib areneda ka küünar-, hüppe- ja õlaliigeses, kuid tunduvalt harvem kui puusa- ja põveliiigeses. Kehatemperatuur on haiguse ajal normaalne. SR on tavaliselt normis või ainult vähesel määral kiirenenud.

Arthroosi on vaja diferentsida infektsioosest mittespetsiifilisest (reumatoidsest) polüartriidist. Viimase puhul on esiplaanil põletiknähud, haigusest on tabatud mitu liigest, kehatemperatuur on kõrge, SR on kiirenenud, verevalkude muutused viitavad põletikule.

Arthroosi ravi peab olema kompleksne, kusjuures peatähelepanu peab olema pööratud haiguse progresseerumise ärahoidmisele, valu vaigistamisele ja häiritud liigese funktsiooni taastamisele. Et vältida patoloogilise protsessi edasist levikut, on vaja vähendada haigestunud

liigese funktsionaalset ja staatilist koor- must. Oluline on tööhügieeni nõuete igakülgne täitmine. Vältida tuleb liigese kestvamast ülepingutust. Vajaduse korral tehakse liigese funktsiooni parandamiseks ortopeediline operatsioon. On oluline, et haigetel, kes põevad rasv- tõbe, piiratakse kehakaalu dieedi abil või söögiisu vähendavate preparaatide (fepranoon, mefoliin) varal (5).

Valu vaigistamiseks antakse atsetüül- salitsüülhapet (aspiriini), amidopüriini, butadiooni või reopüriini. Neil ei ole üksnes valuvaigistav, vaid on ka põle- tikuvastane toime (sekundaarselt tekki- nud põletikusse). Liigesesse või liigese ümbrusesse süstitakse hüdrokortisooni: väikestesse liigestesse 10 mg ja suuresse 125...150 mg (2). Pärast hüdro- kortisooni süstimist kaob valu kiiresti. Valu kupeerimiseks on pikemat aega kasutatud ka novokaiini, mida süsti- takse liigesesse või liigese ümbrusse.

Viimasel ajal on tunduvat paranemist täheldatud pärast rumalooni [(1) prepa- raat on valmistatud noorte loomade kõhrest ja luuüdist] süstimist lihasesse. On saadud paremaid tulemusi, kui rumaloonravi on kombineeritud füsio- teraapiaga. Manustatakse ka salitsülaate koos pantenooliga (2). Klimakteeriumi ajal tekkinud artrooside ravimisel kasu- tatakse ka naissuguhormooni follükuliin (sünöstrool). Anaboolseid hormone (nerobool, metüüländrostendiol) an- takse selleks, et vähendada osteoporoosi- nähte luudes. Väga olulised on ravi- kehakultuur ja massaaž, mille abil saab parandada liigese funktsiooni. Eriti vajalikud on mitmesugused füsioteraa- piaprotseduurid, nagu parafiinimähised, diatermia, lühilaine- ja ultraheliravi, elektroforees novokaiini või joodiga, vesiniksulfiidivannid jm. Ka röntgen- ravi on andnud häid tulemusi. Eriti laialdaselt kasutatakse kuurordiravi, kusjuures kõige tähtsamaks on just mudaravi (4).

Artroosi profülaktikat on vaja alus- tada juba koolieas. Kaasasündinud deformatsioone ja düsplasiaid tuleb pidada artroosieelseteks seisunditeks,

mistõttu neid peab õigel ajal korrigeer- ima. Peab jälgima, et koolieas ei tekiks skolioosi. Tähtis on vältida üksikute liigeste kroonilist ülepingutust ja trau- meerimist töö ajal. Tuleb täita kõik töö- kaitse nõuded. On vaja leida õige töö- rütm, et liigese puhkus vahelduks koor- musega.

Profülaktikavõtete hulgas on tähtsal kohal puhkuse ja töö otstarbekas vahel- dumine päeva jooksul. Eriti tähtis on aktiivne puhkus värskes õhus. Väga vajalikud on süstemaatilised jalutus- käigud, kehakultuur ning ravivõimle- mine. Tuleb tõsta organismi vastupanu- võimet veeprotseduuride (ujumine, sup- lemine, veega ülehõõrumine) abil. Vanemas eas peab vältima kehakaalu liigset suurenemist.

KIRJANDUS: 1. Агабабова Э. Р. и др. Вопр. ревматизма, 1967, 3, 72—79. — 2. Аста- пенко М. Г., Пихляк Э. Г. Болезни суста- вов, М., 1966. — 3. Астапенко М. Г. Тера- певт. архив, 1967, 9, 15—21. — 4. Быхов- ский З. Е. Ревматические и неревматические заболевания суставов и их санаторное лечение. М., 1962. — 5. Вапра А. Н., Кантер Х. Клин. мед., 1963, 2, 122—125. — 6. Косин- ская Н. С. Дегенеративно-дистрофические пора- жения костно-суставного аппарата. М., 1961. — 7. Цонцев В. Ревматология. София, 1965.

РЕЗЮМЕ. Клиника и лечение артрозов. А. Н. Вапра. Артрозы — дегенеративные за- болевания суставов — являются наиболее рас- пространенными заболеваниями опорнодвиг- ательного аппарата. В большинстве случаев на- чало остеоартроза приходится на возраст 50—70 лет.

Клиническая картина остеоартрозов опре- деляется местной симптоматикой в области пораженных суставов. Заболевание начинается с появления болей в суставах, которые посте- пенно усиливаются. Дальнейшее развитие бо- лезни сопровождается нарастающим ограниче- нием подвижности сустава и деформацией его.

Наиболее часто встречается деформирую- щий остеоартроз тазобедренного сустава, ко- ленных суставов и дистальных межфаланговых суставов кистей.

Современное лечение деформирующего остео- артроза комплексное и в основном направлено на приостановку дальнейшего прогрессирова- ния болезни, подавление болевого синдрома и восстановление функции пораженных суставов.

Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna
hospitaalsisehaiguste kateeder

KOPSUTUBERKULOOSIHAIGETE HOOLDAMINE JA JÄRELRAVI PÄRAST OPERATSIOONI

ARTUR TALIHÄRM

Tallinn

UDK 616-089.168.1-002.5

Haige edukas ravi on olulise tähtsusega nii operatsioon, operatsiooni-eelne ettevalmistus kui ka hästi ja õigesti juhitud operatsioonijärgne periood. Enne operatsiooni peame haiget põhjalikult uurima, leidma kirurgilise ravi parima variandi ja haiget operatsiooniks hästi ette valmistama, seda nii psüühiliselt kui ka somaatiliselt. Sihiks on saavutada tuberkuloosse protsessi maksimaalne vaibumine.

Ftisiokirurgilistest operatsioonidest suurima rühma moodustavad kopsu resektsioonid ja pleurektoomiad.

Kopsu resektsioon kujutab endast haiguskolde eemaldamist kopsust. Eemaldada võib sagaraosa, sagara, kaks sagarat või kogu kopsu.

Pleurektoomia tehakse empüeemi või eksudatiivse pleuriidi ravis. Sel puhul eemaldatakse pleurakott, mille seinad on moodustunud parietaalse ja vistseraalse pleura paksenemise tõttu patoloogilise protsessi tagajärjel. Kops vabastatakse nagu raudsest haardest. Juba operatsioonilaua õigutatakse kops, mis nüüd saab täita pleuraõõne ja funktsioneerida nagu enne haigestumist.

Torakoplastika kui üks kollapsteraapia võtteid kujutab endast kopsu jäävat kollabeerimist. Operatsioon seisneb roiete eemaldamises või resetseerimises tuberkuloosist tabatud kopsupiirkonnas. Eemaldatavate roiete arv on protsessi ulatusest ja laadist.

Pärast torakoplastikat tuleb side teha juba operatsioonilaua, et verejooksu vähendada ja ära hoida *mediastinum*'i flotatsioon. Side peab olema pingul, kuid mitte sedavõrd, et ta takistaks rindkere hingamisliigutusi.

Kavernotoomia käigus rajatakse kavernile juurdepääs, kavern avatakse. Kaverni kohalt eemaldatakse 3...5 roiet, samuti roietevahelised veresooned, närvid ja lihaste kimbud ning parietaalne ja vistseraalne pleura koos kaverni külgmise seinaga (umbes 50% ulatuses). Kaverni järelejäänud pind

töödeldakse *Acidum trichloroaceticum*'i 80%-lise, piiritus- ja joodilahusega. Kavern täidetakse Višnevski salvis immutatud tampoonidega. Tampoon vahetatakse algul 3...5 päeva, hilisemal operatsioonijärgsel perioodil 1...2 päeva järel, kusjuures kaverni pinda töödeldatakse korduvalt *Acidum trichloroaceticum*'i 80%-lise lahusega. Niisugune ravi vältab kuid seni, kuni bronhiaaluuris sulgub; järk-järgult väheneb ning lõpuks sulgub ka kavernotoomiaõõs. Suurel osal juhtudest nõuab kavernotoomia veel täiendavaid operatsioone — kas eespool nimetatud torakoplastikat või nahaaluse koe ja lihaselapi-plastikat (transplantatsioon).

Paljudel juhtudel lahkuvad haiged tuberkuloosiasutusest enne ravi lõpetamist ja satuvad muudesse ravi-asutusse, kus kohaliku meditsiinipersonali ülesandeks jäävad Višnevski salviga immutatud tampoonide vahetamine, kavernotoomiaõõne töötlemine muude anti-biootikumidega jne.

Eespool kirjeldatuga on sarnane operatsioonijärgne ravi ka torakotoomia korral. Pleuramädaniku puhul peab kasutama lahtist ravi. Peale muude hooldusvõtete tuleb niisuguseid haigeid esimestel päevadel pärast operatsiooni vähemalt kaks korda päevas siduda. Hiljem peab empüeemiõõnt pika aja jooksul tamponeerima seni, kuni tehakse seeria torakoplastilisi operatsioone, mille abil õõs likvideeritakse.

Valdav enamik ftisiokirurgilisi operatsioone toimub kombineeritud endotraheaalse narkoosi ja juhitava hingamise abil. Et operatsioonijärgne periood oleks edukas, on tähtis haige varajane ärkamine narkoosist; trahheast ja bronhidest erituva sekreedi hoolikas aspireerimine, adekvaatse iseseisva hingamise taastamine ning opereeritud kopsupole varajane õigumine.

Pärast operatsiooni tuuakse haige operatsioonijärgse ravi või reanimatsioonipalatisse. Selleks ajaks peab palat

olema õhustatud ja voodi soojendatud. Tuleb kontrollida ka ravimite olemasolu ja instrumentide korrasolekut.

Operatsioonijärgse ravi osakonnas peavad olema: 1) tsentraliseeritud hapnikuvarustus; 2) pleuraõone evakuaatsiooni vahendid; 3) portatiivne röntgeniaparatuur; 4) bronhoskoop, larüngoskoop, narkoosiaparatuur, elektermispump; 5) venoosse ja arteriaalse vere ülekande süsteemid.

Pärast rindkere- või kopsuoperatsiooni on haiged väga labiilsed ning nad taluvad halvasti tõstmist ja transportimist, mis võib põhjustada vererõhu tunduva languse. Seetõttu tuleb haige palatisse paigutamisel olla ettevaatlik, parem on ära oodata tema seisundi stabiliseerumist.

Peamine tüsistus pärast narkoosi ja operatsioonijärgse perioodi algul on mitmesugust päritolu äge hingamispuudulikkus. Seepärast on kohe vaja alustada hapnikuinhalsioone. Haigele antakse esimese ööpäeva jooksul hapnikku 4...10 liitrit minutis ninakateetrite kaudu, mis kinnitatakse kleepplaastriga kas otsmikule või üla- huulele. Hüpoksia tekkimisest signaalseerib küünte, naha ja nähtavate limaskestade värvuse, hingamise sügavuse ning rütmi muutumine jne.

Palatis jätkatakse sageli füsioloogilise lahuse, 5%-lise glükoosilahuse või konservvere infundeerimist veeni. Kui operatsioon oli väga traumeeriv ja pikka aega kestev ning sellega kaasnes suur verekaotus, siis on intravenoosset infusiooni vaja jätkata järgmise hommikuni.

Pärast seda, kui haiged narkoosist toibuvad, s. o. umbes 1...2 tunni möödumisel, muutub nende eest hoolitsemine kergemaks. Meditsiiniõde tuletab siis haigele meelde vajadust kõhida, puhastab tema suu ja nina.

Varajasel operatsioonijärgsel perioodil on eriti tähelepanelikult tarvis jälgida bronhide seisundit. Vähesegi röga või bronhiaalsekreedi olemasolu korral tuleb see kõrvaldada, et ära hoida tüsistusi asfüksia, atelektaasi või kopsupõletiku näol.

Valu nõrgendamiseks ja sekundaarse šoki vältimiseks peab operatsioonijärgsel perioodil haigele süstima morfiini, omnopooni või promedooli, südamegevuse tugevdamiseks strofantiini, ko-

feiini, kordiamiini jms. ning kogu aeg kontrollima hapniku juurdevoolu ninakateetrite kaudu. Pidevalt tuleb jälgida ka pulssi ja arteriaalset rõhku (vastavalt vajadusele iga 1/2...1 tunni järel). Mõõtmiste tulemused, samuti kõik haigetele tehtud protseduurid ja arsti korraldused kantakse täpselt haige operatsioonijärgsele kaardile.

Enamik haigetest narkoosijärgsel perioodil iseseisvalt ei urineeri. Kusepõit kateteriseeritakse (soovitav on kummikateeter) 2...3 korda ööpäevas (pärast operatsiooni öhtul kell 23.00 ja järgmisel hommikul kell 7.00). Ööpäeva jooksul kogutud uriini on soovitatav saata laboratooriumisse uurimiseks.

Vahetul operatsioonijärgsel perioodil eemaldatakse pleuraõonest eksudaat ja õhk drenide kaudu Janet' süstla, vaakumpumba või Subbotini pudelisüsteemi abil. Infektsiooni vältimiseks süstitakse penitsilliini ja streptomütsiini. Kopsu resektsioonide ja pleurektoomiate puhul viiakse kummidrenidesse penitsilliini ja streptomütsiini umbes 500 000 üh. 2 korda päevas.

Drenid eemaldatakse 2. või 3. päeval, drenid avad rindkerel tuleb õmbluste abil hermeetiliselt sulgeda. Enne seda toimub röntgenkontroll, mida operatsioonijärgsel perioodil tehakse üsna sageli, sest see võimaldab patoloogilisi muutusi õigel ajal avastada. Pärast nädala möödumist alustab haige aktiivseid hingamisharjutusi (mitu korda päevas puhub täis käsipalli sisekummi), et likvideerida resektsioonist tingitud õönt. Ökonoomse resektsiooni ja normaalse elastsusega kopsu puhul täidab kops kogu pleuraõone juba 1...2 nädala jooksul.

Operatsioonijärgsel perioodil ravitakse haigeid individuaalselt. Haiguse laad, kulu iseärasused operatsioonieelsel perioodil, haige iga, operatsiooni liik ja kestus, tüsistuste tekkimine operatsiooni ajal — kõik need asjaolud tingivad haigele erineva lähenemise pärast operatsiooni. Põetamise üldreeglid on järgmised.

Mida vähem aega operatsioonist on möödunud, seda rohkem tähelepanu on tarvis pöörata abinõudele, mis on suunatud haige üldseisundi tugevdamisele, südame ja veresoonna, hingamiselundite ja muude elundisüsteemide töö parandamisele.

Seejärel, vähendamata hoolitsust haige üldseisundi ja elutähtsate elundite eest, tuleb peamine tähelepanu pöörata kopsude ja pleurade infektsiooni profülaktikale. Ja lõpuks: kui loetletud tüsistused on välditud, on tarvis hoolitseda südame ja veresoonkonna ning kopsude funktsiooni, samuti opereeritud kehapoole ülajäseme töövõime taastamise eest.

Kopsutuberkuloosihaigete kirurgilise ravi meetodite ja operatsioonijärgse perioodi kulu iseärasuste tundmine aitab arstil koos meditsiiniõega haigete tervist kiiremini taastada.

РЕЗЮМЕ. *О послеоперационном уходе и лечении больных туберкулезом легких.* А. А. Галихьярм. Современные достижения хирургии туберкулеза легких позволяют производить очень сложные операции больным с

тяжелыми и распространенными формами этого заболевания. Чем сложнее и тяжелее была операция, тем тщательнее должен быть послеоперационный уход. К моменту окончания операции немаловажное значение для гладкого течения послеоперационного периода имеют раннее пробуждение больного, тщательная аспирация содержимого трахеобронхиального дерева, адекватное самостоятельное дыхание, полное расправление спавшегося легкого.

Ко времени поступления больного в палату последняя должна быть проветрена, постель согрета грелками, налажена система для подачи увлажненного кислорода, смонтирована вакуумная система для активного расправления легкого, приготовлен электроотсос для отсасывания выделений из полости рта и носа, проверено наличие медикаментозных препаратов и инструментария для оказания экстренной анестезиологической помощи.

Медицинская сестра должна строго отмечать в соответствующей карте все выполняемые ею назначения послеоперационного ухода.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium

Kaadri ettevalmistamine

TARTU RIIKLIKUS ÜLIKOO LIS KAITSTUD MEDITSIINI JA FARMAATSIA ALASEID VÄITEKIRJU

Tartu Riiklikus Ülikoolis on eriti viimastel aastatel intensiivistunud ülikooli töötajate ja aspirantide, vabariigi teaduslike asutuste ning vennasvabariikide teadlaste väitekirjade kaitsmine. Seda soodustab asjaolu, et 1965. a. alates on ülikoolis märksa avardunud nii doktori- kui ka kandidaadiväitekirjade kaitsmise võimalused. Kui 1946. a. kuni 1958. a. novembrikuuni kaitsti ülikoolis väitekirju üldse 219 (vt. «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1959, 1), siis 1. jaanuariks 1968. a. oli see arv juba 564 (neist 25 doktori- ja 539 kandidaadiväitekirja). Ülikooli töötajate ja aspirantide arvele langeb 255, väljastpoolt ülikooli pärinevate teadlaste arvele aga

309 väitekirjakaitstmist. Dissertante on tulnud Tartusse Tallinnast, Leningradist, Riiast, Kaunasest, Vilniusest, Moskvast, farmatseudid ka Harkovist, Odessast, Taškendist, Frunzest, Pjatigorskist ja mujalt.

Pärast Suurt Isamaasõda 1. jaanuarini 1968. a. on Tartu Riiklikus Ülikoolis kaitstud 7 arstiteaduse doktori, 122 arstiteaduse kandidaadi, üks farmaatsiadoktori ja 54 farmaatsiakandidaadi väitekirja.

Allpool jätkame nimekirja, mille avaldamist alustati ajakirjas «Nõukogude Eesti Tervishoid» nr. 1, 1959. a., kuid ainult Eesti NSV-s töötavate teadlaste kohta.

Jrk. nr.	Nimi, eesnimi, isanimi	Väitekirja teema	
1	2	3	4

1. Arstiteaduse doktorid

1. Vahter, Herman Timofei p.	Nahareaktsioonist põlevkivi utmisproduktidele (kliinilis-funktsionaalne ja eksperimentaalne uurimine).	21. XII 1964
2. Raudam, Ernst Johannese p.	Ägedad viiruslikud neuroinfektsioonid Eesti NSV-s.	12. V 1967
3. Tünder, Endel Oskari p.	Näidustused taastavateks operatsioonideks alajäsemete arterite oblitereeruva ateroskleroosi puhul.	19. V 1967
4. Jannus, Arnold Eduardi p.	Epidemioloogiliste ja laboratoorsete uurimiste materjalid poliomieliidi ja poliomieliiditaoliste infektsioonide kohta Eesti NSV-s.	9. VI 1967

2. Arstiteaduse kandidaadid

1. Kull, Mart Mardi p.	Rutiini ravitoimest.	1. VI 1956
2. Põldvere, Kalju Johannese p.	Neuroloogilisest sümptomatoloogiast ja morfoloogilistest muutustest närvisüsteemis kõhuaordi ligeerimise puhul küülikutel ja kassidel.	11. IV 1958
3. Jalviste, Hilja Johannese t.	Vereseerumi valkude nihetest rasedal seoses dieediga, eriti rasedustoksikoosi puhul.	6. VI 1958
4. Tähepõld, Lembit Jaani p.	Ammoniaagi moodustumise ja sidumise protsessid maksas ja ajus sõltuvalt kesknärvisüsteemi funktsionaalsest seisundist kestval uinutite toimetel.	6. VI 1958
5. Teoste, Maimu Edgari t.	Mao sekretoorse talitluse muutumisest koertel uinutite pikaajalisel manustamisel.	20. VI 1958
6. Riiv, Jaan Jaagu p.	Kliinilisi tähelepanekuid une kulu ja mõnede vegetatiivsete näitajate uurimisel, eriti seoses uinutite manustamisega.	12. XII 1958
7. Sibul, Salme Friedrichi t.	Kroonilise keskkõrvapõletiku tuberkuloosest etioloogiast.	17. IV 1959
8. Veinpalu, Endel Jüri p.	Vereseerumi valkude muutusi reumatismi ja mõnede teiste infektsioos-allergiliste haiguste puhul seoses raviga.	17. IV 1959
9. Kook, Leida Juhani t.	Tonsillektoomia osatähtsusest reuma kulus lastel.	12. VI 1959
10. Sillastu, Heinart Aleksandri p.	Vereseerumi valkude nihetest kopsutuberkuloosihaigetel pneumotooraks- ja kombineeritud pneumotooraks-antibiootilis-kemoterapeutilise ravi vältel.	22. VI 1959
11. Liivrand, Virve Ernsti t.	Vereseerumi valkude dünaamikast reumatismi põdenuil seoses raseduse ja sünnitusega.	13. XI 1959
12. Maser, Liidia Juliuse t.	Võrdlevaid andmeid tuberkuloosse meningiidi kliinilise kulu ja organismi reaktiivsuse mõnede näitajate dünaamikast.	13. XI 1959
13. Pokk, Leo Richardi p.	Ortostaatilise kollapsi tekkimisest, morfoloogilistest muutustest siseelundites ja vereringehäiretest peajus küülikutel vertikaalses seisus viibimise puhul.	18. XII 1959
14. Sillastu, Viiv Alberti t.	Nekrootilise kolde organisatsiooniprotsessi kulust maksas ning muutustest maksas ja neerupealtes elekterkrampide puhul.	11. III 1960
15. Vasar, Elmar Feliksi p.	Organismi reaktiivsuse muutumisest kolino- ja adrenolüütiliste ainete toimetel üldisel jahutamisel.	20. IV 1960
16. Danilovitš, Aino Augusti t.	Kliinilise pildi ja organismi reaktiivsuse uurimine düsenteeriahaigetel.	9. XII 1960
17. Schamardin, Naomi Alfredi t.	Mittespetsiifiliste nahatestide uurimise tulemustest põlevkivikaevureil ja nende tähendusest vibratsioonitõve diagnoosimisel.	7. IV 1961
18. Schamardin, Boris Mihhaili p.	Perifeerse vereringe funktsionaalsest seisundist põlevkivikaevanduste puurijail seoses vibratsioonitõvega.	7. IV 1961

1	2	3	4
19.	Reinaru, Joosep Karli p.	Neerukahjustused reuma, reumatoidse polüartriidi, alaägeda ja ägeda septilise endokardiidi puhul.	16. VI 1961
20.	Tünder, Endel Oskari p.	Ostsillograafia, arteriograafia ja pletüsmograafia kasutamisest alajäsemete tuiksoonte trombobli-tereeruva haiguse diagnoosimisel.	16. VI 1961
21.	Männik-Subi, Kiira Hendriku t.	Alkoholi põlemise kiirusest aju-kolju traumaga haigeil ning aju-kolju trauma ja alkoholijoobe diferentsiaaldiagnoosimisest.	20. X 1961
22.	Farber, Mihhail Aroni p.	Nimme-ristлуу närvipõletikuga haigete ravimine B ₁₂ -vitamiiniga.	10. XI 1961
23.	Gulordava, Šalva Aroni p.	Reieluukaela mediaalsete murdude osteosüntees.	23. X 1962
24.	Põder, Kaljo Aleksandri p.	Mitmesugustel meetoditel konserveeritud perifeersete arterite homotransplantatsiooni tulemustest (eksperimentaalne uurimus).	24. V 1963
25.	Sildver, Lia Maksit.	Uurimus tuberkulooset meningiiti põdevate laste ravi lähis- ja hilistulemustest.	14. VI 1963
26.	Tarve, Udo Sergei p.	Trikarboonhapete tsükli mõnede etappide ja fosforileerimise muutustest ajus eksperimentaalsel ammoniaagi kuhjumisel ja glutamiinhappe ning C-vitamiini mõjust nendele muutustele.	18. X 1963
27.	Lind, Artur Jakobi p.	Neurohumoraalse regulatsiooni mõjust sekretoorsete organite troofikale märgistatud aatomite meetodil uuritud valkude sünteesi alusel.	18. X 1963
28.	Meipalu, Vootele Eduardi p.	Emakamüoomi kliinik ja steroidhormoonide ainevahetus.	17. IV 1964
29.	Laan, Ingrid Juhani t.	Organismi reaktsiooni mõjustavatest teguritest vastsündinute tuberkuloosivastasel vaksineerimisel.	15. V 1964
30.	Hiie (Joa), Alma Jaani t.	Paranefraalne novokaiinblokaad kliinilise ja eksperimentaalse ureemilise kooma puhul.	19. VI 1964
31.	Nurmand, Leo Borise p.	Organismi farmakodünaamilisest reaktiivsusest barbituraatidele üldisel jahutamisel.	16. X 1964
32.	Kask, Virve Augusti t.	Naiste piimanäärmete elastomeetrilisest iseloomustusest nende mitmesuguste funktsionaalsete seisundite korral.	24. XII 1964
33.	Tikk, Arvo Aleksandri p.	Diureesi, kloori eritumise ja oksüdatsiooniprotesside dünaamikast aju-kolju traumade akuut-tes staadiumis.	15. I 1965
34.	Tapupere, Vaike Otto t.	Tallinna eelkooliealiste laste poliümüeliidivastase immuunsuse seroloogiliste näitajate uurimine inaktiveeritud ja elusvaktsiiniga immuniseerimise perioodil (1957—1963).	26. V 1965
35.	Tiik, Heino Voldemari p.	Eesti NSV üliõpilaste kehalisest arengust ja ter-vised seisundist.	26. V 1965
36.	Tikko, Henno Hermani p.	Eri uurimismeetodite tähtsusest oblitereeruva ateroskleroosi diagnoosimisel seoses rekonstruktiivsete operatsioonide näidustuste ja tulemus-tega.	18. VI 1965
37.	Teesalu, Selma Andrese t.	Pankrease sekretoorse tegevuse uurimine koertel pikaajalistes katsetes mitmesuguste mõjustuste kasutamisel.	22. VI 1965
38.	Sarap, Andrei Aleksandri p.	Eesti NSV täiskasvanud elanikkonna ravi- ja profülaktika-alasest teenindamisest, selle perspektiividest ja arendamise teedest.	20. XII 1965
39.	Zupping, Rein Haraldi p.	Kopsude ventilatsioon ja gaasivahetuse ning ar-teriaalse vere gaasisaldus ajuinsultide akuut-tes staadiumis.	11. II 1966
40.	Paimre, Ruth Johannese t.	Diskogeense lumbosakraalse radikuliidi neuro-loomiline diagnoosimine ja kirurgiline ravi.	23. II 1966
41.	Maramaa, Sulev Jaani p.	Ureaasi ja glutaminaasi aktiivsuse paigutusest mao limaskestas.	23. II 1966
42.	Türi, Endel Johannese p.	Merisigade intratestikulaarne nakatamisviis ja selle kasutamine tuberkuloosi diagnoosimisel ning atüüpiliste mükobakterite patogeensuse määramisel.	25. V 1966
43.	Kuus, Erich Michaeli p.	Tanniini kasutamine mao röntgenoloogilisel uuri-misel.	22. VI 1966

1	2	3	4
44.	Karu, Toomas Elmari p.	Korrelatsioonianalüüsi rakendamisest korduvate jõuiseloomuliste füüsiliste koormuste mõju uurimisel hemodünaamikale noortel sportlastel.	17. II 1967
45.	Luts, Liivia Ludvigi t.	Vere valgufraktsioonide dünaamikast aju vere- ringe akuutsete häirete korral.	17. II 1967
46.	Pöder, Heinu Aleksandri p.	Väline hingamine ja südame tsükli kestus reuma ning reumatoidartriidihaigetel muda-balneote- raapia vältel.	12. V 1967
47.	Sepp, Enno Johannese p.	Mõningate veresoonte kunstkiudproteeside võrd- lev hinnang.	19. V 1967
48.	Jents, Arved Konstantini p.	Eksperimentaalseid ja kliinilisi vaatlusi aerosoo- lide ja elektroaerosoolide toimel.	19. V 1967
49.	Valdes, Vello Alberti p.	Neerupealiste koore funktsionaal-morfoloogilis- test muutustest mitmesuguste haigusseisundite puhul.	2. VI 1967
50.	Uibo, Malev Pauli p.	Laste toitlustuse sanitaar-hügieeniline uurimine Tartu linna lasteaedades.	9. VI 1967
51.	Saava, Astrid Eduard-Viktori t.	Väikeste jõgede sanitaarse seisundi uurimise ja hindamise metoodikast Eesti NSV tingimustes.	9. VI 1967
52.	Tihane, Harri Mihkli p.	Mõningatest muutustest vee- ja elektrolüütide ainevahetuses postoperatiivsel perioodil.	9. VI 1967
53.	Sildver, Ants Juliuise p.	Kõhutüüfuse kliinilise kulu iseärasustest ja see- rumivalkude dünaamikast antibiootikumravi pe- rioodil.	23. VI 1967
54.	Teeäär, Enno Kirilli p.	Operatsioonijärgse reaktsiooni ravi tähendusest türeotoksilise struuma resektsiooni tulemustele.	23. VI 1967
55.	Kaasik, Ain-Elmar Aleksandri p.	Ajukoe gaasivahetus ajuinsultide akuutses staa- diumis.	15. IX 1967
56.	Sillam, Arvi Tõnu p.	Nimme-ristluu radikuliit Eesti NSV põlevkivikae- vureil.	15. IX 1967
57.	Saarma, Märt Mihkli p.	Aminasiini, trifluoperasiini ja haloperidooli klii- nilis-füsioloogiline toime kroonilise skisofreenia puhul.	22. IX 1967
58.	Feoktistov, Gennadi Sergei p.	Materjalid tolmufaktori osatähtsuse hügieenili- seks hindamiseks põlevkivi (kukersiidi) tootmi- sel.	25. X 1967
59.	Laane, Elmut Jaani p.	Hegglini sündroomist südame kroonilise liigkoor- muse korral.	17. XI 1967
60.	Tamm, Oku Maksi p.	Eesti NSV elanikkonna sanitaar-epidemioloogilise teenindamise areng (XIX saj. teisest poolest kuni 1965. a.) ja selle edaspidised perspektiivid.	23. XI 1967
61.	Sulling, Toomas Aleksandri p.	Pärgarteri ajutine ligatuur venoosse paisu tingi- mustes.	23. XI 1967
3. Farmaatsiakandidaadid			
1.	Neufeld, Erna Gustavi t.	Parkainete kvantitatiivse määramise meetoditest.	26. VI 1963
2.	Kurvits, Hilja Hansu t.	Mõningate fenüülpiperidiini derivaatide (ana- dooli, promedooli, isopromedooli) farmakoloogi- lise toime võrdlev uurimine.	26. V 1965
3.	Kuik, Leopold Augusti p.	Mikroelementide fluori- ja joodisisaldusest Eesti NSV põhjavetes.	14. I 1966

Irène Maaros

LEO PÄI ARSTITEADUSE DOKTOR

28. juunil 1968. a. andis NSV Liidu Kõrgema ja Kesk-erihariduse Ministeeriumi Kõrgema Atestatsioonikomisjoni pleenum arstiteaduse doktori kraadi Tartu Riikliku Ülikooli hospitaalsisehaiguste kateedri juhatajale dotsent Leo Päile.

Väitekirja «Reuma ja infektsioosse artriidi immunopatoloogia küsimusi» kaitses ta 12. jaanuaril 1968. a. Kaunase Meditsiiniinstituudi õpetatud nõukogus. Konsultandiks oli Kaunase Meditsiiniinstituudist arstiteaduse doktor professor J. K. Kupčinskas, oponeerisid arstiteaduse doktor professor A. A. Tustanovski (Moskvast), arstiteaduse doktor professor K. K. Rudzit (Riiast) ja arstiteaduse doktor professor A. J. Ziugzda (Kaunasest).

L. Päil on põhilisteks uurimissuundadeks olnud kopsupõletik, verevalgud, reuma ja infektsioosne artriit. Uurimiste tulemusi on ta ette kandnud vabariiklikel, vabariikidevahelistel ja üleliidulistel konverentsidel. Trükkis on ilmunud üle 55 teadusliku töö.

Ta on spetsialist reuma ja infektsioosse artriidi alal ning tuntud üleliiduliselt, eriti töödega nende haiguste immunopatoloogia valdkonnast.

L. Päi sündis 8. juulil 1920. a. Tallinnas advokaadi pojana. Pärast keskkooli lõpetamist Tallinnas astus 1938. a. Tartu ülikooli arstiteaduskonda, kuid õpingud katkestas Suur Isamaasõda. Sõja ajal töötas Kirgiisi NSV-s meditsiini alal. Pärast sõda jätkas õpinguid Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonnas, mille lõpetas 1950. a. Juba üliõpilasena tundis L. Päi huvi teraapia vastu ja töötas Tartu Linna Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonnas, mida juhatas professor V. Vadi. Üliõpi-



lasena valmisid tal kaks auhinnatööd, ühtlasi oli L. Päi ÜTÜ esimeheks. Aastail 1950...1952 oli Tartu Linna Haigla peaarstiks, aastail 1953...1955 õppis aspirandina Leningradi I Meditsiiniinstituudis, kus tema tööd juhendas propedeutikakateedri juhataja akadeemik M. D. Tušinski.

1955. a. kaitses L. Päi Leningradi I Meditsiiniinstituudi õpetatud nõukogu ees kandidaadiväitekirja «Verevalkude muutustest kopsupõletiku puhul».

1957. a. määrati ta TRÜ hospitaalsisehaiguste kateedri juhatajaks ja 1962. a. anti talle dotsendi teaduslik kutse. 1968. a. oktoobris valiti L. Päi professori kohusetäitjaks TRÜ hospitaalsisehaiguste kateedris.

L. Päi on NLKP liige 1948. aastast. Väga laialdane on ta ühiskondlik tegevus. Korduvalt on teda valitud rahvasaadikuks. On Üleliidulise Teraapeutide Seltsi ja Eesti NSV Teraapeutide Seltsi juhatuse liige, NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia juures tegutseva üleliidulise reuma probleemkomisjoni liige, Üleliidulise Reumatoloogide Seltsi juhatuse liige.

Artemi Vapra

UUS TEADUSTE KANDIDAAT

23. septembril 1968. a. kaitses NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia D. I. Ivanovski nim. Viroloogia Instituudis kandidaadiväitekirja «Respiratoorsete viirusnakkuste pidev uurimine Eesti NSV lastekollektiivides (virooloogiline ja se-

roloogiline uurimus)» Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi gripi- ja adenoviiruste laboratooriumi juhataja Raul Augusti p. Vodja. Tööd oponeerisid arstiteaduse doktor profes-

sor A. Gorbunova ja arstiteaduse kandidaat T. Orlova. Väitekirj valmis professor R. Dreizini juhendamisel.

Uurimuse ülesandeks oli hingamisteede viirusnakkuste etioloogilise struktuuri ja epidemioloogia tundmaõppimine mõnes Eesti NSV lastekollektiivis.

Autor konstateeris, et respiratoorsed viirusnakkused on lastekollektiivides kõige sagedamini levinud haigused. Tehti kindlaks, et adenoviirustest põhjustatud haigused esinevad kogu aasta jooksul; paragripp ja respiratoorsed-süntsütsiaalsed viirusnakkused aga levivad peamiselt külmal ajal aastaaegadel. Virooloogilistel uuringutel avastati 145 viirusetüve, neist 60 adeno- ja 85 ente-

roviirust. Enteroviirustel, mida rõhuvas enamikus leiti tervetel, ei näi autori andmetel olevat erilist tähtsust laste haigestumisel. Immunoloogiliselt sedastati, et haigestumise sageduse ja immuunsuse astme vahel on ilmne korrelatsioon.

R. Vodja sündis 17. novembril 1925. a. Tallinnas. Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonnas õppis aastail 1945...1951, mille lõpetamise järel töötas ordinaatorina Pühajärve Kopsutuberkuloosi Sanatooriumis. 1957. a. alates oli Otepää Rajooni Haigla pediatrig ja 1960. a. Otepää Linna Haigla peaarstiks. 1961. a. asus tööle Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituuti. R. Vodja on NLKP liige 1959. aastast alates.

Hendrik Pihl

Sanitaarharidustöö

TÖSTA LASTEASUTUSTE PERSONALI TEADMISTE TASET

EHA LAIDO
HELJE KARP
Tallinn

UDK 613.954.4 : 614.374

Peale laste meditsiinilise teenindamise on tervishoiutöötajate kohustuseks ka lasteasutuste sanitaar-hügieeniline järelevalve ja süstemaatiline sanitaarharidustöö nii personali kui ka lastevanemate hulgas. Lasteasutuste meditsiinipersonali esmaseks ülesandeks on profülaktika.

Haapsalu rajooni koolieelsete lasteasutuste laste nägemishügieeni nõuete täitmise ning sanitaarharidustöö kontrollimisel 1968. a. märtsikuus ilmnes, et kuigi lasteasutuste töötajad teevad laste tervise kaitsel ning nende kasvatamisel tänuväärset tööd, ei ole kõikidele asjaoludele küllaldaselt tähelepanu pööratud.

Enamik Haapsalu rajooni koolieelsetest lasteasutustest asub selleks kohandatud hoonetes, kus valgustustugevus (nii loomulikul kui ka kunstlikul val-

gustusel) on alla normi, valgustusnorm töölaudadel 150 lx.

Ka laste nägemisteravust pole Haapsalu rajooni koolieelsetes lasteasutustes kontrollitud. Erandiks on vaid Haapsalu lasteaed, kus selgus, et 130 lapsest 13-1 (10%) esinesid nägemishäired.

Juba see üks arvigi kinnitab vajadust kontrollida laste nägemist kõikides koolieelsetes lasteasutustes, et nägemishäired varakult avastada. 3...4-aastaste laste nägemisteravust on soovitatav kontrollida mänguasjade tabeli abil. Tingimata tuleb seda teha enne kooliminekut. Lasteasutustes võiks kontroll kuuluda vanem-meditsiiniõe kohustuste hulka. Kui nägemisteravus on alla 0,6 või kahe silma nägemisteravuse diferents on suur, siis vajab laps tingimata ravi, mille määrab silmaarst.

Haapsalu rajooni lasteasutustes puudusid spetsiaalsed koolieelikute näge-

misteravuse määramise tabelid. Nendega varustab asutusi Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Meditsiinitehnika ja Abikäitiste Valitsus arstiriistade kaupluste kaudu. Haapsalu rajooni ei olnud tabelleid tellitud 1967. aastal ega olnud seda tehtud ka 1968. a. (kontrollimise ajaks).

Et vältida silmade kahjustamist, tuleb lasteasutustes luua normaalsed töö- ja elutingimused. Haapsalu lastepäevakodus, kalurikolhoosi «Virtsu Kalur» ja «Eesti Põllumajandustehnika» Haapsalu rajoonikomitee lastepäevakodus ning Lihula lasteaias on valgustus normaalne. Soovida aga jätab see Haapsalu lasteaias, Risti ja kolhoosi «Jõud» lastepäevakodudes. Niisuguse olukorra tekkimist on soodustanud töötajate ükskõiksus. Nimetatud asutuste aknad olid (liiga lühikeste kardinapuude tõttu) osaliselt kaetud külgakardinatega, mille tagajärjel loomulik valgustus poole võrra kähanes. Eriti halb oli olukord kolhoosi «Jõud» lastepäevakodus, kus loomuliku valgustuse tugevus laste töölaual oli ainult 30 lx, ruumi keskel 20 lx. Laste laud olid paigutatud hämarasse ruumi, kuigi kõrvalruum oli valge ja õppetöös hästi sobiv.

Ka kunstlik valgustus ei ole küllaldane. Nii oli valgustustugevus Haapsalu lasteaias kahe rühma töölaudadel 80 lx, ühes rühmas aga ainult 22...30 lx. Kolhoosi «Jõud» lastepäevakodus oli kunstliku valgustuse tugevus töölaual 50 lx, ruumi keskel 30 lx. Haapsalu lastepäevakodus, mis on ehitatud lasteasutuse projekti järgi, oli valgustustugevus kolmanda rühma laste töölaudadel ainult 64...70 lx. Mitterahuldav valgustustugevus oli viimasel juhul tingitud liiga nõrkadest elektrihoõglampidest. Häämmastama paneb tõsiasi, et valgustites väga sageli puuduvad lambid. Nii puudus kolhoosi «Jõud» lastepäevakodu tööruumi kolmepesalises valgustis kaks lampi, Haapsalu lasteaias kahe rühma ruumides kuuest lambist kaks jne. Tuli ette juhtumeid, kus lampidel puudusid katted või neid ei olnud regulaarselt puhastatud. Sageli kasutatakse lasteasutustele mittesobivaid värvilisest plastmassist lambivarje.

Niisuguse olukorra põhjuseks on tõsiasi, et lasteasutuste töötajad ei suhtu küllaldase tähelepanelikkusega nägemishügieeni nõuete täitmisse. Tingi-

mata on vaja kontrollida laste nägemisteravust; töölaud aga tuleb paigutada paremini valgustatud ruumidesse, akende alla. Kontrollimist vajavad ka valgustuspunktide arv ja korrasolek. On soovitatav, et kunstliku valgustuse allikad annaksid hajutatud valgust (mattvõi piimklaasiga valgustid), millega välditakse valgusallika pimestavat toimet. Valgusteid ja aknaklaase tuleb regulaarselt puhastada. Külgakardinate valikul arvestatagu mitte üksnes esteetika-, vaid ka hügieeninõudeid. Ruumides, kus lapsed joonistavad, voolivad, kirjutavad jne., on nõutav samasugune üldvalgustuse võimsus kui klassiruumides, s. o. 24 W 1 m² kohta. Klassiruumis, mille pindala on 50 m², peab üldvalgustuse võimsus olema 1200 W (6 elektrihoõglampi, à 200 W).

Kasvatajad peaksid rohkem tähelepanu pöörama laste tööhügieenile (õige kehaasend istumisel, silmade kaugus töötasapinnast 25...30 cm, valgus langegu vasakult poolt; vanema rühma ruumide lugemisnurkades on soovitatav kasutada laualampe jne.).

Puudusi torkas silma ka Haapsalu rajooni lasteasutuste päevarežiimis, toitlustamises, kasvule vastava mööbli valikus ning üldises sanitaarses olukorras. Mitmes asutuses on kehtestatud ebaõige päevarežiim, mille kohaselt vanema rühma laste päevane uneaeg on venitatud liiga pikaks (2 tundi). Lapsed ei riietu magamise ajaks vajaliku määrani lahti. Samuti väär on õhtuote serveerimine kohe pärast laste virgumist.

Et laste haigestumisest suure protsendi moodustavad külmetushaigused, siis on eriti oluline karastamine, eelkõige värskes õhus viibimine 2 tunni kestel nii enne kui ka pärast lõunat. Lihula lasteaias ei viidud lapsi küllastamise päeval üldse õue, kuigi ilm oli täiesti vastuvõetav.

Tähelepanekud näitavad, et paljude lasteasutuste mööbel ei vasta laste kasvule. Kolhoosi «Jõud» lastepäevakodus on söime- ja lasteaias laste kasutada koguni üks pikk laud ning ühekõrgused taburetid. Sellistes tingimustes saavadki alguse rühivead. Ka Haapsalu lasteaias mõnes rühmas pole mööbel kasvule vastav. Arstliku kontrolli tulemused näitavad, et selles lasteaias esineb rühvigu umbes 20%-l lastest.

Mõnes asutuses jätab soovida toitlustamine. Toidud on liiga jahu- ja tangaineterikkad. Vähe kasutatakse juurvilja. Leidus asutusi, kus toitu ei vitaminiseerita ega anta lastele kalamaksaõli.

Kokku võttes — vaja on tõsta nii lasteasutuste personali kui ka lastevanemate teadmiste taset laste füüsilise kasvatamise ning hügieeni alal.

Kasvatajate tähelepanu tuleb eriti juhtida niisugustele vigadele nagu päevarežiimist kõrvalekaldumine, iseteenindamise piiramine, vähene värskes õhus viibimine, rohke istuasendiga seotud tegevus, kammimine ühise kammiga jne. Kasvatajad peavad teadma oma kohustusi laste hügieenialasel kasvatamisel.

Lastevanemaile on sanitaarhariduslikke teadmisi vaja anda süstemaatiliselt. Kahjuks tehakse seda Haapsalu rajooni lasteasutustes veel liiga vähe ja süsteemitult. Mille muuga saab seletada sellist fakti: lapsevanem viis ööpäevalasteasutusest kogu nädalaks ära täiesti terve lapse jalatsid kartusel, et vastasel korral võidaks laps ema keelule vaatamata õue viia! Või niisugune tõsiasi, et söime vanema rühma 15 lapsest 3 imes lõunase magamise ajal lutti ja 1 sõrme.

Kuigi hügieeniliste harjumuste juurutajaiks on peamiselt rühmakasvatajad, ei tohi meditsiinitöötaja unustada, et hügieenilise ja füüsilise kasvatamise juhtimine on tema otsene ülesanne.

Et sanitaarharidustöö lasteasutuses kulgeks sihipäraselt ja süstemaatiliselt, on meditsiinitöötajail vaja koostada tööplaan. See olgu kooskõlastatud asutuse juhataja ja rühmakasvatajatega. Sanitaarharidustöö aastaplaan, milles on loetletud põhiülesanded, on lasteasutuse üldplaani koostisosa. Kuuplaanid (mis Haapsalu lasteasutustes puudusid) on juba üksikasjalikumad. Neis on kindlaks määratud vestlused, loengud, informatsioonid, konverentsid, seinalehe väljandmine, näituste korraldamine, lastevanemate nurga sisustamine jne., samuti ürituste korraldamise aeg ja koht ning selle eest vastutav isik. Kuuviisi planeerimine võimaldab käsitleda kõige vajalikumaid teemasid (sõltuvalt aasta-

ajast, epidemioloogilisest olukorrast linnas, rajoonis või lasteasutuses jm.). Kogu sanitaarharidustöö registreeritakse lasteasutuses arvestuse vormi nr. 38 kohaselt.

Lasteasutuste töötajatele on tingimata vaja korraldada sanitaarmiinimumi kursusi, mida enamik Haapsalu rajooni lasteasutustest ei ole teinud. Kursusi on tarvis seda enam, et asutustes töötab veel palju kutsehariduseta inimesi.

Kursusi korraldavad meditsiinitöötajad programmi alusel: kasvatajatele 15 tunni, majanduse ja toitlustuse alal töötajatele 14 tunni, koristajatele ja sanitaaridele-lapsehoidjatele 7 tunni ulatuses (vt. Vabariikliku Sanitaarhariduse Maja metoodiline kiri «Sanitaarharidustööst koolieelsetes lasteasutustes», 1967). Kursusest osavõtu kohta tehakse märke isiklikku meditsiinilise järelevaatuse raamatusse.

Sanitaarharidustöö ja selle metoodika küsimused on vaja võtta ka lasteasutuste töötajate kvalifikatsiooni tõstmise kursuste või seminaride plaani ning rajooni nõupidamiste päevakorda.

РЕЗЮМЕ. Повысить уровень знаний персонала детских учреждений. Э. В. Лайдо и Х. Р. Карп. Проверкой выполнения требований гигиены зрения (а также освещения помещений) и уровня санитарного просвещения в дошкольных детских учреждениях Хаапсалуского района установлено, что медицинские работники и педагогический персонал не уделяли достаточного внимания выполнению требований гигиены зрения.

Контроль остроты зрения у детей Хаапсалуского детского сада показал, что 10% из них страдают расстройством зрения.

Для предотвращения этого в дальнейшем необходимо улучшить освещение в детских учреждениях, которое в некоторых из них недостаточное. Детские столы нужно ставить в светлые комнаты у окна. Следует также контролировать наличие достаточного числа точек освещения и их исправность. Во избежание ослепительного действия света на глаза детей желательно пользоваться источниками искусственного освещения с рассеянным (матово-молочным) светом. В помещениях, где дети рисуют, лепят, пишут и т. д., требуется такое же освещение, как в классах, т. е. 24 W на 1 м². В классе площадью в 50 м² должно быть общее освещение мощностью 1200 W (в электрических ламп à 200 W).

Vabariiklik Sanitaarhariduse Maja
Eesti NSV Haridusministeerium

Konverentsid ja nõupidamised

Silmaarstide juubelikonverents. 5. ja 6. septembril 1968. a. toimus Tartu Riikliku Ülikooli ja Eesti NSV Vabariikliku Oftalmoloogide Teadusliku Seltsi korraldusel Tartu silmakliiniku ja ülikooli oftalmoloogiakateedri 100. aastapäevale pühendatud konverents. Rohkesti osavõtjaid oli NSV Liidu suurimatest oftalmoloogiakeskustest eesotsas NSV Liidu peaoftalmoloogi akadeemik V. Arhangel'skiga.

Avasõna ütles TRÜ rektor F. Klement. Ta rääkis Tartu teadlaste (sealhulgas oftalmoloogide) hinnatavast panusest arstiteadusse.

Professor L. Schotter (kaasautorid V. Kalnin, L. Vain ja Ö. Mandel) andis ülevaate kateedri ajaloo ning teadusliku töö põhisuundadest. Tartu ülikooli osa 19. sajandi oftalmoloogias käsitles J. Kropman, V. Kalnini ja R. Laigu ettekanne tutvustas esimest eesti oftalmoloogi P. Blumbergi. Tartu ülikooli ja läti oftalmoloogide vahelisi suhteid valgustas S. Magilnitski Riiast. Järgmisena olid vaatluse all glaukoomi diagnoosimine ja ravi. Sõna võtsid professorid S. Kalfa, M. Zolotarjova, E. Doktoravičene, L. Schotter jt.

Laste oftalmoloogiat käsitlesid E. Avetissovi (Moskva), J. Kropmani, Ö. Mandeli (Tartu) jt. tööd. Silma traumadele olid pühendatud E. Vainsteini (Moskva), L. Schotteri (Tartu), R. Gundorova (Moskva) jt. ettekanded. I. Kerge ja A. Papanovi töödes vaadeldi võõrkehade eemaldamist silmast.

Silmakirurgiat käsitlesid L. Schotter ja A. Gerassimova, L. Linnik (Orenburg), A. Gmörja (Dnetsk), R. Zagoruiko (Tallinn) jt. O. Romaniko (Alma-Ata) ja E. Valdre (Tallinn) ettekandeist ilmnnes, et Tartu arstide ravimeetodeid kasutatakse ka väljaspool kodulinna.

Muudele silmahaiguste ravi aktuaalsetele küsimustele olid pühendatud G. Dambite (Riia), L. Schotteri ja Ö. Kaigi ning A. Araku (Tartu) tööd.

Konverentsi ajal oli TRÜ klubis päevakohane näitus. Eksponeeriti Tartu

silmakliiniku ja oftalmoloogiakateedri juhatajate fotosid ning viimase 100 aasta vältel avaldatud tähtsamaid töid. Esimene oftalmoloogia-alane dissertatsioon kaitsti Tartus 1802. a., mis ühtlasi osutus esimeseks sel alal kaitstud dissertatsiooniks Venemaal. Näitusel demonstreeriti ka professor L. Schotteri konstrueeritud instrumente (kokku 47) ja kirurgilise ravi meetodeid (arvult 22).

Juubelikonverentsi ajaks ilmus konverentsi tööde kogumik, mille mahust kolmandiku moodustasid meie vabariigi teadlaste ettekanded.

Külalistele korraldati ekskursioone TRÜ raamatukogusse, Tartu ajaloolistesse paikadesse ning Tallinna.

Aleksei Papanov

XII teaduslik sessioon Kohtla-Järvel.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut on ainuke arstiteaduslik uurimisasutus, kus tegeldakse tööhügieeni ja kutsehaigustega põlevkivitööstuses. 1950. aastast alates on instituudi kollektiivil traditsiooniks kohtla-järvelastele uurimistulemustest aru anda. Järjekordne, XII sessioon toimus 30. ja 31. oktoobril 1968. aastal Kohtla-Järvel.

Sessioonil arutati paari viimase aasta jooksul instituudis tehtud uurimistöid. I. Maripuu, I. Puussaare, B. Schamardini ja J. Paulsoni ettekanded käsitlesid mittespetsiifilisi kroonilisi kopsuhaigusi põlevkivitööstusel. A. Luts andis ülevaate ülemiste hingamisteede patoloogiaga võitlemise tähtsusest respiratoorse süsteemi haiguste profülaktikas. Tööstustolmu osatähtsusest kopsuümfüseemi patogeneesis rääkis V. Kung. Tolmu patoloogia probleeme puudutas ka H. Annuse töö.

H. Kahn, A. Sillam ja B. Schamardin informeerisid sessioonist osavõtjaid põlevkivifenoolidega kokku puutuvate tööstuste meditsiinilise uurimise tulemustest. B. Karpunin, G. Feoktistov ja B. Schamardin peatusid isekallutaja-autode juhtide töötingimustel ja tervislikul seisundil. I. Akkerberg, B. Karpun-

nin, G. Feoktistov ja P. Krooni aga hindasid töötingimusi tahke soojuskandjaga utteseadmel.

Põlevkivitoodete (õlide, fenoolide) toksikoloogilise uurimise tulemustele olid pühendatud H. Jänese, I. Maasiku ja E. Blinova, H. Künamae ning T. Kleemeieri, samuti I. Veldre ja U. Kirso ettekanded.

A. Sarap ja Kiviõli Linna Haigla peaarst M. Landau ning Kiviõli Põlevkivikeemia Kombinaadi TTO ja juhtimise tootmisharuosakonna ülem V. Livšits puudutasid töö teaduslikku organiseerimist meditsiinasutustes.

Sessioonil esinesid ka Eesti NSV ja Leningradi oblasti põlevkivibasseini arstid. Kohtlajärvelased V. Šapiro ja A. Tšadin kõnelesid kopsuemfüseemi röntgenoloogilis-funktsionaalsest diagnoosimisest põlevkivitööstel, O. Golovtsov klimakteeriumist Kohtlajärve Põlevkivitöötlemise Kombinaadi naistööstel, E. Jerjomina nimetatud kombinaadi tsehhiarsti tööst, G. Volkov Slantsõ linna õhu saastumisest ja M. Tsivjan Slantsõ põlevkivikombinaadi heitvete mõjust lahtistele veekogudele.

Külalistena võtsid osa professionipatoloogid ja toksikoloogid Moskvast, Kiivist, Kuibõševist, Riias, Tartust ja mujalt. Kokku arutati 30 ettekannet, mille teesid avaldati trükis.

Harri Jānes

Tööhügieeni ja kutsehaiguste alane konverents ja sümposium. 26. ja 27. augustil 1968. a. toimus Riias Läti NSV Tervishoiu Ministeeriumi, Riia Meditsiiniinstituudi ning NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Tööhügieeni ja Kutsehaiguste Instituudi poolt korraldatud tööhügieeni ja kutsehaiguste alane konverents koos sümposiumiga. Selle teemaks oli «Tööhügieeni ja kutsehaigused antibiootikumide tootmisel».

Ettekannetest väärivad märkimist need, mis käsitlesid tööhügieeni antibiootikumide tootmisel ning kutsehaigusi antibiootikumidega kokkupuutuvatel meditsiinitöötajatel (L. Israieliet, G. Šteinberg, S. Ašbel, V. Paustovskaja, P. Tamošaitis jt.). Selgus, et antibiootikumid võivad avaldada allergiseerivat toimet (näiteks protseduurikabineti meditsiiniõdedel on 30...50%-l juhtudest täheldatud

positiivseid nahaproove antibiootikumide suhtes, on diagnoositud ka allergilisi haimoriite, sinusiite, dermatoose, bronhiaalastmat jm.) ning toksilist toimet organismi (eriti soolestiku) mikrofloorasse. Antibiootikumid võivad põhjustada vegetatiivse närvisüsteemi düstooniat, polüneuriite, kuulmishäireid, kardiovaskulaarse süsteemi häireid. Soolestiku düsbakterioosi väljenduseks võib olla enterokoliit, sageli raske kuluga, mis kombineerub muude kandidoosi nähtudega. Nii ettekannete autorid kui ka sõnavõtjad pidasid vajalikuks profülaktikaabinõude tõhustamist antibiootikumidest põhjustatud kahjustuste ärahoidmiseks. Tuleks nõuda, et protseduure (süstalde täitmine, loputamine jne.) toimetataks tömbekappides, et antibiootikumide manustamiseks ettenähtud inhalatoriumides ehitataks kabiinid ning tõmbeventilatsiooniseadmed iga antibiootikumipihusti kohal, korraldataks perioodilisi läbivaatusi koos mükoloogiliste analüüsidega.

Eesti NSV-st esitasid konverentsil ettekande «Kutsehaiguste uurimine Eesti NSV-s» I. Maripuu ja B. Schamardin.

Konverentsi materjalid on avaldatud trükis (Актуальные вопросы гигиены труда и профессиональной патологии. Материалы конференции. Рига, 1968, 163 стр.).

Boris Schamardin

Üleliiduline nõupidamine. 24. kuni 28. septembrini 1968. aastal toimus Minskis üleliiduline nõupidamine sanitaar- ja epidemioloogiajaamade laboratooriumide töökogemuste vahetamiseks.

Plenaaristungitel esitasid NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi, liiduvabariikide tervishoiu ministeeriumide, sanitaar- ja epidemioloogiajaamade ning teadusliku uurimise instituutide töötajad huvipakkuvaid ettekandeid. Nendest selgus, et laboratooriumide arv on pidevalt suurenenud ning nende töönäitajad paranenud, samuti on laienenud uurimiste maht, kusjuures on kasutusele võetud mitmeid uusi meetodeid. On avatud uusi viroloogia-, radioloogia- ja toksikoloogialaboratooriume, uusi pestitsiidide jääkhulkade ja atmosfääri

saastumise uurimise osakondi, on rakendamist leidnud füüsikalisk-keemilised analüüsimisviisid. Paljude suurte sanitaar- ja epidemioloogiajaamade laboratooriumid on muutunud sanitaararstide ning epidemioloogide teaduslik-praktilise tegevuse baasiks.

Nõupidamisest võttis osa ka Eesti NSV delegatsioon tervishoiu ministri asetäitja O. Tamme juhtimisel. Tema ettekandes «Eesti NSV sanitaar- ja epidemioloogiajaamade laboratooriumid ning nende arengu perspektiivid» märgiti, et vabariigi kõikides sanitaar- ja epidemioloogiajaamades, samuti haiglate sanitaar- ja epidemioloogiaosakondades on laboratooriumid olemas. Seejuures on laboratooriumide bakterioloogiaosakonnad paremini seadmetega varustatud ja kaadriga komplekteeritud kui sanitaar- ja hügieeniosakonnad. Viimaste tegevuse laiendamisele ongi vabariigis peamine tähelepanu pööratud. Laboratooriumides on kaasaegne aparatuur (fotoelektrikolorimeetrid, spektrofotomeetrid, vibrograafid, kromatograafid, stereomikroskoobid). Peab aga märkima, et laboratooriumiseadmete tellimused jäävad mõnikord täitmata.

Nõupidamise ajal toimus töö veel kahes sektsioonis: sanitaar- ja hügieeni- ning mikrobioloogiasektsioonis. Neil istungitel arutati laboratoorse töö meetodikat. Esimese sektsiooni istungitel äratas tähelepanu Tartu Linna Sanitaar-Epidemioloogiajaama sanitaarkeemia-laboratooriumi juhataja K. Ilmoja ettekanne koos rikkaliku demonstratsioonimaterjaliga. Autor kirjeldas oma meetodit, mis on mõeldud tööstusettevõtete õhus leiduvate orgaaniliste lahustite aurude määramiseks kromatograafia abil. Sel teel on õhuproovis ühel ja samal ajal võimalik kindlaks teha kuni 16 orgaanilist ainet. K. Ilmoja meetodi vastu tundsid huvi paljud keemikud ning soovisid autori meetodika omandada.

Mitmes ettekandes käsitleti laboratoorse töö organisatsioonilis-metoodilist juhtimist ja normeermist, teadusliku uurimise instituutide osatähtsust sanitaar- ja epidemioloogiajaamade laboratooriumide tegevuse korraldamisel jm.

Üleliiduline gerontoloogide konverents ja seminar. Konverents korraldati 15. kuni 17. oktoobrini 1968. a. Kiievis. Kõne all oli gerofarmakoloogia. 18. kuni 24. oktoobrini leidis aset üleliiduline seminar geriaatriakabinetide arstidele.

Konverentsil käsitleti mitmesuguseid probleeme, nagu farmakonide toimeorganismisse sõltuvalt east, ravimite manustamine vanemaealistele südame-, veresoonte ja närvisüsteemi haiguste korral. Samuti arutati vitamiinikomplekside, fermentide, mikroelementide, anaboolsete hormoonide ja koepreparaatide kasutamist geriaatrias.

Konverentsist võttis osa üle 400 arsti ja teadusliku töötaja. Eesti NSV-st viibisid nii konverentsil kui ka seminaril L. Mardna ja allakirjutanu.

Artemi Vapra

Üleliiduline nõupidamine sanitaarharidustöö alal toimus 15. kuni 18. oktoobrini 1968. a. Leningradis. Arutati meditsiini- ja hügieenialaste teadmiste propaganda plaani (aastaks 1965...1970) täitmist. Nõupidamisest võtsid osa liiduvabariikide tervishoiu ministrid või nende asetäitjad. Põhiettekande esitas NSV Liidu tervishoiu ministri asetäitja P. Burgasov, ettekannete või sõnavõttudega esinesid veel NSV Liidu Kultuuriministeeriumi, NSV Liidu Kinematograafia Komitee, NSV Liidu Radio- ja Televisioonikomitee, NSV Liidu Kirjastuskomitee ja paljude teiste keskasutuste töötajad.

Nõupidamise viimasel päeval tutvuti Leningradi Tervishoiu Muuseumi tegevuse ja sanitaarharidustöö korraldusega sealsetes tervishoiuasutustes.

Ettekannetest ja sõnavõttudest jäid kõlama mitmed põhimõtted, millest võiks märkida kolme.

1. Sanitaarharidustöö kompleksplaani täitmisele peavad kõik ametkonnad kaasa aitama, koostööd aga juhivad meditsiinitöötajad.

2. Muude töövormide kõrval on eluõigus tarvis anda arsti nõuannetele. Arsti nõuannete osatähtsuse vähendamine meditsiinialaste uudiste ja informatsiooni arvel jätab elanikkonna ilma paljudest teadmistest. Pealegi võib uudiste järelemõtlematu esitamine elanikkonna ja meditsiinitöötajate vahel arusaamatusi põhjustada.

Ivan Sierbakov

3. Raadio ja televisiooni kaudu tehtav tervishoiualane selgitustöö ei ole küllaldane.

Meie vabariigist olid nõupidamisel Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja

O. Tamm, Vabariikliku Sanitaarhariduse Maja peaarst T. Raudsepp ja Tallinna Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama arst M. Päsok.

Tiiu Raudsepp

Tähtpäevad

MIHKEL ELLER ÜLE POOLE SAJANDI MEDITSIIINIPÖLLUL

12. novembril 1968. a. tähistati pidulikult vabariigi ühe vanema praktiseeriva arsti Mihkel Elleri 80. sünnipäeva.

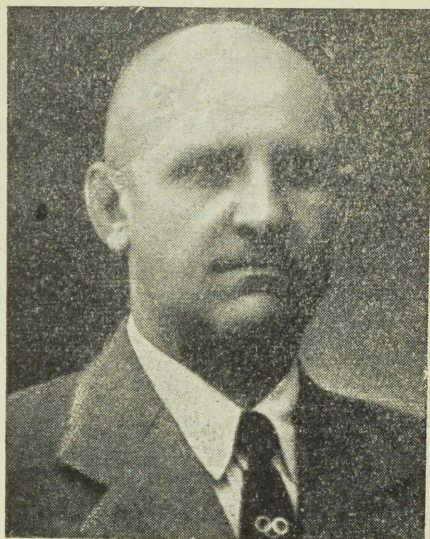
M. Eller sündis 12. novembril 1888. a. Tartumaal Rõngu vallas. Alghariduse sai ta Astuvere külakoolis ja Uderna ministeeriumikoolis, keskhariduse omandas Tartus Hugo Treffneri eragümnaasiumis. 1913. a. astus M. Eller Tartu ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 1917. a. *cum laude*.

Praktilist tööd alustas juubilar 10. juunil 1917. a. sõjaväearstina. 18. märtsil 1918. a. asus M. Eller tööle Kambjas (Tartumaal) kihelkonnaarstina. 1924. a. märtsis läks ta Võnnusse jaoskonnaarstiks. 1. detsembrist 1936. a. kuni 30. novembrini 1948. a. oli ta Tartu ümbruse jaoskonnaarst. Seega töötas juubilar Tartu maakonna tervishoiuvõrgus üle 30 aasta.

Aastail 1950...1956 oli M. Eller Tartu Linna Kliinilise Haigla polikliiniku arst. 1956. aastast kuni tänaseni on juubilar töötanud Tartu Riikliku Ülikooli arstipunktis. Rohkem kui paarikümmend aastat on ta täitnud Tartu linna ja rajooni riikliku kindlustuse inspektuuri usaldusarsti ülesandeid.

M. Eller on aktiivselt kaasa löönud ühiskondlikus elus. 1925. a. valiti ta Võnnu Põllumeeste Seltsi aseesimeheks ja seejärel esimeheks, millisele kohale jäi kümneks aastaks.

Silmapaistvad on juubilari teened maa-arstide koondamisel. Vabariigi Jaoskonnaarstide Seltsi asutamisest ala-



tes kuulus M. Eller selle juhatusse ja 1928. aastast kuni seltsi likvideerimiseni (1940. aastal) oli selle esimeheks. Jaoskonnaarstide selts hoolitses liikmete kvalifikatsiooni tõstmise eest ning abistas neid mitmesuguste majandusprobleemide lahendamisel. M. Eller tegutses ka kodanliku Tervishoiu Peavalitsuse juures asuvas kõrgemas nõuandvas organis — tervishoiu nõukogus. Ta kuulus Arstide Koja koosseisu ning oli selle distsiplinaarkohtu üks liikmeid.

Oma tööülesandesse on M. Eller alati suhtunud kohusetunde ja täpsusega. Kõrgele eale vaatamata on temas säilinud nooruslik reipus ja hea tuju, millega nakatab ka kaastöötajaid. Tänu meenutavad teda kümned tuhanded patsiendid.

Soovime juubilarile tugevat tervist ja raugematut indu armastatud tööpöllul.

Maido Sikk

**PROFESSOR
PAVEL BOGOVSKI
50-AASTANE**

10. märtsil 1969. a. saab poole sajandi vanuseks meie vabariigi viljakamaid teadlasi ja energiline vähktõve vastu võitleja, NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige arstiteaduse doktor professor P. Bogovski.

Pavel Aleksandri p. Bogovski sündis Tartus arsti perekonnas. Lõpetas 1937. a. H. Treffneri gümnaasiumi ja astus sama aasta sügisel Tartu ülikooli arstiteaduskonda. Suure Isamaasõja alguseks oli ta lõpetanud 4 kursust. Evakueerus koos perekonnaga Kasahhi NSV-sse, Alma-Ata oblastisse, kus lühikest aega töötas jaoskonnaarstina. 1942. a. aprillis jätkas õpinguid Kasahhi Riiklikus Meditsiiniinstituudis, mille ravifakulteedi lõpetas 1943. a.

Pärast sõjaväearstide täienduskursuse lõpetamist lähetati P. Bogovski 1943. a. Eesti Laskurkorpusesse, kus teenis sõja lõpuni. Pärast Isamaasõda töötas laskurpolgu vanemarstina kuni demobiliseerimiseni.

Demobiliseerimise järel astus P. Bogovski aspirantuuri patoloogilise anatoomia erialal. 24. juunil 1949. a. kaitses Tartu Riikliku Ülikooli juures väitekirja teemal «Vaegtoite ja glükoosüstete mõjust haava organisatsioonilise protsessi morfoloogiale (maksas)», mille põhjal talle anti arstiteaduse kandidaadi kraad. 1954. a. omistati talle vanema teadusliku töötaja kutse patoloogilise anatoomia erialal.

1949. a. alates töötab juubilar Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis, algul teadusliku sekretärina, siis morfoloogialaboratooriumi juhatajana ja direktori asetäitjana ning 1953. a. alates direktorina kuni välismaale siirdumiseni.

Eesti põlevkivitoodete kantserogeensete omaduste uurimisega pani P. Bogovski 1951. a. aluse eksperimentaalsele onkoloogiale vabariigis, seostades seda instituudis arendatavate toksikoloogia-, tööhügieeni- ja kutsehaiguste-alaste töödega. Tema algatusel hakati instituudis vähktõve epidemioloogiat uurima.



P. Bogovski on palju teinud instituudi struktuuri väljaarendamiseks ja uue hoonete kompleksi rajamiseks Hiiul.

1961. a. kaitses P. Bogovski Lenigradi Sanitaar-Hügieenilise Meditsiiniinstituudi juures väitekirja «Eesti põlevkivi töötlemise saaduste kantserogeenne toime», mille põhjal talle anti arstiteaduse doktori kraad. 1962. a. sai ta professorikutse patoloogilise anatoomia ja onkoloogia erialal. 1965. a. valiti professor P. Bogovski NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliikmeks.

Juubilar on lisaks kahele monograafiale trükkis avaldanud üle 50 teadusliku töö, mis on huvi äratanud nii kodu- kui ka välismaa teadlaste hulgas. Tuleb rõhutada, et P. Bogovski uurimustel on praktiline tähtsus, sest nende põhjal on välja töötatud mitmed abinõud kutsekasvajate ärahoidmiseks. Selles suunas on ta teinud ka mitmekülgset organisatsioonilist tööd.

P. Bogovski on NSV Liidu Tervishoiu Ministeriumi juures asuva komitee liige, mis tegeleb kantserogeensete ainetega, samuti Rahvusvahelise Vähi vastu Võitlemise Liidu liige. Professor P. Bogovski on külastanud USA, Saksa DV, Poola ja Jaapani uurimis- asutusi ning osa võtnud mitmest rah-

vusvahelisest onkoloogide kokkutulekust.

Väga mitmekülgne on olnud juubilarilise ühiskondlik ja organisatsiooniline tegevus. Ta on tegelnud meditsiinilise terminoloogiaga, tõlkinud V. Tonkovi ja N. Kolesnikovi anatoomia-õpikud eesti keelde, on «Eesti Nõukogude Entsüklopeedia» ühiskondliku meditsiinosakonna juhataja ning oli «Nõukogude Eesti Tervishoiu» toimetuse kolleegiumi liige. P. Bogovski on kirjutanud ka populaarteaduslikke artikleid, pidanud loenguid, esinenud raadios ja televisioonis vähktõve profülaktikast.

1946. a. alates on P. Bogovski NLKP liige. Aastatel 1963...1967 oli ta Eesti NSV Ülemnõukogu saadik, tegutses tervishoiu- ja sotsiaalkindlustuskomisjoni esimehe asetäitjana. Ta on olnud Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi õpetatud meditsiinilise nõukogu esimees ja kuulub TRÜ Arstiteaduskonna õpetatud nõukogu koosseisu.

Suurest Isamaasõjast osavõtu eest on P. Bogovskit autasustatud medalitega «Lahinguliste teenete eest», «Võidu eest Saksamaa üle Suures Isamaasõjas aastail 1941—1945» ja «Ennastalgava töö eest Suures Isamaasõjas aastail 1941—1945». 1967. a. autasustati P. Bogovskit Lenini ordeniga väga aktiivse tegevuse eest ühingu «Teadus» meditsiinilise propagandateaduslik-metoodilise nõukogu esimehena.

1968. a. jaanuaris lähetati professor P. Bogovski Prantsusmaale Ülemaailmse Tervishoiu Organisatsiooni rahvusvahelisse vähiuurimise keskusse, kus ta jätkab tööd nii kantserogeenide kui ka vähktõve epidemioloogia alal.

Soovime tublile teadlasele veel pikakadeks aastateks head tervist ja edasist indu võitluses inimkonna ühe kurjema vaenlase — vähktõve vastu.

Surume kätt!

Kolleegid

Meditsiinitehnika

TALLINNA VABARIIKLIKU ONKOLOOGIA DISPANSERI RADIODIAGNOSTIKA APARATUURIST

Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris on juba aastaid kindlat kurssi hoidnud kõige ajakohasemale diagnoosimismetoodikale — uurimisele radioaktiivsete isotoopide abil. Onkoloogidele tähendab see diagnoosimisprotsessi lühemaks, menetluste lihtsamaks ja diagnoosi usaldusväärsemaks muutumist, varajase diagnoosimise täiustamist, mis kasvajate ravis on erilise tähtsusega.

Dispanseri radiodiagnostika laboratoorium alustas tegevust 1968. aasta kevadel. Ta on sisustatud täiesti uue aparatuuriga, mis igale meedikule meditsiinitehnika seisukohalt võiks huvi pakkuda.

Ungari firma «Gamma» radiodiagnostika aparatuur koosneb gammatopograafist, neljast ühe kanaliga analüsaatorist, neljast intensimeetrist ja statiividest andurite paigutamiseks. Iga analüsaatori komplekti kuulub stsintillatsioonandur vahetatavate kris-

tallidega, mis võimaldavad registreerida alfa-, beeta- ja gammakiirgust. Väikeste ja väga väikeste aktiivsuste mõõtmiseks on laboratooriumis nn. tinamajakased, milles loodusliku kiirgusfooni segav mõju mõõtmistele on tunduvalt väiksem. Lisaseadmed võimaldavad radioaktiivseid preparaate mõõta nii tahkes, vedelas kui ka gaasilises olekus.

Radioaktiivsete isotoopide kasutamine haiguste diagnoosimisel põhineb nende omadusel elusorganismis selektiivselt jaotuda ja ladesuda. Esialgu jaotub radioaktiivne substants organismis difuusselt. Kuid juba mõne aja pärast, sõltuvalt sellest, missugust radioaktiivset isotoopi kasutati, ladestub ta elunditesse, mis manustatud elemendi suhtes on afiinsed. Et radioaktiivsed isotoobid organismis edasi lagunevad, s.t. kiirgavad, siis on kiirguse asukohta ja intensiivsust tundlike seadmete abil võimalik registreerida ning mõõta, mõlemaid graafiliselt fikseerida

ja seega elundi talitlusest ning võimalikust patoloogilisest protsessist üsnagi täpse pildi saada.

Tutvume *gamma topograafia* (firma nimetusega «Gamma Scintikart»), mis Eesti NSV-s on praegu ainulaadne. Asjaomased nimetavad teda ka «skänneriks» (inglise k. *scanner*; *scan* = täpselt uurima; pilti punktideks lahutama).

Aparaati kasutatakse siseelundite toopiliseks uurimiseks. Eriti väärtuslikku informatsiooni annab ta maksa ja neerude kohta, kuid on usaldatav vahend kasvaja ja selle metastaaside kindlakstegemisel ka luudes (gammatopograafi abil on skeletti võimalik uurida kogu ulatuses), kilpnäärmes ja mujal. Aparaadist kui uudisest kirjutasime mõne lausega juba tema dispanserisse saabumisel (vt. Nõukogude Eesti Tervishoid 1967, 3, 163—167). Nüüd võime teda täie koormusega igapäevases töös näha (vt. tahvel II).

Uurimisele tuulakse patsient, kellele oletatakse patoloogilisi muutusi maksas. Talle süstitakse kolloidlahusena veeni väike annus (180...200 mikroküriid) radioaktiivset kulda (¹⁹⁸Au), mis elunditest kõige rohkem ladestub just maksa. Kui saabub aeg, mil preparaat maksarakke maksimaalselt täitma peaks, asetatakse patsient aparadi alla selili, topograafi stsintillatsioonandur pannakse uuritava elundi kohale ja aparaat lülitatakse vooluvõrku. Automaatselt juhitud sünkroonmootor hakkab andurit maksa kohal konstantse kiirusega edasi-tagasi liigutama. Seejuures alustab ta iga uut teekonda üle maksa kas 3, 6 või 12 mm võrra eelmisest paremal (või vasakul) nii, kuidas seade reguleeritakse. Nii viisi kompab ta kogu elundi süstemaatiliselt, rida-realt läbi.

Anduri keskosas on talliumiga aktiveeritud naatriumjodiidikristall. Iga gammakvant, mis radioaktiivse isotoobi lagunemisel elundist kiirgub, kutsub kristallis esile valgus-sähvatus (stsintillatsiooni). Kristall on ühendatud fotokordistiga, mis valguse muundab elektrilisteks impulssideks. Kiirguse registreeritakse ja elektriliste impulsside keskmine sagedus mõõdetakse intensimeetris. Viimase väljundis on elektromagneetiline süsteem, kus muundatud ja võimendatud signaalid väikese hoova löökidena valgele paberile fikseeritakse. Uurimise lõpul on paber kaetud kriipsukestest koosneva graafilise kujutisega, mis jämedates joontes annab edasi uuritava elundi kuju ja suuruse. See ongi stsintigramm. Seal, kus radioaktiivse isotoobi kontsentratsioon on olnud suurem, paiknevad kriipsukesed tihedamini ja kujutis on kontrastsem. Vähirakkudesse ladestub kulda vähe. Neisse kohtadesse jäävad stsintigrammil heledad laigud. Niiviisi fikseeritakse stsintigrammil patoloogiliste muutuste asukohad, nende ulatus ja isegi struktuur, sest joonis ütleb uurijale, kas muutused on koldeised või difuused.

Kui üks stsintigramm elundist teha patsiendi selili- ja teine küliliasendis (mõlemad menetlused kokku kestavad ümmarguselt tund aega), saadakse elundi maht. Mahu andmetel on juba lihtne arvutada elundi kaalu. «Gamma»-kompleksi kuuluvad neli ühe

kanaliga analüsaatorit, mis on osutunud tõhusaks vahendiks elundite talitluse uurimisel. Nende abil tehakse laboratooriumis radiohepatogramme, radiorenogramme, radiokardiogramme, jälgitakse vereringe kiirust ning määratakse vere puhastumus (*clearance*). Ühel aparadil on kolm stsintillatsioonandurit. Need võimaldavad jälgida radioaktiivse isotoobi ladestumist ja elimineerumist üksikutes elundites. Füüsikaline töötamisprintsip on aparadil üldjoontes samasugune kui gammatopograafil. Kui aga topograaf annab elundist staatilise kujutise, siis kõnesolev aparat võimaldab jälgida manustatava elemendi teekonda dünaamikas ning registreerib selle graafilise pildina vastavate kõverate kujul. Selle aparadi tööle hakkamisel pannakse kõigepealt kohale andurid ja alles siis alustatakse radioaktiivse isotoobi manustamist. Ainult nii on viimase kulgu organismis esimesest hetkest alates võimalik silmas pidada. Andureid võib asetada maksa, neerude, südame, peensoole või mis tahes elundi kohale. Radioaktiivsete isotoopide ladestumise ja elimineerumise nähtused tervete elundite puhul on tuntud, tuntud on nende ladestumise ja eraldumise kõverad ka elundite haiguste korral. Andmed elundi seisundist saab niisiis võrdlemise teel.

Kilpnäärme talitluse uurimiseks kasutatakse üht ühe kanaliga analüsaatorit. Patsiendile antakse radioaktiivset joodi (¹³¹J). Pärast 2 ja 24 tunni möödumist vaadeldakse, kas ja kui palju joodi on kilpnäärmesse ladestunud.

Seesama aparat on asendamatu pindmiste kasvajate diferentsiaaldiagnoosimisel ning nende maligniseerumise astme määramisel. Seejuures on vajalik radioaktiivne fosfor (³²P). Menetlus on lihtne. Haigele antakse fosforit, seejärel mõõdetakse fosfori kogunemist kasvaja kohal. Pahaloomulistes kasvajatessse ladestub fosforit rohkem, healoomulistes vähem.

Kui radioaktiivne kuld ja jood annavad gammakiirgust, siis radioaktiivse fosfori lagunemisel tekib beetakiirgus. Viimase läbivus on sadu kordi nõrgem ja seetõttu ta ongi kasutatav peamiselt pindmiste haiguskollete uurimiseks.

Tallinna Vabariiklikul Onkoloogia Dispanseril on kavatsus laboratooriumi sisustust veelgi täiendada, ka mõnede kodumaiste aparatidega, mis praktikas välismaistest paremaks on osutunud.

Diagnoosimisel radioaktiivsete isotoopide abil saavad patsiendid suhteliselt väikese kiirgusannuse. See on enamasti nõrgem kui röntgenoloogilise uurimise korral. Manustamine toimub indikaatordoosidena 2...250 mikroküriid. Näiteks kilpnäärme talitluse uurimisel on manustatava radioaktiivse joodi annuse aktiivsus ainult 2...3 mikroküriid. Uurimisel kasutatakse just selliseid isotoope, mille poolestusaeg on lühike. Suunda hoitakse selle poole, et kasutada veelgi lühema poolestusajaga isotoope, näiteks ¹³²J, mille saamiseks laboratooriumil on häid väljavaateid.

EESTIKEELSE LOGOPEEDIA-ALASE TERMINOLOOGIA KÜSIMUSI

ESTER LEPIK

Tallinn

UDK 371.927:413.164

Termini ehk oskussõnaga märgitakse mingit täpselt piiritletud mõistet teaduses, tehnikas ja kunstis. Terminid on vajalikud selleks, et inimesed erialases suhtlemises üksteisest mööda ei kõneleks. Hästikorraldatud terminoloogia osutab rahva keelekultuuri kõrgele tasemele.

Termineid soetatakse keelde esmajoonelae n a m i s e teel. Selliselt tulevad keelde rahvusvahelised võõrsõnad, mida kasutatakse peaaesjalikult erialases suhtlemises. Populaarteaduslikes artiklites ja vestlustes on aga väga sageli vaja rahvusvaheliste terminite kõrval eesti omasõnalisi vasteid. Enam kui kahe oskussõna, s. o. rahvusvahelise ja omasõnalise termini kasutamine ühe mõiste tähistamiseks pole otstarbekas. Kui tarvitusel on rohkem sõnu, tuleb nende seast teha valik. Eriala ja emakeele seisukohalt kõige sobivama sõna valib terminoloogiakomisjon, selle otsuse õigsuse kinnitab aja jooksul oskussõna tarvitajaskond.

Emakeelsete terminite saamiseks kasutatakse tõlkelaene. Nende puuduseks on enamasti pikkus (3—4 sõna), mis teeb nad pigem mõiste seletuseks kui terminiks. Parem tee omasõnaliste terminite leidmiseks on tuletusliidete kasutamine ja uute tüvede laenamine murretest või nende kunstlik loomine. Termini valimisel ja loomisel tuleb arvestada, et sõna hakkab kandma seda tähendust, mis tarvitajad talle annavad. Sealjuures on oluline, et sõna oleks lühike, et sellest saaks tuletada teisi, sisult lähedasi sõnu ja et tüvi sobiks keele üldisesse süsteemi.

Vabariiklik logopeediasektsioon pidas vajalikuks seoses kõneravikorralduse arenguga vabariigis ühtlustada oskussõnavara kasutamist ja ühes sellega välja astuda mõnede terminiks sobimatute või tähenduselt ebatäpsete sõnade

kasutamise vastu. Eesti NSV Teaduste Akadeemia juures tegutseva ametkondadevahelise terminoloogiakomisjoni (ATK) soovitusel moodustati viieliikmeline logopeedia-alase terminoloogia alakomisjon koosseisus prof. dr. A. Kask (keeleteadlaste esindaja, ATK esimees), prof. dr. E. Siirde (arstide esindaja), logopeedid A. Karu Tartust, E. Lepik Tallinnast ja miimikute kooli direktor A. Reigo.

Alakomisjoni koosolek toimus Tartus 15. mail 1965. a. Eelnevalt oli ajakirjanduses 1920.—1964. a. ja suulises pruugis tarvitatud logopeedia-alased sõnad kokku kogutud ja kitsaskohti tutvustatud Tartu ja Tallinna logopeedidele, vabariiklike kliiniliste haiglate LOR-osakondadele Tallinnas ja Tartus, psühhoneuroloogiadispenseriile Tallinnas, kurtide ja miimikute koolide kollektiividele, TRÜ eesti keele kateedril ja TA sõnaraamatute sektorile.

Kuivõrd sõnaloetelu ja ettepanekutega tutvuti, olenes vahendajate aktiivsusest. Uued ettepanekud arutas läbi nimetatud terminoloogia-alakomisjon, kusjuures tehti katset korraldada logopeedia-alased terminid teatud süsteemi. Kinnitatud terminid paljundati Eesti NSV Haridusministeeriumis ja saadeti vabariikliku logopeediasektsiooni poolt kõigile asjast huvitatud isikutele kasutamiseks. Uusi ettepanekuid järgnenud kolme aasta jooksul ei tehtud, küll aga nõudis elu hiljem veel mõnede uute terminite kasutuselevõtmist, mida toetas logopeediasektsioon.

Alljärgnevalt on tähtsamaid terminoloogiakomisjoni seisukohti lähemalt tutvustatud.

Logopeedia — kõneravi. Terminoloogia-alasel nõupidamisel otsustati põhisõna *ravi* kasuks, sest enamikel juhtudest tuleb kõne parandamiseks

kasutada õige kõne õpetamise kõrval teisigi mõjustamisviise (farmoko-, psühhoteraapia jm.). Terminit logoteeraapia võib kasutada ainult tähistades sõnade, kõnega ravimist, s. o. harjutusravi.

Logopaatia vastena sobiks kasutada kõnehälbed. Kõnehäire on väga levinud sõna ja seda ei tule lugeda valeks, kuid pärast Teist maailmasõda on sõna *häire* alarmi-varjund sedavõrd valitsevaks saanud, et ka defektoloogias (ja meditsiinis) oleks otstarbekohane jätta sellele sõnale ohule viitav funktsioon, s. t. et mingi patoloogiline seisund on tekkimas. Kõnepatoloogias kannaks anomaalne seisund aga nimetust kõne defekt e. kõne puue. Kõnehälve on seega kõige laiem mõiste, mille alla kuuluvad kõik normaalsest kõnest kõrvalekaldumised, sealhulgas ka ealised ja isikupärased iseärasused; kõnehäire tähistab ajutist, lühiajalist kõnevääratust, kuid mõnel juhul on algava haiguse signaaliks. Kõne puue e. kõne defekt on patoloogiline seisund ja selle kõrvaldamine vajab erimeetodeid. Kõnevig a märgib konkreetseid vääratusi suulises kõnes, näit. «Mitu kõnevig a ta tegi oma esinemisel?»

Logopaat — kõnehälvik. Ei ole isult õige kasutada sõna *kõnehaige*. On ilmselt puudulik vastandada ainult kahte seisundit *terve*—*haige*, sest on olemas veel kolmas olukord, mis on seotud väära-rengu, vigastuse vm. Nii-suguste anomaaliatega või defektidega inimeste hulka kuuluvad ka logopaadid, kes pole ei haiged ega ka terved nende sõnade otseses tähenduses. Seepärast oleks omasõnaliseks vasteks sobiv ja eelmisest rühmast (logopaatia) keeliselist hästi tuletatav termin *kõnehälvik*.

Kõnepuuded otsustati vastavalt kõne komponentidele jagada *häälde*-, *hääle*- ja *väljenduspuueteks* (-*hälveteks*), kusjuures väljenduspuuded on kindlasti tsentraalse iseloomuga (alaalia, afaasia, kogelus).

Kõne defekti kui seisundi nimetuses peeti soovitavaks kasutada sufiksit *-us*, niisiis *kogelus*, mitte *kogelemine*.

Mingi funktsiooni puudumist märgib sufiks *-tus*, näit. *hääletus* e. afoonia, *kõnetus* e. alaalia.

Prefiksit *düs-* otsustati logopeedialases terminoloogias tõlkida sõnaga

vaeg, näit. *düsalaalia* — *vaeghääl* -*dus*, *düsgraafia* — *kirjutamis* -*vaegus*, *düsfoonia* — *vaeghääl* -*sus*.

Edasi mõned märkused orgaaniliste defektide kohta hääldeaparaadis. Ebasobivaks tuleb pidada rahvasuus levinud nimetusi *hundikurk* ja *jänesemokk*. Kuid siiski need sõnad ei sobi inimese defektse seisundi märkimiseks. Nende asemel soovitati kasutada *lõhikuulagi* ja *lõhikuul*, mis sobivad seda enam, et ka meditsiinis leiavad üha enam kasutamist *palatoschisis* ja *cheiloschisis* vananenud *labium leporinum* asemel. Siinkohal tuleks märkida, et lõhikuulaest tingitud kõne defekti nimetatagu *palatolaaliaks* või *rinolaaliaks* (ninahäälde). *Rinofoonia* kasutamine ei ole soovitatav, sest kõris asuv hääldeaparaat on kõne all oleva defekti korral kahjustamata ja tegemist on üksnes manustoru (s. o. hääldeusundite) anomaaliaga.

Arusaamatus tekkis *kidakeelsuse* kasutamisel kapatsismi vastena, sest keelekida (*frenulum linguae*) lühidus häälendamist ei mõjosta. Õigem on nimetada kidakeelsuseks keeletipu liikumist takistavat keelekida lühidust (*lingua accreta*) ja eristada selles astmeid: täielik kidakeelsus (nn. kinnikasvanud keel), märgatav kidakeelsus (keele tõstmise on võimalik, kuid keeletipp on suunatud allapoole), kerge kidakeelsus (keelekida on harilikust lühem, kuid ei takista keele tõstmist alveoolide juurde).

Nõrgenenud kuulmise tähistamiseks kasutati mõnda aega sõna *raskeltkuulmine* (ka *raskkuulmine*), mis oli tõlke-laen (sks. *Schwerhörigkeit*). See ei olnud õnnestunud liitsõna oma pikkuse ja mitmeti ebasobiva esikomponendi tõttu. Viimasel ajal on selle asemel hakatud kasutama sõna *nürmus*. Sõltuvalt kuulmisteravuse vähenemise protsendist võib *nürmus* olla kerge, märgatav või raske. Nõrgenenud kuulmisega inimene oleks sel juhul *nürmik*.

Seoses kogelusega on vajalik nimetada mõningaid sümptome. Põhisümptomideks on kahesugused krambid kõneaparaadis: toonilised e. pingesed krambid ja klooniilised e. va pluskrambid. Kui krambid laienevad näo- ja kaelalihastele, nime-

tame neid kaasliigutusteks (nimetatud ka primaarseteks liigutusteks). Mõnikord kasutab kogeleja kõnetõkestustest vabanemiseks mõnesuguseid harjumuslikke pea- ja käte liigutusi, mida nimetame eelmistest liigutustest eristamiseks kaastoiminguteks (sekundaarsed liigutused). Kaastoimingutest tuleb lahus hoida motoorne rahutus, mis esineb paljudel koolieelses eas kogelejatel, kuid ka teistel, närvilistel lastel. Kui kogeleja kasutab kõnes täitesõnu ja -silpe, nimetame sellist kõnet embolofraasia e. toppkõne. Logofoobia omasonaliseks vasteks on tõlkelaen kõnehirm.

Lõpuks olgu peatunud lühidalt väljenduspuute kaaluka rühma — tummuse — juures. Täielik või osaline tummus tähistab kõnevõime või -oskuse puudumist. Täielikku tummust esineb väga harva. Harilikult kõneleb tumm inimene vähemal või suuremal määral, kuid tema väljendusvõime on piiratud, agrammatiline. Tummuse võib jaotada järgmistesse liikidesse:

1) kurtum, kõneoskuse puudumine kurtuse tagajärjel;

Lisame E. Lepiku artiklile juurde kahe eriala esindaja — filoloogi ja arstiteadlase arvamused.

Et termineeritava mõistet õigesti edasiandva oskussõna loomine on võimalik üksnes selle eriala esindaja(te) ja keeleteadlas(te) koostöös, saan E. Lepiku artikli kohta avaldada ainult ühepoolseid, puht keeleinimese mõtteid.

Kirjutises esitatavad terminite loomise ja korrastamise üldised põhimõtted vastavad praegu teaduskeeles järgitavatele põhimõtetele.

Artiklis tuuakse võõrsõna ja sellele soovitatav eesti omasonaline vaste. Võrdlemiseks oleks hea, kui esitataks ka senised käibel olevad (olnud) vasted, ühtlasi toodaks põhjendused, miks need ei sobi (või polnud neid üldse olemas?). Sellel oleks veel see eelis, et vanade terminite suhtes osataks siis ettevaatlik olla.

Üksikute oskussõnade kohta:

Sellega, et *logopeedia* = kõneravi, võib

2) füsioloogiline tummus, lapse kõne arengus kõne-eelne, ettevalmistav periood (esineb mõnedel lastel lalisemisperioodi ja kõne tekkimise vahel);

3) alaalia e. kõnetus, sünnipärane kõnevõime täielik või osaline puudumine.

4) afaasia e. kõnekaotus, kõnevõime täielik või osaline kadumine mingi lokaalse ajukahjustuse tagajärjel.

5) mutism e. kõnelakkamus, ka *valiv afaasia*, kõnevõime kaotus seoses kindla isiku või situatsiooniga; sellele seisundile läheneb lastel suhteliselt sageli esinev kõnenegativism.

Käesoleva artikli eesmärgiks oli tutvustada logopeedia-alaseid termineid praeguses kujunemisjärgus. Arvesse võttes seda, et arstide ja logopeedide koostöö tulevikus kindlasti tõhusamaks muutub, on vaja kasutada üksteise paremaks mõistmiseks igati sobivaid termineid. Nagu eespool öeldud, kinnitab soovitatud terminid lõplikult tarvitajaskond teatud aja jooksul. Seejärel on artikli teine eesmärk anda valitud oskussõnad arutluseks ja saada uusi, paremaid ettepanekuid.

Tallinna I Lastehaigla

UDK 371.927:413.164(048)

nõustuda. Seejuures peab arvestama, et ravi ei ole siin mitte ainult ravimine kõige otseemas tähenduses, vaid ka õige kõnelemise õpetamine. Teatavat analoogiat võiks pakuda liitsõna keeleravi (õige keele õpetamine, keelelise väljenduse ravimine).

Logoteraapia (=harjutusravi) puhul tuleks jälgida, mis mõttes seda terminit muudes keeltes kasutatakse, et ei tekiks eesti ja rahvusvahelise pruugi vahel ebakõla. *Logoteraapiat* kui harjutusravi saaksid toetada *hidroteraapia* (=vesiravi, s. t. ravimine veega) ja *röntgen(o)teraapia* (röntgenravi).

Logopatia uus vaste kõnehälve ei tekita rohkem vastuväiteid (termini sisu on selge ja tuletus keelelt korrektne) kui see, et kõnehäire on väga levinud ja juurdunud. Sõna *häire* on meditsiinis üldse laialt kasutusel ja märgib normist kõrvalekaldumist, patoloogi-

list seisundit: *maohäired, sooltehäired, südamehäired*. On karta, et tekib ebasoovitav sünonüümia. Võib-olla siiski õnnestub seda vältida, kui hästi hoolsalt kinni peetakse *häire* ja *hälbe* vahekorra (s. t. *häire* on *hälbest* tähendusliku mahu poolest kitsam). *Kõnehälbe* kui kõige laiema mõiste poolt räägib hea, suupärane tuletis *kõnehälvik*. Nii et oleks ehk mõistlik *hälbele* õnne kaasa soovida.

Kogelus senise *kogelemise* asemel on keeleliselt mõeldav, kuigi ei ole sisuliselt põhjendatav defektseisundiga. Kas siis *kogelemine* tegevus polegi?

Hääletus ja *kõnetus* ei tundu kõige õnnestunudumate moodustistena, sest segab sünonüümia (*hääletus*=*hääletamine*; *kõnetus*=*kõnetamine*), kuigi kontekst kahtlemata aitab segadust vältida. *Kõnevõimetus alaalia* tähenduses oleks ehk ühemõttelisem?

Nii meditsiinilisest kui ka keelelisest seisukohast oleks otstarbekohane olnud võrrelda artiklis esitatud termineid sõnaraamatutes toodud vastetega.

Püüaksin seda viga omalt poolt parandada ja lisada isikliku arvamuseloodavate terminite kohta, arvesse võttes, et minul keeleteaduses vastav ettevalmistus puudub.

Logopeedia

Õigekeelsuse sõnaraamatus, Tallinn, 1960 (lühendatult ÖS), on *logopeedia* kohta toodud sõnaseletus — *kõnehäirete ravimine*. Samas on antud ka *logopeed* logopeedia eriteadlane.

Võõrsõnade leksikonis, ERK, Tallinn, 1961 (lühendatult VL), on *logopeedia* (...kr. *paidaia* kasvatus) *kõnehäirete uurimine ning ravi*. Samas öeldakse, et *logos* (kr.) tähendab sõna, kõne, mõiste.

Wörterbuch der Medizin, VEB Verlag Volk u. Gesundheit, Berlin, 1956 (lühendatult WM), lk. 997 — *log-*, *lek-*, *lex-* tulenevad kreeka-keelsest sõnast *λεγω* reden, lehren, denken, lesen (kõnelema, õpetama, mõtlema, lugema).

Kui vaadata, mida *peedia* sõnaraamatute järgi tähendab, siis selgub, et *kasvatus* (ÖS: *pedagoog* õpetaja, kasvataja; VL: *pedagoogika* (kr. *paidagogike*), kasvatusedus ja *pedagoog* (kr. *paidagogos* lastejuhtija) kasvataja, õpetaja.

Järelikult ei tähenda E. Lepiku artiklis toodud *logopeedia* ainult kõneravi, vaid kõnekasvatust, kõneõpetust; *logopeed* aga kõne kasvatajat, kõne õpetajat. Seejuures tähendab *logoteraapia* sõna otseses mõttes kõneravi [VL: *teraapia* (kr. *therapia* hoolitsus, ravi), mitte harjutusravi. Samuti tähendab *hüpnopeedia* unes õppimist, mitte ravi.

Sõna *nürm* on allakirjutanule tundmatu. Seepärast oleks ehk lugejalegi huvitav termini saamisloost midagi lähemalt kuulda. Igatahes ei saa seda oskussõna ilma selgituseta kasutada. Kunstlike tuletiste (on see seda?) puhul peab tänapäeval vähemalt nii võimsat lärmi tegema, nagu tehti *raali* puhul, et osagi keeletarvitajaskonnast selle omaks võtaks. *Rask(esti)kuulmine* — mis sest, et tõlkelaen, enamik termineid on tõlkelaenu — annab mõistest otsekohe selge kujutluse. Tuleks alati kaaluda, kas termini lühidus või sisuline avatus. Miks pakutakse välja ÖS-ist erinevalt *pingsed* krambid? *Pinge* käändub nagu *lihtne*: *lihtsa*; *rõhtne*: *rõhtsa*.

Tallinn

Ester Kindlam

Logopaatia

ÖS: *logopaatia* kõnehäired.

VL: *logopaatia* (...kr. *pathos* kannatus, haigus) kõnehäire.

WM: lk. 518 — *logopathie* (griech.), Syn. *Logoneurose*, Sprachstörung bei fehlerhafter Gedankenbildung. Sünonüüm on *logoneuroos*, *kõnehäire* väärust mõtete kujundamisest. Lk. 997 — *logopathie* Denkleiden (mõtlemishäired).

E. Lepiku artiklis toodud *logopaatia* vaste *kõnehälve* meenutab rohkem tehnilist mõistet kui meditsiinilist (vt. ÖS: *hälbenurk* füüs.: *hålbima* teelt kõrvale eksima, kõrvale kalduma). *Hälbe* puhul on ette antud mingi kindel joon või tee, millest kõrvale kaldutakse. Häire aga esineb süsteemis, antud juhul kõne moodustamise süsteemis. Seetõttu oleks õigem vaste *kõnehäire*.

Logopaat ehk *kõnehälvik* on sobiv sõna *kõnehäire* all kannatava isiku tähistamiseks.

Kõnedefekt ehk kõnepuu

ÖS: *defekt* puudus, viga, rike.

Artikli autor eristab mõisteid *kõnehälve*, *kõnepuu*, *kõnehäire* ja *kõneviga*. *Kõnehälve* on kõige laiem mõiste, *kõnehäire* tähistab ajutist, lühiajalist kõnevääratust. *Kõnepuu* on patoloogiline seisund, mille kõrvaldamine vajab eri meetodeid. *Kõneviga* aga on konkreetne väärtus kõnes.

Meditsiini aspektist on selline eristamine mõttetut ja raskesti arusaadav.

Kogelus

Võrdluseks võiks olla nägemine, käimine jne. kui tegevus ja siit ka õigem väljend *kogelemine*.

Hääletus (afoonia)

ÕS: afoonia hääle kadu.

VL: afoonia (kr. *aphonia* tummus) häälekadu.

WM: *Afonia* Stimmlosigkeit; nur tonlose, Flüsternde Sprache möglich.

Afoonia puhul räägib inimene hääleta, sosinal; tal on häälekadu. Hääletus aga meenutab hääletamist või valimisi.

Kõnetus (alaalia)

WM: *alaalia* artikuleeritud häälikute moodustamise võimetus kõneaparaadi häire tõttu. Kätesaadavates sõnaraamatutes puudub alaalia eestikeelne vaste — *kõnevõime kadu*. Kõnetus aga meenutab kõnetamist.

Miks mitte *düs*—*vaeg* lisada sõna lõppu vaeguse tunnuseks. Artiklis esitatud vaeghäälduse (düslaalia) ja vaeghäälsuse (düsoonia) asemel võiks olla ka *hääldamisvaegus* ja *häälsusvaegus* analoogiliselt artiklis toodud *kirjutamisvaegusega* (düsgraafia).

Hundikurk ja jänesemokk on artiklis lõhikuulagi ja lõhikhuul. Miks ei võiks olla *suulaelõhe* ja *huulelõhe*?

Palatolaalia ja rinolaalia (ninahääldus)

Autor ei soovita «läbi nina rääkimise» märkimiseks kasutada sõna *rinofoonia*, sest et häält tekitav elund (kõri) on korras. Kui aga vaadelda, mida tähendab *laalia* [WM: lk. 996 — lalie, lalo (kr. λαλιεω) lallen, schwatzen, plappern], siis selgub, et see tähendab kõnevõime kadu. Seetõttu oleks «läbi nina rääkimise» puhul siiski õigem häälele, helile rõhku panna ja sellist rääkimisviisi nimetada *rinofooniaks*, mitte *rinolaaliaks*. Artikli see

osa, mis puudutab *kidakeelsust*, jääb arusaamatuks. Autor ütleb ühelt poolt, et «keeleda (*frenulum linguae*) lühidus hääldamist ei mõjosta», järgmises lauses aga «õigem on nimetada kidakeelsuseks keeletipu liikumist takistavat keeleda lühidust (*lingua accreta*)».

Nürmus ja nürmik

Raskeltkuulmine (raskeltkuulja) on tõlke-laen (saksa k. Schwerhörigkeit, vene k. тугоухость). Autor märgib tekstis, et viimasel ajal on selle asemel hakatud kasutama sõna *nürmus*. Jätab aga märkimata, et see on tuletatud sõnast *nürikuulmine*. Sõnad *nürmus* ja *nürmik* meenutavad ennemini nürimeelsust või nürimeelset inimest, sest puudub sihtis, mille nüridust märgitakse. Kuulmisnõrkuse tähistamiseks sobiks *nürikuulmine* ja seisundi tähistamiseks *nürikuulmus*, isiku tähistamiseks *nürikuulja*. Analoogiline oleks nürimeelne, nürinägelik.

Logofoobia omasõnaliseks vasteks on tõlke-laen *kõnehirm*, mis on õige.

Embolofraasia ehk toppkõne

ÕS: *fraas* lause, kõnekäänd, sisutu väljend, sõnakõlks. Seetõttu oleks fraasi tõlkimine kõneks ebaõige. Õigem oleks juba *topp-fraasia*. (ÕS: *embol* topis, WM: lk. 989 — *embulus* Hineingeworfener, Ppropf).

Toonilised ehk pingsad krambid

ÕS: *tooniline* pingne, pingsa.

Järelikult peaks olema *pingsad krambid*.

Tallinn

Arvid Luts

Uusi ravimeid

KORHOROSIID (*Corchorosidum*, Корхорозид).

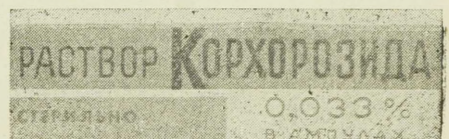
Korhoroosiid on bioloogiliselt aktiivne südameglükosiid, valge mõru maitsega kristalne pulber. Lahustub hästi alkoholis, halvemini vees.

Teiste südameglükosiididega võrreldes on korhoroosiidi farmakoloogiliseks omapäraks tugev diastoolit pikendav toime. Ravimi mõjul aeglustub südame kontraktsioonide rütm, tõuseb südamelihase toonus, mõningal määral intensiivistub diurees. Kumulatiivne toime pole märkimisväärne.

Näidustusteks on südame ja veresoontkonna puudulikkus, südamelihase toonuse langus seoses tahhükardia ja arütmia, reumaatilise

sed südamehäired, aterosklerootiline kardioskleroos.

Korhoroosiidi süstitakse veeni 0,033%-lise lahuseks, algul 0,2...0,5 ml, annust järkjärgult suurendades kuni 1 ml päevas. Süstitakse aegamööda üks, maksimaalselt kaks korda päevas koos 20 ml 20...40%-lise glükosiilahusega.



Ravikuur kestab sõltuvalt haiguse astmest, ravimi mõjust ja talutavusest 10...15 päeva, vajaduse korral enam.

Vastunäidustatud on südame ja veresoonte orgaanilised muutused, tugevasti väljakujunenud kororaarinsufitsientsus, müokardi-infarkt, endo- ja reumokardiit aktiivses staadiumis.

Korhorosiidi lastakse välja 1 ml ampullides, mis sisaldavad 0,33 mg glükosiidi (bioloogiline aktiivsus 20...25 konnaühikut).

Preparaat kuulub A-nimekirja.

RETABOLIIL (*Retabolil*, Ретаболил). Sünonüüme: *Durabol*, *Eubolin*, *Hormoretard*, *Nandrolonedecanoat*.

Retaboliil on pikendatud toimeajaga ja anaboolse toimega sünteetiline hormoonipreparaat (steroidse struktuuriga).

Toimib soodsalt valkude ja lämmastikuainevahetuses. Suurendab kehakaalu, parandab enesetunnet ja söögiisu. Pärast ühekordset süstimist lihasesse säilib hormooni ühtlane tase organismis 2...3 nädalat. Ravidoosid ei avalda maskuliniseerivat toimet.

Preparaadi kasutamine on end õigustanud äärmise kõhnumise, kasvu pidurdumise korral, pärast raskeid kroonilisi ja nakkushaigusi, lämmastiku tasakaalu normaliseerimisel organismis. Näidustatud on ka rasked trauma- ja operatsioonijärgsed seisundid, diabeetiline retinopaatia, progresseeruv lihaste düstroofia, progresseeruv seljaaju atroofia, ägedad ja kroonilised hepatiidid, maksatsirroosid, rinnanäärme kasvaja, neerude orgaanilised haigused. Retaboliili kasutatakse edukalt abivahendina kortikosteroidkuuride ajal.

Retaboliili doseerimine on individuaalne ja sõltub haiguse laadist.

Diabeetilise retinopaatia ja rinnanäärme kasvaja raviks süstitakse lihasesse 50 mg (üks ampull) iga kolme nädala järel.

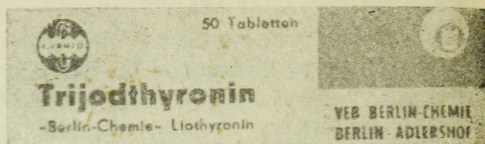
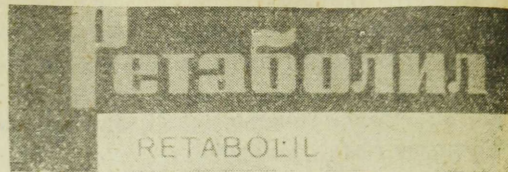
Lihaste düstroofia raviks süstitakse täiskasvanuile 2...3 kuu vältel 50 mg kaks korda nädalas, lastele 25...50 mg üks kord nädalas. Muudel näidustustel süstitakse 25...50 mg 3...4 nädala järel.

Vastunäidustusi retaboliili tarvitamiseks ei ole, siiski ei soovitata preparaati määrata eesnäärme pahaloomuliste kasvajatega haigetele.

Retaboliili lastakse välja 1 ml ampullides õililahusena (sisaldab 50 mg toimeainet).

Preparaati imporditakse Ungari Rahvabariigist.

TRIJOODTÜRONIIN (*Trijodthyronin*, Триодтиронин). Sünonüüme: *Basoprocin*, *Сynomel*, *Cytobin*, *Ibiothyron*, *Jodotiroxon*, *Jotiron*, *Levotrin*, *Liothyronin*, *Tertroxin*, *Tirogen*, *Trionine*, *Tyiodine*.



Trijoodtüroniin on kilpnäärmehormoon. Preparaat reguleerib kiiresti kilpnäärme hormonaalset tegevust, intensiivistab ainevahetust.

Trijoodtüroniin on türoksiinist viis korda mõjuvam. Pärast trijoodtüroniinravi katkestamist taastub esialgne põhikäive seitsme ööpäeva järel.

Näidustatud on kilpnäärme talitluse häiretest tingitud haiguste korral. Kiire ja intensiivse toime tõttu tuleb trijoodtüroniini kasutada eriti ettevaatlikult hüpotüreooosi ja täiskasvanutel müksödeemi raviks. Neil näidustustel peab preparaati manustama tõusvates annustes, et vältida võimalikke tugevaid südamereaktsioone.

Rasvumise raviks määratakse 50...100 µg päevas, depressioonide raviks 15...30 µg päevas. Punnissilmsuse korral antakse 60...80 µg päevas, rasketel juhtudel aga alustatakse väikestest annustest (10...20 µg päevas), mida järk-järgult suurendatakse. Hüpotüreooosi ja müksödeemi juhtudel antakse kuni poole aasta vanustele 10...30 µg, poole kuni aasta vanustele 30...75 µg, üle kahe aasta vanustele ja vanematele lastele 150...200 µg päevas. Täiskasvanuile on algul ette nähtud 20...50 µg päevas, 1...2 nädala järel suurendatakse annust kuni 100 µg ja enam.

Höotsiku korral antakse 20...40 µg päevas. Pärast kilpnäärme operatsiooni tehakse aastase kestusega ravikuur: algul 20 µg päevas, annust suurendatakse kuni 40 µg päevas.

Kõrvalnähud (tahhükardia, higistamine ja palavik) tekivad ainult siis, kui annus ületab 150 µg; neil juhtudel piisab selle vähendamisest.

Trijoodtüroniini lastakse välja pakendis 20 µg × 50 ja 50 µg × 50.

Preparaati imporditakse Saksa Demokraatlikust Vabariigist.

Helga Kangro

Kroonika

24. kuni 26. augustini 1968. a. toimus Värska Farmatseutide Teadusliku Seltsi V kokkutulek, millest võttis osa ligikaudu 190 farmatseuti.

Kokkutuleku avas Farmatseutide Teadusliku Seltsi juhataes esimees dotsent J. Tammeorg. Laagrilipu heiskas Veteran M. Soolo. Esimesel päeval korraldati lõkkeõhtu. Sai teoks ka farmatseutide teatevõistlus, milles esikoha saavutas 1955. a. TRÜ lõpetanute võistkond.

Ettekanded esitasid B. Mirov (NSV Liidu X farmakopöa), E. Arak (kummeli kultiveerimise katsetest Eestis), L. Suurkivi (Põltsamaa apteegi ajaloo), F. Tammeorg (mõnedest karastusjookidest ja mineraalvetest), H. Lind (geneetilisest informatsioonist), H. Paris (põhjamaade farmakopöadest), J. Tammeorg (sotsialismimaade farmaatsia-alased ajakirjad), D. Luik (töö teaduslikust organiseerimisest apteekides) ja H. Laas (retseptid tegelikus elus).

Elavalt võeti osa Üleliidulise Farmatseutide Teadusliku Seltsi poolt väljakuulutatud diskussioonist «Kuidas nimetada kõrgema ja kesk-eriharidusega farmatseuti?»

Arutati ka kutseala häid ja halbu külgi, räägiti arstide ja farmatseutide koostööst ravi ja profülaktika alal ning peatuti mitmetel muudel küsimustel.

Kohalike ravimtaimede tundmaõppimiseks korraldati matk Värska ümbrusse. Käidi Värska «kõrbes», kus kohtuti isegi kaameli ja tema araablasest saatjaga ning kuulati J. Tammeoru ettekannet «Mis on Värska kõrb?» Kõrbes korraldati orienteerumisvõistlus. Esikoha saavutas 1958. a. TRÜ lõpetanute võistkond.

Elmar Arak

15. oktoobril 1968. a. toimunud Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi sanitaar- ja epidemioloogianõukogu järjekordsel koosolekul arutati kahte küsimust: esiteks, atmosfääri saastamise vältimine vabariigi suuremates tööstuskeskustes (Tallinnas ja Kohtla-Järvel), ja teiseks, uute diagnoosimeetodite kasutuselevõtmine sanitaar- ja epidemioloogia- jaamade laboratooriumides.

Esimesel teemal olid põhiettekanded A. Kuusikult (Tallinn) ja V. Grigorjevvalt (Kohtla-Järve), kaasettekanne E. Vassiljevvalt (Tervishoiu Ministeerium). Sanitaar-Epidemioloogia Valitsuse juhataja I. Masik rõhutas lõppsõnas sanitaar- ja epidemioloogijaamade töösuundade õigsust, kusjuures juhtis tähelepanu vajadusele välja selgitada õhu saastamise ja laste haigestumise vaheline seos.

Teise teema raames kuulati Tervishoiu Ministeeriumi laboratooriumide nõukogu esimehe J. Märtini ettekannet. Laboratooriumide nõukogu tegevus kiideti heaks. Edaspidi kulgeb nõukogu töö kahes sektsioonis — mikrobioloogia- ja sanitaar-hügieenisektsioonis.

Jaan Martin

23. oktoobril 1968. aastal toimus Paide rajooni tervishoiutöötajate seminar, kus käsitleti sanitaarharidustööd. Arutati rajoonis korraldatavat sanitaarharidustööd ja kavandati selle parandamise abinõud.

Vabariikliku Sanitaarhariduse Maja peaarst T. Raudsepp rääkis sanitaarharidustöö põhinõuetest. Lähemalt peatus ta meetodikal, töövormidel, planeerimisel ja dokumentatsioonil. Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peahügienist A. Aava käsitles põllumajandustöötajate ja tööstustöölise hulgas tehtava sanitaarharidustöö nõudeid. Paide Rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarst A. Tõlp ja sanitaarharidustöö instruktor L. Nuut tegid kokkuvõtte kompleksplaani täitmist ning analüüsisid sanitaarharidustööd arstijaoskondades.

Seminar oli igati kasulik ja aitas kaasa sellele, et sanitaarharidustöö rajoonis muutuks tõhusamaks ning sihipärasemaks.

Ado Tamm

24. oktoobril 1968. a. toimus Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis lahine parteikoosolek, kus arutati teaduslike töötajate kvalifikatsiooni tõstmist. Instituudi direktori V. Küngi ettekandes märgiti, et 47 teaduslikul töötajal 67-st on teaduslik kraad. Teaduste kandidaatide juurdekasvu võib enam-vähem rahuldavaks pidada, doktoriväitekirjad aga valmivad aeglaselt. Noorte spetsialistide valik aspirantuuri ei ole alati vajalikul tasemel — tihti puudub tõeline konkurss. Osa aspirantidest ei lõpeta väitekirja koostamist õigel ajal.

Koosoleku otsuses fikseeriti mitmed nõuded teadusliku kaadri ettevalmistamise parandamiseks ja kvalifikatsiooni tõstmiseks ning teadusliku töö efektiivsuse suurendamiseks instituudis.

Harri Jänes

1968. aasta oktoobris algas Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis nooremate teaduslike töötajate, aspirantide ja ordinaatorite kvalifikatsiooni tõstmiseks ettenähtud kursuse teadusliku töö üldküsimustes. Loengud toimuvad 1...2 korda kuus ja nendest osavõtt on kohustuslik. Lektoriteks on peamiselt instituudi töötajad, kuid mõningaid teemasid käsitlevad külalisesinejad Tallinna Polütehnilisest Instituudist ja Riiklikust Teaduslikust Meditsiinilisest Raamatukogust.

Sügissemestril õppisid kursuse kuulajad tundma aspirantide, ordinaatorite ja nooremate teaduslike töötajate õigusi ning kohustusi, said ülevaate varustamise korrast instituudis, tutvusid sellega, kuidas kirjutada teaduslikku ja populaarteaduslikku artiklit, ülevaateartiklit, retsensiooni ja annotatsiooni. Peale selle kõneldi loengutel teadusliku informatsiooni põhimõtetest ja informatsiooniteenistuse ülesannetest, töö organiseerimisest ning abipersonali rakendamisest.

Kevadsemestril on kavas kuulajaid tutvustada raamatukogude kasutamise ning bibliograafia alustega. Eri teemana on plaanis

«Kuidas valmib raamat». Pikem loengutsükkel aga pühendatakse matemaatilise statistika meetodite omandamisele.

Valdur Tenno

Vabariiklik Sanitaarhariduse Maja korraldas 19. novembril seminari linnade tervishoiuosakondade juhatajatele, rajooni keskhaiqlate ning sanitaar- ja epidemioloogiajaamade peaarstidele.

Sanitaarharidustööd ei tohi teha šablooni järgi. See mõte, mis tervishoiu ministri asetäitja O. Tamme avasõnas kõlama jäi, oli peaaegu kõikide ettekannete juhtmotiiv. Nagu iga muu töö, märkis ministri asetäitja, peab sanitaarharidustöö olema loov, uudsust taotlev ja ajaga kaasas käiv. Haigustest, nende diagnoosimisest ja ravist on võib-olla juba piisavalt räägitud, nüüd tuleks rohkem tegelda tervete eluviiside propageerimisega, tervise säilitamise ning haiguste vältimisega. Praegu kasutatakse sanitaarharidustöös veel liiga vähe võimsaid massikommunikatsiooni vahendeid — raadiot, televisiooni, kino ja ajakirjandust.

Külaline Moskvast, Sanitaarharidustöö Keskinstituudi vanem teaduslik töötaja L. Rõbako va märkis, et kui varem hinnati sanitaarharidustöö efektiivsust ühelt poolt loengute, vestluste ja muude ürituste ning teiselt poolt haigestumise vähenemise järgi, siis nüüd kehtivad hoopis teistsugused kriteeriumid. Näiteks haiglate ja polikliinikute töö efektiivsuse üle otsustatakse selle järgi, kui suur protsent dispansseeritustest on sanitaarharidustööga hõlmatud, kui täpselt nad läbi vaatustele ilmuvad, kas raviasutuse juures on ühiskondlik aktiiv, milline on selle ettevalmistus jne. Mõnevõrra erinevad nõuded, vastavalt vajadusele, on laste-raviasutuste, naistenõuandlate ja sünnitusmajade ning tööstusettevõtete puhul. Kokku võttes — sanitaarharidustööd tuleb teha sihikindlalt, komplekselt ja diferentseeritult.

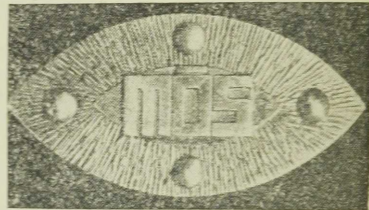
Vabariikliku Sanitaarhariduse Maja peaarst T. Raudsepp, kes andis ülevaate sanitaarharidustööst vabariigis, konstateeris, et paremini kulgeb see neis linnades ja rajoonides, kus tervishoiuasutuste juhtivad töötajad sanitaarharidustöö suhtes õige hoiaku on võtnud, näiteks Paides ja Raplas. Seal, kus sanitaarharidustöösse suhtutakse kui praktilisest tervishoiutööst millessegi eraldiseisvasse ja kus vastutus on jäetud ainult sanitaar- ja epidemioloogiajaamadele, on olukord endastmõistagi halvem. Sanitaarharidustööga tegelevad arstid-metoodikud peavad praegu liiga palju aega pühendama kontrollile ja organisatsioonilistele küsimustele ja seda metoodilise töö arvel. Sanitaarharidustöö arstide ametikohad on alles puudulikult täidetud. Mis trükisõnasse puutub, siis oleks tarvis taastada arsti nõuannete eluõigus, mida ajakirjanduses arstiteaduse uudiste, intervjuude ja reportaazide arvel on piiratud.

Et trükisõnal on oma spetsiifika, mida peab tundma, sellele juhtis seminarist osavõtjate tähelepanu «Nõukogude Eesti Tervishoiu» toimetaja H. Jänese. Lugeja paremaks mõjutamiseks tuleb kirjutamisel silmas pidada mitmeid nõudeid. Seejuures on tarvis hoolikalt vältida, et lugeja ei saaks niisuguseid tead-

misi, mida tal vaja pole, näiteks teadmisi ravimite kasutamisest.

Kuulati veel R. Laubre, F. Bochmanni, B. Rubinšteini ja A. Aava ettekandeid. Seminari lõpul anti aukirjad sanitaarhariduslike seinalehtede 1968. a. ülevaatusel paremateks tunnustatud toimetustele. Aukirja pälvisid Haapsalu Rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaama, Tartu Linna Kliinilise Haiqla polikliiniku, Võru rajooni Illi velskripunkti ja Rapla Rajooni Keskhaiqla seinalehed.

Märt Kink



Eesti NSV Meditsiiniõdede Seltsi märk

Üle 400 meditsiiniõe kogu vabariigist kogunes 19. novembril Tallinna, et osa võtta Eesti NSV Meditsiiniõdede Seltsi aruande- ja valimiskoosolekust.

Koosoleku avas Tervishoiu Ministeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse juhataja N. Ajasta, aruande esitas seltsi esinaine vanem-meditsiiniõe H. Rütli (Pelgulinna Haiqla). Aruandest selgus, et seltsi kuulub 3032 liiget, seega ümmarguselt üks kolmandik vabariigi meditsiiniõdedest. Aruandeperioodil on selts mõndagi uut üritanud. On võideldud õdede kvalifikatsiooni tõstmise, nende töötingimuste parandamise ja aktiivse puhkuse korraldamise eest. Kahjuks ei ole esialgu niisugust edu veel saavutatud kui loodeti, kuid töö jätkub.

Kassaaruande esitas vanem-meditsiiniõe L. Benno (Tallinna Vabariiklik Onkoloogia Dispanser). Eesti NSV Meditsiiniõdede Seltsi käsutuses on praegu 8719 rbl. 82 kop. Seltsi esimestel tööaastatel on summased püütud igati säästa, et täide viia vabariigi meditsiiniõdede ammune soov — oma puhkekodusvila ehitamine. Niipea kui seltsile on eraldatud sobiv maa-ala, võib alustada esimeste hoonete rajamist.

Seltsi uus keskjuhatuse moodustati kahe liikme võrra suurem, 9-liikmeline. Esinaiseks valiti uuesti H. Rütli. Tallinna Meditsiiniõdede Seltsi juhatuse valiti 26-liikmeline, esinaiseks L. Benno, Tartu Meditsiiniõdede Seltsi juhatuse 21-liikmeline, esinaiseks E. Boston (Tartu Vabariiklik Kliiniline Haiqla).

Märt Kink

Tartu Riikliku Ülikooli arstide täiendamise ja spetsialiseerimise kateeder korraldas 18. XI...20. XI 1968. a. Tartus endokrinoloogia-alase seminari. Osavõtjaid vabariigi linnades ja rajoonidest kogunes üle 60.

Ülevaate nägemiskülmualuse piirkonna anatoomiast, füsioloogiast ja patoloogiast andis professor E. Raudam. Neerupealise koore puudulikkusega seoses olevate patoloogiliste

protsside diagnoosimist ja ravi käsitles dotsent V. Saar. Sümpatikoadrenaalsüsteemi osatähtsust kliinikus valgustas dotsent J. Riiv oma ettekandes.

Professor K. Kõrge esitas huvitavaid andmeid hüpertoonia patogeneesist, eeskätt endokriinse süsteemi osatähtsusest. Ta rõhutas, et hüpertooniatõbi on vaid üks neid haigusi, millega kaasneb kõrge vererõhk. Sekundaarsete hüpertooniate patogenees on renaalsete ja hemovaskulaarsete, kardiovaskulaarsete ja neurogeensete häirete kõrval oluline osa endokriinse süsteemi talitlusel. Kõne all olid ka suhkurtõve patogenees (professor K. Kõrge) ning hüpo- ja hüperparatüreoidism (arstiteaduse kandidaat K. Ester).

Seminaril viimasel päeval vaadeldi kilpnäärme haigusi. Vabariikliku Struumaõrje Dispanseri peaarst V. Paškov andis ülevaate kilpnäärme haiguste ja türeotoksikooside klassifikatsioonist kaasajal ning struuma esinemissagedusest Baltimail. Käsitleti ka türeotoksikoosi diagnoosimist (I. Kalits) ja ravi (A. Astaškina), hüpotüreoose (A. Paškov) ning türeoidiite (H. Podar).

Osavõtjate ühine arvamus oli, et seminar andis igapäevaseks arstitööks palju kasulikku.

Maido Sikk

Eesti NSV Otorinolarüngoloogide Teaduslik Selts ja TRÜ arstide täiendamise ja spetsialiseerimise kateeder korraldasid 22. novembril 1968. a. Tartus otorinolarüngoloogiaalase seminari.

Seminaril käsitleti pediaatrite ja otorinolarüngoloogide koostööd (L. Keres), tonsil-

laarprobleemi (E. Siirde), samuti allergia küsimusi (S. Sibul). Kõneldi ka haimoriitidest (M. Tik) ja sinobronhopulmonaal-sündroomist lastel (A. Luts). H. Kruuse töö «Kõriõdeemid lastel» selgitas inhalatsiooni osatähtsust nimetatud haiguse ravis. K. Laamann rääkis bronhoskoopilisest uurimisest, kusjuures rõhutas, et selle protseduuri ajal peab uuritav laps olema narkoosis. E. Laamann juhtis tähelepanu vajadusele võrkehad hingamisteedest kiiresti eemaldada. See hoiab ära vältimatu kopsuresektiooni.

Seminaril arutati ka kuulmishäireid (R. Uustal, V. Särkava, M. Kuk). H. Alev rõhutas ettekandes «Tänapäeva seisukohti kõnehäiretega laste ravis» kehakultuuri osatähtsust. A. Ahu demonstreeris mitmesuguseid kõrva-, nina- ja kurguröntgenogramme, mida on võimalik teha rajooni polikliinikus.

25. novembril 1968. a. toimus Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumis nõupidamine, kus arutati mürast põhjustatud kuulmiskahjustuste vältimist Eesti NSV tööstustöölise hulgas. Nõupidamine kutsuti kokku Eksperimenditaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kutsehaiguste sektori initsiatiivil. Otsustati moodustada komisjon, millesse peale ministeriumi ja instituudi esindajate kuulusid sanitaar- ja epidemioloogiajaamade ning Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu töötajad. Komisjoni ülesanne on juhtida võitlust mürakahjustuste vastu. Kõne all oli ka audioloogiakabineti avamine Tallinnas.

Aroid Luts

«NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOIU» PREEMIAID

Aastavahetuse eel võttis toimetuse hindamisele kõik «Nõukogude Eesti Tervishoiu» 1968. a. kestel ilmunud artiklid, et silmapaistvamaid neist esile tõsta.

Tööde hindamiseks moodustas toimetuse koosseisu H. Roots (esimees), E. Raudam, N. Ajasta, H. Jänes ja I. Laan. Toimetuse töötajate ja premeerimiskomisjoni liikmete tööd hindamisele ei kuulunud.

Otsuse langetamine oli küllaltki raske. Kaalukaid töid ilmus aasta kestel palju. Peale selle tuli arvestada üsnagi mitmeid asjaolusid: kas töö on aktuaalne, kui laiu ringkond ta huvitab, mida ta annab teooriale või praktikale, kui hästi ta on sõnastatud jne. jne. Komisjon otsustas välja anda kolm preemiat võrdsetes suurustes (à 25 rubla) järgmiste tööde eest (autorite nimed tähestikulises järjekorras):

Silver Koppel (Ed. Vilde nim. Tallinna Pedagoogilise Instituudi marksism-leninismi kateeder) «Psühhoogia ja psühholoogia probleemidest», «Nõukogude Eesti Tervishoiu» (NET), 1968, 3, 211—215 ja «Sõna kui signaal. (Täenduseteooria füsioloogilistest alustest)», NET, 1968, 6, 432—435;

Itta Levin (Tallinna Vabariikliku Haigla organisatsioonilis-metoodiline kabinet)

«Eesti laste füüsiline areng kuni 3 aastani», NET, 1968, 5, 338—342;

Juhan Sarv (Tartu Riikliku Ülikooli üldkirurgiakateeder) «Haavandtõve kirurgilise ravi aktuaalseid küsimusi», NET, 1968, 1, 5—9.

Peale nende otsustas komisjon esile tõsta veel järgmised tööd:

Maret Ehlvest (Paide Rajooni Keskaigla) «Perekondlikust ovalotsütoosist», NET, 1968, 2, 122—124;

Kuno Kõrge (Tartu Riikliku Ülikooli teaduskonna-sisehaiguste ja patoloogilise füsioloogia kateeder) «Südame rütmihäirete ravist», NET, 1968, 6, 424—428;

Valda Laasi (meditsiiniõde, Tallinna Vabariikliku Haigla I sisehaiguste osakond) «Meditsiiniõde osa müokardi-infarkti põdeva haige põetamisel ja ravimisel», NET, 1968, 6, 446—448;

Georg Loogna (Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi onkoloogiasektor) «Ravivahendite kantserogeensusest», NET, 1968, 4, 267—271;

Vello Salupere (Tartu Riikliku Ülikooli teaduskonnasisehaiguste ja patoloogilise füsioloogia kateeder) «Kroonilise pankreatiidi diagnoosimisest», NET, 1968, 1, 22—26.

Premeerimiskomisjoni otsuse kinnitas toimetuse kollegium ühel häälrel.

- Arstiteaduslikke töid. 16. Trt., 1967, 375 lk. (Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised. Vihik 210).
- Ученые записки Тартуского гос. ун-та. 1968, вып. 214, 286 с. (Труды по медицине XVII. Акушерство и гинекология)
- Ученые записки Тартуского гос. ун-та. 1968, вып. 215, 359 с. (Труды по медицине XVIII. Гастроэнтерология)
- Борьба с полиомиелитом в Эстонской ССР.** (Сборник статей. Отв. ред. А. К. Йыгисте). Таллин, 1968, 278 с.
- Желудочная секреция.** Материалы симпозиума в г. Таллине. Под ред. С. М. Рысса и Н. В. Эльштейна. Таллин, 1968, 84 с.
- Сборник докладов научной конференции.** (По актуальным вопросам снижения инфекционных заболеваний и гигиеническим проблемам) 26—27 сентября 1968 г. Таллин, 1968, 227 с.
- Медицинская география.** 1966 (Сборник статей. Ред. А. Д. Лебедева). М., 1968, 323 с.
- Диалектико-материалистический анализ основных понятий биологии и медицины.** (Учеб. пособие для мед. ин-тов). Отв. ред. С. С. Гурвич. Киев, 1968, 354 с.
- Добровольский Ю. А. Здоровье населения мира в XX веке.** Капиталист. и развивающиеся страны. Социально-гигиен. исследование. М., 1968, 416 с.
- Изучение воспроизводства населения.** М., 1968, 333 с.
- Авербах А. Я. и Шисгал Е. М. Методика углубленного изучения основных показателей инвалидности и ее причин.** (В помощь врачам ВТЭК и лечебно-профилакт. учреждений). Под ред. Е. А. Садвокасовой. Вып. I. М., 1968, 151 с.
- Белл Алан. Шум.** Профессиональная вредность и общественное зло. Пер. с англ. М., 1967, 150 с.
- Поспеев П. П. и др. Опыт работы центральных районных больниц.** М., 1968, 148 с.
- Винер Н. Кибернетика или управление и связь в животном и машине** (Пер. с англ.). 2-е изд. М., 1968, 326 с.
- Наумов Л. Б. Медицина и кибернетика.** Душанбе, 1968, 160 с.
- Шмальгаузен И. И. Кибернетические вопросы биологии.** Новосибирск, 1968, 233 с.
- Медведь Л. И. Гигиена труда при работе с ядохимикатами.** Изд. 2-е, М., 1968, 60 с.
- Освещение промышленных предприятий и работоспособность человека.** Сборник науч. трудов. Под ред. Ф. М. Черниловской, Л., 1968, 147 с.
- Кришман М. Г. и Конилова А. С. Индукция ферментов в норме и патологии.** М., 1968, 315 с.
- Соединительная ткань в норме и патологии.** (Сборник статей). Под ред. А. А. Тустановского и Ю. Г. Целлариуса. Новосибирск, 1968, 415 с.
- Ужанский Я. Г. Физиологические механизмы регенерации крови.** М., 1968, 264 с.
- Глаголева В. В. и Чечулин Ю. С. Ультраструктурная основа нарушения функции сердечной мышцы.** Атлас. М., 1968, 72 с.
- Терехова Л. Г. Практические вопросы сфигмографии.** Л., 1968, 119 с.
- Некоторые вопросы современной фармации.** (Сборник статей). Отв. ред. Г. А. Мелентьева, П. А. Сеннов. М., 1968, 464 с.
- Новоиманин и его лечебные свойства.** (Сборник статей). Киев, 1968, 164 с.
- Сало В. М. Растения и медицина.** М., 1968, 159 с.
- Сенников В. М. Справочник для рецептуры.** (Пособие для студентов и врачей). Махачкала, 1966 (пер. 1967), 270 с.
- Бак З. Химическая защита от ионизирующей радиации.** Пер. с англ. Под ред. А. М. Кузина. М., 1968, 263 с.
- Вопросы клинической радиологии.** Под общ. ред. В. В. Холина. Л., 1968, 191 с.
- Романцев Е. Ф. Радиация и химическая защита.** (Изд. 2-е переработ. и доп.) М., 1968, 248 с.
- Свердлов А. Г. Опосредованное действие ионизирующего излучения.** М., 1968, 271 с.
- Ставицкий Р. В. и Виктурина В. П. Основы радиационной защиты в рентгенологической практике.** М., 1968, 108 с.
- Справочник по климату СССР.** Вып. 4. Эстонская ССР. Ч. 4. Влажность воздуха, атмосферные осадки и снежный покров. Л., 1968, 227 с.
- Аллергия в клинике и эксперименте.** (Сборник). Отв. ред. И. И. Федоров. Киев, 1968, 199 с.
- Белкин В. С. Специализированная скорая медицинская помощь больным инфарктом миокарда.** М., 1968, 132 с.
- Вопросы экспериментальной и клинической геронтологии.** Материалы конференции (июнь 1968). Киев, 1968, 199 с.
- Актуальные проблемы изучения крови.** (Сборник статей). Под общ. ред. М. П. Чумакова. М., 1968, 221 с.
- Гольдберг Д. И. и Гольдберг Е. Д. Справочник по гематологии с атласом микрофотограмм.** Изд. 3-е, доп. Томск, 1968, 294 с.
- Коток В. О. Помощь при отравлениях.** (Справочник). Изд. 2-е, переработ. и доп. Ташкент, 1968, 320 с.
- Легочная недостаточность.** Под ред. Е. С. Брусилковского. Красноярск, 1968, 174 с.
- Рыжков Е. В. Дизонтогенетические и приобретенные хронические неспецифические заболевания легких.** М., 1968, 240 с.
- Соколов Ю. Н. и Власов П. В. Рельев слизистой желудка в норме и патологии.** М., 1968, 308 с.
- Острые кишечные инфекции.** Эшерихиозы, дизентерия, салмонеллезы. (Сборник статей). Отв. ред. М. Я. Никитин). Л., 1968, 374 с.
- Рябов С. И. Гормонотерапия заболеваний системы крови.** Л., 1968, 127 с.
- Теоретические и клинические вопросы проблемы свертывания крови.** (Сборник статей). Отв. ред. С. А. Георгиева. Саратов, 1968, 419 с.
- Болезнь Боткина у детей.** (Сборник статей). Под ред. А. Т. Кузьмичевой. Л., 1968, 327 с.
- Галаев Ю. В. Патогенные ферменты бактерий.** М., 1968, 116 с.

- Инфекционный гепатит. (Сборник статей. Вып. 3.) Отв. ред. Н. И. Зацепин. Киев, 1968, 195 с.
- Профилактические прививки и их влияние на детский организм. Материалы конференции. Май 1968 г. Л., 1968, 115 с.
- Профилактика и лечение туберкулеза. (Сборник статей. Отв. ред. А. С. Мамолат). Киев, 1968, 202 с.
- Пилупчук Н. С. Туберкулез. (Учеб. для мед. ин-тов). Киев, 1968, 252 с.
- Туберкулез. Библиогр. отечеств. литературы. (Вып. 5, 1961—1964.). Рига, 1968, 549 с.
- Актуальные вопросы хирургии. (Сборник статей). Под. ред. Н. С. Лапченко, И. Б. Розанова. М., 1968, 555 с.
- Боровков С. А. Операции на печени. (Клинико-эксперим. обоснование). М., 1968, 212 с.
- Вилявин Г. Д. и Бердов Б. А. Функциональное значение еюнопластики при гастрэктомии и резекции желудка. Л., 1968, 224 с.
- Кирпатовский И. Д. Зарубежный опыт трансплантации органов. М., 1968, 176 с.
- Лопухин Ю. М. и Молоденков М. Н. Практикум по оперативной хирургии. (Для мед. ин-тов). Изд. 3-е, переработ. и доп. М., 1968, 271 с.
- Михельман М. Д. Артродез и артропластика. М., 1968, 144 с.
- Ошибки, осложнения в хирургии и анестезиологии. Под ред. Б. А. Королева. Горьки, 1968, 330 с.
- Петровский Б. В. Избранные лекции по клинической хирургии. (Учеб. для мед. ин-тов). М., 1968, 407 с.
- Петровский Б. В. и Ванцян Э. Н. Дивертикулы пищевода. М., 1968, 184 с.
- Федоровский А. А. и Рябая Р. Д. Хирургическое лечение ожогов у детей. Киев, 1968, 142 с.
- Юдин С. С. Размышления хурурга. М., 1968, 367 с.
- Диагностика и лечение злокачественных новообразований. Отв. ред. И. Т. Шевченко. Киев, 1968, 274 с.
- Противораковый антибиотик круцин. (Сборник статей 7). Под ред. Л. Б. Левинсона и Н. Г. Ключевой. М., 1968, 360 с.
- Рогачева В. С. Рак пищевода и его хирургическое лечение. М., 1968, 328 с.
- Трубников В. Ф. и др. Советская литература по опухолям костей (За 1950—1965 гг.). Киев, 1968, 252 с.
- Виноградова Т. Ф. Клиника, диагностика и лечение заболеваний зубов у детей. М., 1968, 229 с.
- Вопросы стоматологии детского возраста. Отв. ред. Д. А. Калвелис. Рига, 1968, 234 с.
- Димитриева В. С. и Ландо Р. Л. Хирургическое лечение врожденных и послеоперационных дефектов нёба. М., 1968, 220 с.
- Епишев В. А. Рецидивирующий афтозный стоматит. Ташкент, 1968, 72 с.
- Актуальные вопросы научно-практической оториноларингологии. (Сборник статей). Ред. Е. И. Ярославский). Омск, 1968, 236 с.
- Актуальные вопросы сексопатологии. (Сборник статей. Отв. ред. Д. Д. Федотов). М., 1967 (вып. дан. 1968) 487 с.
- Александровский Ю. А. Человек побеждает безумие. Записки психиатра. М., 1968, 150 с.
- Благовещенская Н. С. Электронистагмография при очаговых поражениях головного мозга. Л., 1968, 170 с.
- Клиника и лечение эпилепсии. (Отв. ред. А. П. Ромоданов). Киев, 1968, 179 с.
- Лекарственные препараты, применяемые в психиатрии. Справочник. Под ред. Г. Я. Авруцкого. М., 1968, 110 с.
- Руководство по методике исследования нервной системы. Для студентов педиатр. фак. Под общ. ред. Л. О. Бадаляна. М., 1968, 296 с.
- Шанько Г. Г. Предупреждение невротозов у детей. Минск, 1968, 80 с.
- Шизофрения. (Терапия, патогенез, клиника). Сборник статей. Отв. ред. Г. И. Плессо. Воронеж, 1968, 187 с.
- Вопросы детской дерматологии. (Сборник статей). Отв. ред. Л. А. Штейнлухт. Л., 1968, 205 с.
- Современные вопросы клиники, патогенеза и терапии дерматозов. (Сборник статей). Отв. ред. В. А. Рахманов. М., 1968, 221 с.
- Слепых А. С. Абдоминальное кесарево сечение в современном акушерстве. М., 1968, 231 с.
- Долецкий С. Я. и Пугачев А. Г. Непроходимость пищеварительного тракта у новорожденных и грудных детей. М., 1968, 308 с.
- Басс М. М. и Ситковский Н. Б. Заболевания и повреждения прямой кишки у детей. М., 1968, 124 с.
- Вопросы патологии органов дыхания у детей. Сборник науч. трудов. (Отв. ред. С. Ю. Каганов). М., 1968, 292 с.
- Зельцер А. Причины и формы проявления ускоренного роста детей. Пер. с нем. М., 1968, 235 с.
- Развитие ребенка. Пер. с англ. Под ред. А. В. Запорожца и Л. А. Венгера. М., 1968, 190 с.
- Сахарный диабет у детей. Труды. Под ред. М. М. Бубновой. М., 1967 (вып. дан. 1968), 89 с.
- Тимошенко Л. В. Гемолитическая болезнь плода и новорожденных. М., 1968, 236 с.
- Усов И. Н. Лечение и профилактика нефритов у детей. Минск, 1968, 160 с.
- Юнусова Х. А. и Махмудов О. С. Водно-минеральный обмен у детей при кишечных инфекционных заболеваниях. Ташкент, 1968, 155 с.
- Каракчиев Н. И. Военная токсикология и защита от оружия массового поражения. Ташкент, 1968, 287 с.
- Авдеев М. И. Судебно-медицинская экспертиза живых лиц. Руководство для судебно-мед. экспертов и врачей других специальностей. М., 1968, 376 с.
- Вопросы судебной медицины. (Сборник статей). Под общ. ред. В. И. Прозоровского. М., 1968, 514 с.
- Медико-биологические исследования в невесомости. Под ред. В. В. Парина, И. И. Касьяна. М., 1968, 464 с.
- Чхаидзе Л. В. Координация произвольных движений человека в условиях космического полета. 2-е изд., (испр. и доп.) М., 1968, 134 с.

AUTORITELE

1. Käsikiri tuleb esitada masinakirjas 2 eksemplaris, tekst lehe ühel küljel (riidade vahe 2 intervalli, vasakule jäetakse 3 cm laiune vaba äär).

2. Käsikiri esitatakse ajakirjale keeleliselt redigeerituna koos venekeelse kokkuvõttega, mille pikkus on masinakirjas kuni 1 lehekülg.

3. Originaalsete uurimuste ja aktuaalsetel teemadel kirjutatud tööde pikkus võib olla kuni 5, ülevaadete ulatus 7...8 lehekülge masinakirjas, muudel artiklidel (kasuistika, märkmed ja teated praktikast, konverentsid jne.) mitte üle 2...3 lehekülje vahega 2 intervalli, 30 rida lehel. Siia on juurde arvatud kõik lisad: tabelid, diagrammid, fotod (soovitavalt 13×18 cm), joonised. Nimeetatud materjalid kleebitakse üksikult laiade servadega paberile, millele kirjutatakse autori nimi, töö pealkiri ja joonise, foto vm. number ning ülaseriale «ülemine». Tabelite, diagrammide, fotode ja jooniste loetelu lisatakse eri lehel (märgitakse nende numbrid, allkirjad ja käsikirja leheküljed, kuhu need tuleb paigutada).

4. Esimesel leheküljel tuuakse andmed: töö pealkiri, autori ees-, isa- ja perekonnanimi ning linna või asula nimetus, kus autor töötab. Artikli lõpus on töö lähetanud asutuse nimetus, autori allkiri, tema kodune aadress, telefoninumber. Kollektiivsetel töödel peavad olema kõikide autorite allkirjad, aadressid ning muud eespool mainitud andmed (kõrgete õppeasutuste ja uurimis-instituutide puhul ka kateedri või sektori nimetus).

5. Töö peab olema viseeritud asutuse juhataja ja teadusliku juhendaja poolt (märgitakse nende kutse, teaduslik kraad ja ametikoht).

6. Kodumaa autorite nimedele, kelle töid tekstis tsiteeritakse, lisatakse ees- ja isanime

algustähed. Käsikirjas esitatavate tsitaatide õigsust (tsitaati tuleb kontrollida originaali järgi) peab autor kinnitama oma allkirjaga lehekülje äärel. Sulgudes või viitega joone all näidatakse tsitaadi allikas — selle nimetus (viimane väljaanne), väljaandmise koht, aasta, köide, anne (number), leheküljed.

7. Käsikirja lõpus esitatakse kasutatud kirjanduse nimestik. Trükitehnilistel põhjustel esitada esimeses järjekorras venekeelsed allikad ja seejärel kirjandus ladina tähestikku kasutatavates keeltes; mõlemas rühmas järjestatakse autorid tähestikuliselt. Raamatutel näidatakse autori nimi, initsiaalid, pealkiri, väljaandmise koht ja ilmumisaasta. Ajakirjade puhul tuuakse ära autori perekonnanimi, initsiaalid, artikli pealkiri, ajakirja täielik nimetus, ilmumisaasta, köide, anne või number, kasutatud artikli lehekülgede algus- ja lõpunumbrid.

8. Toimetuse jätab endale käsikirjade paardamise ja jooniste ümberpaigutamise õiguse, samuti võib toimetuse autori nõusolekul avaldada artikli autoreferaadina, referaadina või annotatsioonina. Käsikirju ei tagastata.

9. Ajakirja toimetusele ei või esitada töid, mis on juba teistes väljaannetes trükitud või teistesse toimetustesse avaldamiseks saadetud.

10. Koos käsikirjaga esitatakse asutuse tõend selle kohta, kas töö on plaaniline, mitteplaaniline või dissertatsiooni fragment. Märkida, kas autor õpib aspirantuuris statsionaarselt, kaugõppe teel või eksternina.

11. Eespool loetletud nõuete kohaselt vormistamata käsikirju ei saa toimetuse võtta avaldamisele kuuluvate tööde plaani.

12. Käsikirjad saata aadressil: Tallinn 1, Tartu maantee 16, ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetuse. (Toimetuse tel. 220-07, 233-98).

ОГЛАВЛЕНИЕ

Теория и практика	
Л. М. КЕРЕС, И. В. А. НОВЕК, Э. Ю. РАТНИК и Э. Э. САМАРЮТЕЛЬ — О принципах организации этапного лечения детей Южной Эстонии (рез. на рус. яз.)	6
Л. Я. ТАММ — Кокарбоксилаза в лечении недостаточности сердца и кровообращения у детей, больных ревматизмом (рез. на рус. яз.)	9
И. Ю. ЛААН — Лечение детей, больных ревматизмом в санаторной школе-интернате (рез. на рус. яз.)	11
А. Э. ПАВЕС — Влияние лечебных мероприятий на равновесие трансапиллярного обмена воды и белка у больных детей (рез. на рус. яз.)	14
Э. М. УМАНСКАЯ и С. Ш. УМАНСКИЙ — Экскреция уропепсина у здоровых и больных детей (рез. на рус. яз.)	16
А. Х. ХЕРЦОГ и Л. А. ЛИЙН — Клиника и рентгенодиагностика подагры (рез. на рус. яз.)	20
Э. В. САЛУ — Еще о несовместимости некоторых инъекционных растворов (рез. на рус. яз.)	23
Обзоры	
Я. Я. РИЙВ и К. А. ВАЛГМА — О принципах лечения ишемической болезни сердца (рез. на рус. яз.)	29
Х. А. КАХН — О возможностях лечебного применения комплексонов (рез. на рус. яз.)	32
Здравоохранение.	
Научная организация труда	
Э. К. КАМА — О задачах здравоохранения в республике (рез. на рус. яз.)	35
О. М. ТАММ — Состояние и перспективы развития лабораторий санитарно-эпидемиологических станций Эстонской ССР (рез. на рус. яз.)	38
Обмен опытом и казуистика	
В. Ф. РАЗИН — К вопросу предупреждения послеоперационных осложнений при флебэктомиях (рез. на рус. яз.)	41
Т. Ф. ВЕЛЬГРЕ — Случай слепо оканчивающегося одного из двойных мочеточников (рез. на рус. яз.)	42
Л. А. АХУ — <i>Herpes zoster</i> как отологическое заболевание (рез. на рус. яз.)	43
А. А. ЛУКАШ — Об ошибках при диагностике алкогольного опьянения (рез. на рус. яз.)	45
В помощь фельдшерам и сестрам	
А. Я. УЙБО — Лечение и уход за детьми с дыхательной недостаточностью в палате интенсивного лечения (рез. на рус. яз.)	49
А. Н. ВАПРА — Клиника и лечение артрозов (рез. на рус. яз.)	51
А. А. ТАЛИХЯРМ — О послеоперационном уходе и лечении больных туберкулезом легких (рез. на рус. яз.)	54
6	
Подготовка кадров	
И. Ю. МААРООС — Диссертации по медицине и фармации, защищенные в Тартуском государственном университете	54
А. Н. ВАПРА — Лео Пяй — доктор медицинских наук	58
Х. О. ПИХЛ — Новый кандидат науки	58
Санитарно-просветительная работа	
Э. В. ЛАЙДО и Х. Р. КАРП — Повысить уровень знаний персонала детских учреждений (рез. на рус. яз.)	61
Конференции и совещания	
А. В. ПАНОВ — Юбилейная конференция глазных врачей	62
Х. Я. ЯНЕС — XII научная сессия в Кохтла-Ярве	62
Б. М. ШАМАРДИН — Конференция по вопросам гигиены труда и профзаболеваний	63
И. Ф. ЩЕРБАКОВ — Всесоюзное совещание	63
А. Н. ВАПРА — Всесоюзная конференция и семинар геронтологов	64
Т. М. РАУДСЕПП — Всесоюзное совещание по вопросам санитарного просвещения	64
Юбилейные даты	
М. К. СИКК — Михкель Эллер больше полувека на службе медицины	65
50-летие профессора Павела Боговского	66
Медицинская техника	
Б. А. РОКС — О аппаратуре радиодиагностики Таллинского республиканского онкологического диспансера	67
Разное	
Э. А. ЛЕПИК — К вопросу эстонской терминологии по логопедии	69
Э. К. КИНДЛАМ — Отзыв	72
А. Э. ЛУТС — Отзыв	72
Новые лекарственные препараты	
Х. П. КАНГРО — Корхорозид, ретаболил, триодтиронин	73
Хроника	
Новые книги	
Для авторов	
	75
	78
	80

SISUKORD

Teooria ja praktika

- L. KERES, I.-V. NOVEK, E. RATNIK ja E. SAMARÜTEL — Laste etapilise haiglaravi korraldamisest Lõuna-Eestis 3
- L. TAMM — Kokarboksiilaas südame ja vereringe puudulikkusega reuma- haigete laste ravis 6
- I. LAAN — Reumahaigete laste ravist sanatoorses internaatkoolis 10
- A. PAVES — Ravivõtete mõjust vede-liku ja valgu transkapillaarse vahe- tuse tasakaalule haigetel lastel 12
- E. UMANSKAJA ja S. UMANSKI — Uropepsiini ekskretsioon tervetel ja haigetel lastel 14
- A. HERZOG ja L. LIIN — Podagra klii- nik ja röntgendiagnostika 17
- E. SALU — Veel mõne süstimislahuse sobimatuses 20

Ülevaated

- J. RIIV ja K. VALGMA — Südame is- heemilise tõve ravi printsiipe 23
- H. KAHN — Kompleksoonravi võima- lustest 29

Tervishoid. Töö teaduslik organiseerimine

- E. KAMA — Tervishoiu ülesannetest vabariigis 32
- O. TAMM — Sanitaar- ja epidemio- loogiajaamade laboratooriumid ja nende arenguperspektiivid Eesti NSV-s 36

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

- V. RAZIN — Flebektomiajärgsete tü- sistuste vältimisest 39
- T. VELGRE — Umbself lõppeva kahe- tunud ureetri juht 41
- L. AHU — Herpes zoster otoloogilise haigusena 42
- A. LUKAŠ — Alkoholihoobe diagnoosi- mise vigadest 44

Abiks velskritele ja õdedele

- A. UIBO — Hingamispuudulikkusega laste ravist ja põetamisest intensiiv- ravi-palatis 45
- A. VAPRA — Artrooside kliinik ja ravi 49
- A. TALIHÄRM — Kopsutuberkuloosi- haigete hooldamine ja järelravi pärast operatsiooni 52

Kaadri ettevalmistamine

- I. MAAROOS — Tartu Riiklikus Üli- koolis kaitstud meditsiini- ja farmaat- sia-alaseid väitekirju 54
- A. VAPRA — Leo Päi — arstiteaduse doktor 58
- H. PIHL — Uus teaduste kandidaat 58

Sanitaarharidustöö

- E. LAIDO ja H. KARP — Tõsta laste- asutuste personali teadmiste taset 59

Konverentsid ja nõupidamised

- A. PANOV — Silmaarstide juubelikon- verents 62
- H. JÄNES — XII teaduslik sessioon Kohtla-Järvel 62
- B. SCHAMARDIN — Tööhügieeni ja kutsehaiguste alane konverents ja sümposium 63
- I. ŠTŠERBAKOV — Üleliiduline nõu- pidamine 63
- A. VAPRA — Üleliiduline gerontolo- gide konverents ja seminar 64
- T. RAUDSEPP — Üleliiduline nõupida- mine sanitaarharidustöö alal 64

Tähtpäevad

- M. SIKK — Mihkel Eller üle poole sajandi meditsiinipõllul 65
- Professor Pavel Bogovski 50-aastane 66

Meditsiinitehnika

- B. ROKS — Tallinna Vabariikliku On- koloogia Dispanseri radiodiagnostika aparatuurist 67

Mitmesugust

- E. LEPIK — Eestikeelse logopeedia-alase terminoloogia küsimusi 69
- E. KINDLAM — Arvamus 71
- A. LUTS — Arvamus 72

Uusi ravimeid

- H. KANGRO — Korhoroosid, retaboliil, trijoodtüroniin 73

Kroonika

75

Uusi raamatuid

78

Autoritele

80