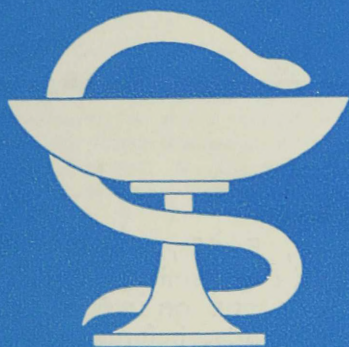




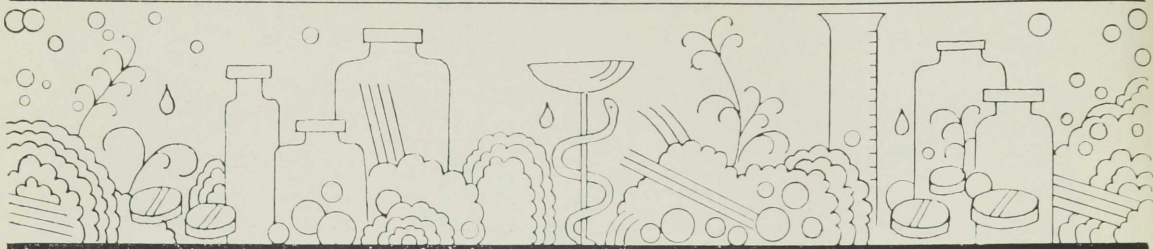
NOUKOGUDE EESTI

TERVISI HOID



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

1/74



PENTOVIT

Sisaldab vitamiine B₁, B₆, PP, B₁₂ ja foolhapet. Tõhus vahend perifeerse ja kesknärvisüsteemi haiguste (radikuliidi, neuralgia, neuriitide ja asteeniliste seisundite) kompleksravis. Võetakse sisse 2...4 tabletti kolm korda päevas 3...4 nädala vältel
Originaalpakendis 100 tabletti

PANHEKSAVIT

Sisaldab vitamiine A, B₁, B₂, B₆, PP, kaltsiumpantotenaati. B-rühma vitamiinid kui organismi biokatalüsaatorid koos A-vitamiini suurendatud annusega on mõjus vahend nahahaiguste (ekseemide, ihtüoosi, psoriaasi, furunkuloosi) kompleksravis ja nõrgenenud nägemisteravuse korral. Võetakse sisse 1 dražee kolm korda päevas
Originaalpakendis 50 dražeed

UNDEVIT

Sisaldab vitamiine A, B₁, B₂, B₆, B₁₂, P, C, PP, E, kaltsiumpantotenaati, foolhapet. Soodustab ainevahetust, tugevdab organismi. Kasutatakse enneaegse vananemise vastu, võetakse sisse 1 dražee kolm korda päevas
Originaalpakendis 50 dražeed

NÕUKOGUDE EESTI TERVIS- HOID

EESTI NSV TERVISHOIU
MINISTEERIUMI AJAKIRI

I/1974
17. AASTAKÄIK

TARTU ÜLIKOOLI
RAAMATUKOGU

Toimetuse kolleegium

N. AJASTA, N. ELSTEIN, A. JANNUS, V. KÜNG, V. LAOS (peatoimetaja
asetäitja), **U. MEIKAS, E. RAUDAM, V. RÄTSEP, J. SAARMA, M. SIKK,**
O. TAMM (peatoimetaja)

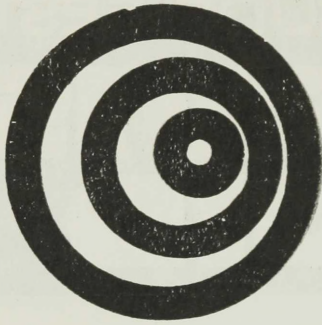
Toimetuse nõukogu

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

Tehniline toimetaja E. Tedre. Keeleline toimetaja E. Martson.
Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, postkast 19, Kallaku 3. Tele-
fon 443-70. Kirjastus «Periodika», Tallinn, Pikk t. 73, tel. 463-98

Ladumisele antud 10. XII 1973. Trükkimisele antud 09. I 1974. Trüki-
arv 5300. Trükipaber nr. 1. 70×100. 1/16. Trükipoognaid 6,25+3 klee-
bist. Tingtrükipoognaid 8,63. Arvestuspooznaid 10,28. Tellimuse
nr. 3273. MB-00706. EKP Keskkomitee Kirjastuse trükikoda. Tallinn,
Pärnu mnt. 67-a.

Журнал «Ныукогуде Ээсти Тервисхойд» (Здравоохранение Совет-
ской Эстонии). Выходит 6 раз в год. На эстонском языке. Орган
Министерства здравоохранения Эстонской ССР. Издательство «Пе-
риодика», Таллин.



Käsikirjad esitada toimetusele masinakirjas, kahes eksemplaris. Tekst lehe ühel küljel, ridade vahe kaks intervalli, leheküljel 30 rida, reas keskmiselt 60 täheruumi. Avaldamiseks saadetav töö peab olema sisult aktuaalne ja vastama tänapäeva teaduse tasemele. Artikkel koosnegu järgmistest pealkirjastatud osadest: sissejuhatus ja töö eesmärk, uurimismaterjal ja -meetodid, tulemused, arutelu ning vajaduse või soovi korral veel kokkuvõtte või järeldused. Käsikiri peab olema **keeleliselt redigeeritud**, kusjuures eriti tuleb kontrollida terminologia, valemite, mõõtühikute, tsitaatide, nimede, initsiaalide jne. õigsust. Uudse eestikeelse termini või mõiste kasutuselevõtmisel töös esitatagu see tõlkevaste sobivuse üle otsustamiseks võimalikult mitmes keeles (ladina, vene, inglise, saksa jne.). — Järjekordade vältimiseks esitada teaduslikud tööd kokkusurutult, võimalikult mitte üle viie ja ülevaated võimalikult mitte üle kümne lehekülje, kirjandus vastavalt mitte üle 10 ja 50 nimetuse. Kitsamatel, vähest lugejate arvu haaravatel erialadel esitada töö autoreferaadina. — **Asutuse töönd** selle kohta, kas töö on plaaniline, mitteplaaniline või dissertatsioonifragment, ja kas see

on valminud statsionaarses aspirantuuris, esitatakse toimetusele koos käsikirjaga. Tõendile kirjutab alla asutuse juhataja. Iga teadusliku töö peab viseerima teaduslik juhendaja. — **Andmed autori kohta** — perekonna-, ees- ja isanimi, asutuse nimetus, kodune aadress, töökoha ning koduse telefoni numbrid lisatakse käsikirja lõppu koos allkirjaga. Kõrgemate õppeasutuste ja uurimis-instituutide töötajad märkigu ära ka kateedri või osakonna nimetus. Kollektiivsetel töödel peavad olema kõikide autorite allkirjad, aadressid ja muud eespool nimetatud andmed. — **Referaat** esitatakse vene keeles (12...15 rida masinakirjas) ja võimalust mööda ka inglise keeles (8...12 rida masinakirjas). Kui ingliskeelset kokkuvõtet ei anta, siis esitada tõlkimiseks sobiv eestikeelne referaat. — **Kirjandus**. Kui bibliograafias on teoseid mitmes keeles, paigutatakse üldreeglina ette ladina tähestikuga ja nende järele venekeelsed teosed. Mõlemas rühmas järjestatakse autorid tähestikuliselt. Raamatutel märgitakse autori perekonnanimi, initsiaalid, pealkiri, väljaandmise koht ja ilmumisaasta. Ajakirjade puhul tuuakse ära autori ja kõikide kaasautorite perekonnanimi ja initsiaalid, artikli pealkiri, ajakirja täielik nimetus, ilmumisaasta, köide, anne või number, artikli lehekülgede algus- ja lõpnumbrid. — **Fotode ja jooniste** allkirjad paigutatakse teksti viimasena. Tarbe korral foto tagaküljele märkida, kumb pool on ülemine. — Käsikirju toimetuse ei tagasta ka siis, kui need ilmutata jäävad. Kuid toimetuse nõuetele mittevastavalt koostatud ja vormistatud käsikirja üks eksemplar saadetakse parandamiseks ja ümbertegemiseks autorile tagasi. — **Lubamatu** on toimetusele saata töid, mis on teistes väljaannetes juba trükitud. Kui töö samal ajal on saadetud avaldamiseks mõnda teise liiduvabariiki või välismaale, siis tuleb see kaaskirjas tingimata märkida.

© «Nõukogude Eesti Tervishoid»

«Nõukogude Eesti Tervishoid»

ilmub 6 korda aastas. Tellimishind aastaks 2 rbl. 40 kop., poolaastaks 1 rbl. 20 kop. Tellimusi võtavad vastu «Ajakirjanduslevi» osakonnad ja kõik sidekontorid. Tellimusi

järgmiseks aastaks võetakse vastu 25. novembrini, II poolaastaks 15. juunini. Tellimusi välismaale saab vormistada aadressil: Москва Г 200, «Международная книга».

Teooria ja praktika

ARTERI EMBOOLIA JA ÄGEDA TROMBOOSI RAVI

ENDEL TÜNDE LEMBIT ROOSTAR
KALJU PÖDER HENNO TIKKO KARL KULL
VILLU MÖLDER KAAREL TAMM

Tartu

UDK 616.13-005.6/7-089

Viimastel aastakümnetel on arteri emboolia ja ägeda tromboosiga haigete arv suurenenud (12). See on tingitud üha sagenevatest südame ja veresoonte haigustest (2, 15). Samal ajal on ägeda sulguse ravi tulemused küllalt tagasihoidlikud. Järelikult on selle probleemi uurimine üks aktuaalsemaid veresoonte kirurgias (13, 18).

Kuigi aordi bifurkatsiooni ja jäsme magistraalarterite ägeda sulguse diagnoosimine ja ravi on täiustunud (4, 8, 12), ei ole veel lõppenud diskussioon ravi taktika üle. Enamikul juhtudest rakendatakse kirurgilist ravi (1, 3, 11). Mõned on rahuldavaid tulemusi saanud ka konservatiivse raviga (12, 19). Arteri sulgusest tingitud äge isheemia põhjustab kudedes muutusi (16, 17), mis mõjutavad ka ravi tulemust (14). Et haiguse varajases perioodis pole isheemilistes kudedes tekkinud veel taaspöördumatuid protsesse, siis on ravi tulemused paremad (5, 9, 10). Haiguse hilisemas staadiumis aga ei õnnestu ka pärast verevoolu taastamist magistraalarterites paljudel juhtudel vältida degeneratiivsete muutuste süvenemist kudedes ega ka jäsme amputatsiooni (6, 7, 15).

Seega on õigeaegne abiandmine arteri ägeda oklusiooniga haigetele parema ravitulemuse saamiseks väga oluline.

Töös analüüsime Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla veresoonte kirurgia osakonnas aastatel 1960...1972 viibinud aordi bifurkatsiooni ja jäsme magistraalarterite ägeda sulgusega 223 haige ravi tulemusi. Mehi oli 150, naisi 73. 223 uuritul diagnoosisime

ägedat isheemiat 254 jäsemes, millest 183 juhtu oli põhjustatud embooliast ja 71 ägedast tromboosist. Kõige enam oli 51...70 aasta vanuseid haigeid, kokku 124.

Nii emboolia kui ka äge tromboos lokaliseerusid peamiselt alajäsemete arterites (vt. tabel 1).

Tabel 1

Emboolia ja ägeda tromboosi lokalisatsioon

Arteri segment	Kahjustuse laad		Kokku
	emboolia	äge tromboos	
Kõhuaordist niudearterini	68	24	92
Reiearterist õndlaarterini	59	32	91
Rangluualusest arterist õlavarrearterini	47	11	58
Sääre või käsivarre piirkonna arterid	9	4	13
Kokku	183	71	254

Emboolia tekkis südamehaiguste, äge tromboos aga veresoonte ateroskleroosiliste või harvem põletikuliste muutuste taustal.

Arteriaalse emboolia ja ägeda tromboosi iseloomulikud tunnused olid järgmised: subjektiivsed — tugevad valud, külma- ja tuimustunne ning raskus- või nõrkustunne kahjustatud jäsemes; objektiivsed — pulsi puudumine arteri oklusioonist distaalsemal, kahvatu või isegi sinakas naha värvus, nahatemperatuuri langus, tundlikkuse vähenemine või isegi puudumine,

jäseme mootorika häired kuni halvatu-
seni.

Jäseme isheemiline sündroom tekkis palju kiiremini ja oli tugevamalt väljendunud emboliajuhtudel. See on seletatav nendel haigetel vähem väljaarenenud kollateraalareringega.

Patsiendi kaebuste, jäseme verevarustuse ja kudedes toimunud muutuste alusel jaotasime ägeda isheemia juhud kolme staadiumi: I — suhteline ehk relatiivne isheemia (147 haigusjuhtu), II — täielik e. absoluutne isheemia (90 juhtu) ning III — gangreen (17 juhtu). Relatiivse isheemia puhul esinesid pea-aegu kõik haiguse tunnused. Absoluutse isheemia staadiumis oli kliiniline pilt palju intensiivsemalt väljendunud. Nendel haigetel olid jäsemes tugevad püsivad valud, jäseme distaalsete osade tsüanoos; nahatundlikkus oli kas vähenenud või puudus, esinesid jäseme funktsiooni häired kuni halvatuseni. Isheemia III staadiumis ilmnesis jäsemes tüüpilised gangreeni tunnused.

Isheemilistes kudedes esineb mitmeid ainevahetuse muutusi, mis peegelduvad kas kahjustatud jäseme veres või väljendunud isheemiajuhtudel kogu organismi veres.

Isheemiast kahjustatud jäseme venoosse vere happe-leelise tasakaal oli kõikidel juhtudel muutunud. Mida intensiivsemalt väljendusid jäseme verevarustuse häired, seda suurem oli happe-leelise tasakaalu nihe metabolistliku atsidoosi suunas ning tunduvalt oli vähenenud vere hapnikusisaldus (vt. joonis). Venoosse vere happe-leelise tasakaal ja hapniku osarõhk absoluutse isheemiaga haigetel erinesid oluliselt analoogilistest andmetest relatiivse isheemia juhtudel ($P < 0,05 \dots 0,001$). Pärast arteriaalse verevoolu taastamist normaliseerusid kahjustatud jäseme venoosse vere happe-leelise tasakaal ja hapniku osarõhk alles 3. kuni 4. päevaks. Kui verevoolu suutisime parandada vaid osaliselt, siis happe-leelise tasakaal haigete väljakirjutamise ajaks täielikult ei normaliseerunudki.

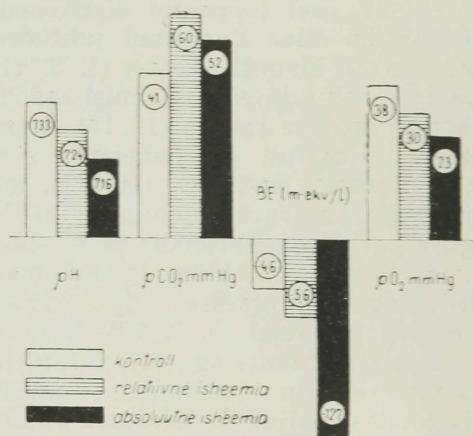
Seega peegeldavad happe-leelise tasa-

kaal ja hapniku osarõhk isheemiliste kudede teatavaid ainevahetuse muutusi enne ravi ja ravi ajal.

Vere seerumi valgufraktsioonide uurimisel sedastasime ägeda arteriaalse sulgusega 42 haigel albumiinide hulga tunduvalt vähenemist ja α_2 - ning β -globuliinide fraktsiooni tõusu.

Vere hüübimismehhanismi uurimisel leidsime enamikul haigetest kalduvust hüperkoagulatsiooniks (kiirenenud hüübimis- ja veritsusaeg; suurenenud protrombiini-, fibrinogeeni-, trombotsüütide- ja kaltsiumisisaldus), mis oli palju intensiivsem ägeda tromboosiga haigetel, kellel arterisulgus oli alguse saanud oblitereerivast ateroskleroosist.

Kuigi naatriumi ja kaaliumi kontsentratsioon vere seerumis absoluutse isheemiaga haigetel oli normis, tähele dasime relatiivse isheemiaga võrreldes siiski elektrolüütide kontsentratsiooni vähenemistendentsi.



Vere kliinilise analüüsi andmetest ilmneb, et SR on kiirenenud ja leukotsütoos ning leukotsüütide nihe vaskule suurem emboliaga haigetel, eriti neil, kellel oli absoluutne isheemia ($P < 0,05$).

Eespool toodust selgub, et ägeda arteriaalse sulguse raskuse selgitamisel ja sellest põhjustatud isheemia ulatuse ning jäseme kompensatsioonivõime määramisel on haige kaebuste ja kliiniliste sümptomide kõrval küllalt tähtis osa laboratoorsetel uuringutel. Nen-

de tulemuste analüüs võimaldab paremini hinnata muutusi, mis on tekkinud kahjustatud kudedes.

63 haigel, peamiselt sulguse lokaliseerumisel reie- ja öndlaarterite osas (39 juhtu), kasutasime angiograafiat, mille abil oli võimalik täpsustada oklusiooni asukohta, välja selgitada kahjustatud arteri seinamuutused ning saada ülevaade kollateraalareringe seisundist.

Ravi alustati enamasti juba kohapeal analgeetikumide, spasmolüütikumide ning antikoagulantidega (hepariini 15 000 ühikut lihasesse). Seejärel saadeti haiged veresoonte kirurgia osakonda. Samasugust ravitaktikat on soovitud ka mõned teised autorid (2, 11).

Ravimeetodi valikul lähtusime haige üldseisundist ning jäsme isheemia staadiumist, ka sellest, kas oletatavasti oli tegemist emboolia või ägeda tromboosiga. Embooliajuhtudel, kui haige üldseisund lubas, tegime nii relatiivse kui ka absoluutse isheemia korral verevoolu taastava operatsiooni. Ägeda tromboosiga haigetele määrati relatiivse isheemia juhtudel tavaliselt konservatiivne ravi. Kui oli tekkinud absoluutne isheemia, siis võtsime ette verevoolu taastava operatsiooni. Seega kõiki absoluutse isheemiaga haigeid opereeriti, kui üldseisund võimaldas ja kui jäsme ei olnud tekkinud gangrenoosseid muutusi. Nende esinemisel amputeerisime jäsme. Konservatiivse ravi määrasime haigetele, kellel äge sulgus paiknes distaalsetes (sääre, käsivarre) arterites.

Haige üldseisundist sõltub ka operatsiooni meetodi valik. Embooliajuhtudel on verevarustust võimalik taastada palju lihtsama operatsiooniga (embolektomia), mis lubab opereerida isegi suhteliselt halvasti seisundis olnud haiget. Ägeda tromboosiga haigetel tuleb verevarustuse taastamiseks sageli teha ulatuslikum rekonstruktiivne operatsioon (trombendarerektoomia, šunteerimine). Selleks aga on vajalik, et haige üldseisund oleks suhteliselt hea.

Peamiseks operatsioonivõtteks oli otsene embolektomia või trombektoomia

(117 korral), kaudne trombi eemaldamine Fogarti kateetri, aspireerimise või «väljaloputamise» teel, endarterektoomia veenilapiplastikaga, kahjustatud arteri segmenti šunteerimine auto- või allotransplantaadiga (veeniga). 21 haigel kasutasime väga edukalt Fogarti kateetrit primaarsest trombist või embolist lähtuvate trombimasside eemaldamiseks.

Tabel 2

Kirurgilise ravi tulemused

Kahjustuse laad	Ravi tulemus			Kokku
	verevarustuse			
	taastamine	paramine	gangreeni teke	
Emboolia	73	34	13	120
Äge tromboos	30	13	5	48
Kokku	103	47	18	168

Nagu tabelist 2 selgub, taastus verevool relatiivse ja absoluutse isheemia staadiumis kirurgilise raviga täielikult 103 jäsemes (61,3%), 47 jäsemes (28,0%) verevarustus kollateraalareringe arvel paranes, mis võimaldas vältida jäsme amputatsiooni. Kuid 13 haigel (10,7%) verevarustust võimalik parandada ei olnud ja jäsemes tekkis gangreen, mis 11 juhul oli tingitud distaalsete arterite obliteratsioonist. 7 haigel tekkis pärast sulguse eemaldamist uus tromboos, mille puhul konservatiivne ravi tulemusi ei andnud. Haigeid uuesti opereerida aga ei saanud, sest nad kõik olid äärmiselt raskes seisundis. Kõik need haiged, kellel verevoolu taastavast operatsioonist hoolimata arenes jäsemes gangreen, olid ravile saanud haiguse hilises perioodis, siis, kui kudedes olid juba sügavad muutused.

Emboolia ja ägeda tromboosi kirurgilise ravi tulemused on võrdsed, mis veel kord kinnitab tromboosihaigete opereerimise vajalikkust.

Ravi tulemused sõltuvalt jäseme isheemia staadiumist

Isheemia staadium	Ravi tulemus			
	Kokku	verevarustuse		
		taastu- mine	parane- mine	gangree- ni teke
Relatiivne	147	80	52	15
Absoluutne	90	40	32	18
Gangreen	17	1	1	15
Kokku	254	121	85	48

parandada verevoolu jäsemes. See õnnestus vaid kahel haigel, kellel gangreen piirdus ainult varvaste piirkonnaga. Kõikidel teistel juhtudel, vaatamata emboli või trombi eemaldamisele, gangreeninähud süvenesid. Nagu meie tähelepanekutest selgub, võib piiratud gangrenoossete muutuste korral (varbad või sõrmed) ette võtta verevoolu taastava operatsiooni. Kui aga gangreenist on haaratud põid, käsi või jäseme proksimaalpiirkonnad, siis peetakse otstarbekaks jäse kohe amputeerida.

Letaalsus moodustas 17,5%. Peamis- teks surmapõhjusteks olid kopsu-, mesenteriaal- ning ajuarterite emboolia, äge südamepuudulikkus ja organismi üldintoksikatsioon.

Embooliaga ja ägeda tromboosiga haigetel põhihaigus pidevalt süveneb, mis omakorda avaldab mõju ravi hilis- tulemustele ka neil, kellel verevarus- tus operatsiooni tulemusena oli täieli- kult taastunud. Hea verevarustus säilis esimesel aastal 81%-l haigetest. 78%-l ei muutunud see isegi kolme aasta jooksul. Letaalsus kolme vaatlusaasta pärast moodustas 15% ja oli tingitud põhihaiguste tüsistustest. Letaalsus nende haigete hulgas, kes olid pideva arstliku kontrolli all, oli minimaalne.

Jäsemete magistraalarterite emboo- liaga ja ägeda tromboosiga haiged kuuluvad dispanserimisele ning regu- laarsele põhihaiguse ravile.

Kui verevarustus jäseme relatiivse isheemia staadiumis konservatiivse ravi ajal (spasmolüütikumid, hepariin, fib- rinolüsiin, hapnikuinhalsioonid) kii- resti ja oluliselt paranes, siis jätkasime intensiivset ravi seni, kuni olime saa- nud püsiva tulemuse. 69 konservatiiv- selt ravitud haigel õnnestus verevarus- tus taastada või seda parandada 54 jäsemes, kuid 15-s (22%) ei olnud seda võimalik teha ning arenes gangreen.

Üldised ravitulemused relatiivse ja absoluutse isheemia staadiumis olid seda paremad, mida varem olime ravi alustanud (vt. tabel 3). Ka ravi haiguse hilises perioodis, kui jäsemes ei olnud tekkinud veel gangreeni tunnuseid, oli küllalt tõhus. See on seletatav kas kollateraalvereringe osalise funktsio- neerimise või sulgusega distaalsetes arterites.

Tabel 3

Ravi tulemused sõltuvalt haiguse kestusest

Haiguse kestus	Ravi tulemus			Kokku
	verevarustuse			
	taastu- mine	parane- mine	gangree- ni teke	
Kuni 12 tundi	50	28	10	88
13...24 tundi	18	15	7	40
25...48 tundi	17	17	8	42
3...5 päeva	23	11	8	42
Üle 5 päeva	12	13	0	25
Kokku	120	84	33	237

Nagu tabelist 4 selgub, sõltuvad ägeda isheemia staadiumist ka ravi tulemused. Kui relatiivse isheemia korral ei olnud verevarustust võimalik parandada 10%, siis absoluutse ishee- mia staadiumis alustatud ravi puhul juba 20%, gangrenoossete muutuste olemasolul aga peaaegu kõikidel juhtu- del. Seega isheemiliste muutuste süve- nemisega halvenevad ka ravi tulemu- sed.

17 patsiendist, kellel jäsemes ilmne- sid gangreeni tunnused, püüdsime 10-1

Järeldused

1. Arteri embooliaga ja ägeda tromboosiga haigetele tuleb valuvaigisteid, spasmolüütikume ja hepariini anda otsekohe ning pärast seda saata nad veresoonte kirurgia osakonda.

2. Haige üldseisundi ja isheemiast kahjustatud jäseme funktsionaalsete võimete hindamisel tuleb arvestada jäseme kahjustatud kudedes ja kogu organismis toimuvaid ainevahetuse muutusi. Need avalduvad eelkõige isheemiast kahjustatud jäseme venoosse vere happe-leelise tasakaalu nihetes metabolismliku atsidoosi suunas ja hapnikusisalduse vähenemises ning vere hüperkoagulatsioonis, ka valgufrakt-siooni ja elektrolüütide hulga muutus-tes. Happe-leelise tasakaalu ja hapniku osarõhu muutused ravi käigus peegeldavad ka ravi mõjusust.

3. Arteris verevoolu taastav operatsioon on valikmeetodiks relatiivse ja absoluutse isheemia staadiumis.

4. Konservatiivne ravi on näidustatud juhul, kui haige on äärmiselt raskes seisundis või kui sulgus paikneb distaalsetes arterites ega põhjusta jäsemes absoluutset isheemiat.

5. Kui jäsemes on tekkinud gangreeni tunnuseid, siis tuleb jäse ampu-terida.

6. Arteri ägeda sulgusega haigete ravi tulemused on seda paremad, mida varem aktiivset ravi alustatakse, et vältida isheemilistes kudedes tekkivaid tagasipöördumatuid protsesse.

KIRJANDUS: 1. Barker, C. F., Rosato, F. E., Roberts, B. Surg., Gynecol. Obstet., 1966, 123, 22—26. — 2. Castellani, L., Barsotti, J., Larrien, H., Greco, J. Angiologie, 1969, 21, 5, 291—317. — 3. Darling, R. C., Austen, W. S., Linton,

R. R. Surg., Gynecol. Obstet., 1967, 124, 1, 106—114. — 4. Kristen, H. Chirurg, 1969, 40, 10, 446—450. — 5. Linkberg, A., Roostar, L., Tünder, E., Pöder, K., Tikko, H., Kull, K. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1969, 2, 99—102. — 6. McCann, W. J. Am. J. Surg., 1964, 108, 6, 768—771. — 7. Shumacker, H. B., Mandelbaum, J. Am. Surg., 1962, 28, 4, 199—205. — 8. Thompson, J. E., Sigler, L., Raut, P. S., Austin, D. J., Patman, R. D. Surgery, 1970, 67, 1, 212—220. — 9. Белорусов О. С. Острые тромбозы и эмболии терминального отдела аорты и магистральных артерий конечностей (клиника, диагностика, выбор метода лечения). Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1967. — 10. Жмур В. А. Хирургия, 1964, 3, 81. — 11. Князев М. Д. Острая артериальная непроходимость бифуркации аорты и артерий конечностей. Автореф. дисс. доктора мед. наук. М., 1969. — 12. Мирза-Авакян Г. Л. Дифференциальная диагностика и показания к различным методам лечения острых тромбозов и эмболий магистральных артерий конечностей. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Ереван, 1971. — 13. Петровский Б. В. Избранные лекции по клинической хирургии. М., 1968. — 14. Петровский Б. В., Крылов В. С., Князев М. Д., Белорусов О. С. Хирургия, 1966, 4, 3—9. — 15. Ратнер Г. Л. Вестн. хир., 1963, 12, 87—89. — 16. Ревской А. К. Материалы экспериментального исследования о продлении жизнеспособности конечности после перевязки магистральных артерий. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Томск, 1970. — 17. Рябов Ю. В. Диагностика и лечение регионарной гипоксии конечностей при некоторых видах периферической артериальной недостаточности. Автореф. дисс. доктора мед. наук. М., 1972. — 18. Савельев В. С., Затевахин И. И. В кн.: Частная хирургия болезней сердца и сосудов. М., 1967, 616—627. — 19. Чазов Е. И. Тромбозы и эмболии в клинике внутренних болезней. Москва—Варшава, 1966.

TRÜ Arstiteaduskonna teaduskonna-
kirurgia kateeder

Tartu Vabariiklik Kliiniline Haigla

PERITONEAALDIALÜÜS NEERUPUUDULIKKUSE RAVIS

AIN VÄRIMÄE
HARRI TIHANE

Tartu

UDK 616.61-008.64-08:616.381-073.27

Kliinikus on kasutamist leidnud peritoneaaldialüüs, mis oma mõjususest jääb maha vaid hemodialüüsist. Tehniliselt on peritoneaaldialüüs lihtne, ei nõua keerukat aparatuuri ja on rakendatav igas haiglas, kus saab küllaldasel hulgal valmistada steriilseid dialüüsivedelikke. Mitmel juhul, kui patsient talub hemodialüüsi halvasti, kui hepariini manustamise tulemusena tekib hemorraagiaoht või kui on düsekvilibriumiisündroomi tekke võimalus raske ureemia korral, tuleb peritoneaaldialüüsi isegi eelistada hemodialüüsile (5, 9).

Peritoneaaldialüüsi näidustused on järgmised (2, 5, 6, 7, 8, 9).

1. Äge neerupuudulikkus.

2. Krooniline neerupuudulikkus:

a) ägenemisperioodidel dekompenseeritud ureemia ravi;

b) haiguse lõppstaadiumis haigete ettevalmistamine neeru siirdamiseks.

Erinevalt hemodialüüsist ei vaja haiged peritoneaaldialüüsiks vereülekan- deid, millega väldime organismi sensi- biliseerumist kehavõõra valguga (6, 11).

3. Juhtudel, kui haige dialüüsikesku- ssesse toimetamine raske üldseisundi tõttu ei ole võimalik.

4. Ureemiahaigete operatsiooniks ettevalmistamine.

5. Rasked vee ja elektrolüütide, samuti happe-leelise tasakaalu häired (hüperkaleemia, metabolistlik atsidoos, tursed, mis ravimite toimele ei alane).

6. Mürgitused:

a) eksogeensed — lühikese toime- ajaga barbituraatide, meprobamaadi, klooritud süsivesikutega jt.;

b) endogeensed — maksakooma, hü- perkaltseemia jt.

7. Düsekvilibriumisündroomi oht.

Kui jääklämmastiku kontsentratsioon veres on üle 200 mg%, soovitatakse ravi alustada peritoneaaldialüüsiga. See

on tarvilik, et vältida hemodialüüsi kiire puhastava toime tõttu düsoso- laarsuse teket ajukoos ja ajuturset.

8. Väikelaste ravi, kellel veresooni ei ole võimalik kanüülida.

9. Ohtlikud infektsioonid (koolera, katk jt.), mille korral haigeid on vaja ravida isoleeritult kohapeal.

10. Vereringe raske puudulikkus (šokk, kollaps jt.).

Peritoneaaldialüüsi takistavad asja- olud on järgmised.

1. Liited ja kasvavad kõhuõõnes ning suured songad, mis takistavad dialüüsivedeliku dreanaazi.

2. Pärast kõhuõõne operatsioone tek- kiva peritoniidi ja hemorraagia oht.

3. Rasedus, mis on kestnud üle kolme kuu.

4. Hüperkatabolism, rapiidne hüper- kalieemia ja mürgitused, mille korral peritoneaaldialüüs on oma toime aeg- luse tõttu suhteliselt vähe efektiivne.

5. Hüpoproteineemia oht.

Peritoneaaldialüüs on patofüsioloogi- liste toimemehhanismide tundmise, laboratoorse tehnika ja meditsiinisead- metega varustatuse korral tänapäe- val küllalt ohutu ja võimalikud tüsis- tused ei piira meetodi rakendamist kliinikus.

Peritoneaaldialüüsi tüsistused võivad olla järgmised (2, 4, 9).

1. Infektsioon ja peritoniit.

2. Punktiooni ajal kõhuõõne elundite vigastamine.

3. Veritsus veresoone vigastamisest.

4. Vee ja elektrolüütide bilansi nih- ked vedeliku peetumisel kõhuõõnes.

5. Perifeerne vaskulaarne kollaps, peamiselt dehüdratatsiooni tagajärjel.

6. Infiltraat kõhuseinal, mis on tek- kinud lekkimisest kateetri ümber.

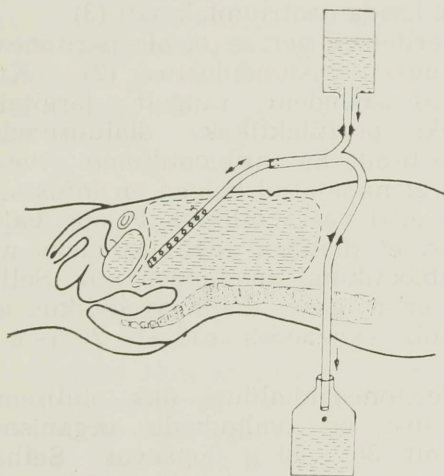
7. Kopsutüsistused tingituna pat- siendi immobilisatsioonist ja diafragma kõrgseisust.

Peritoneaaldialüüside arv ja näidustused ravituil

Haige initsiaalid	Vanus aastates	Diagnoos	Dialüüside arv	Näidustus
K. P	46	<i>Tbc. renum. Insufficiencia renum chronica in st. IV.</i>	25	Vedeliku eemaldamine ravimiresistentsete tursete tõttu.
G. A.	23	<i>Glomerulonephritis subacuta. Insufficiencia renum chronica in st. II.</i>	16	Sama.
K. A.	34	<i>Pyelonephritis chronica. Insufficiencia renum chronica in st. IV. Haemorrhagia ex ulcera duodeni et intestinorum.</i>	4	Raske ureemia. Hemodialüüs vastunäidustatud, kuna hepariini manustamisel seedetrakti verejooksu oht.
K. E.	44	<i>M. hypertonicus. Nephrocirrhosis. Insufficiencia renum chronica in st. IV.</i>	7	Raske ureemia. Hemodialüüs vastunäidustatud raske kardiovaskulaarse puudulikkuse ja väga kõrge arteriaalse rõhu tõttu.
R. A.	47	<i>Syndroma Kimmelstiel-Wilson. Insufficiencia renum chronica in st. III. Haemorrhagia cerebri.</i>	2	Ureemia ning vee ja elektrolüütide bilansi häired. Hemodialüüs vastunäidustatud seoses aju hemorraagiaga.
J. Z.	33	<i>Lupus erythematodes. Insufficiencia renum chronica in st. III.</i>	1	Medikamentoosle ravile mittealluv interstitsiaalne kopsuturse.

Töö eesmärgiks oli peritoneaaldialüüsi rakendamine ja selle mõjususe hindamine kroonilise neerupuudulikkusega haigete ravis. Omandati dialüüside tegemise, haigete hooldamise ja tüsistuste vältimise meetodika.

Materjal ja meetodika. Analüüsiti kuuel haigel tehtud 55 peritoneaaldialüüsi juhtu (vt. tabel).



Kõhu keskjoonel nabast madalamal viiakse kõhuõõnde kateeter, mis kju-

tab endast 3 mm diameetriga metallist stiletti, mille peal on polüetüleenist kateeter. See juhitakse väikesesse vaagnasse ja ühendatakse T-kujulise süsteemi abil ühe-kaheliitrise pudeliga (vt. joonis), milles on dialüüsivedelik soojendatuna 37 kuni 40°C. Dialüüsivedeliku koostis on järgmine (arvutatud ühe liitri vedeliku kohta):

naatriumkloriid	6,10 g/l	140,5 mekv/l
kaltsiumkloriid	0,23 „	3,5 „
magneesiumkloriid	0,05 „	1,5 „
naatriumvesinikkarbonaad	2,20 „	26,8 „
kaaliumkloriid	0,35 „	4,0 „

Dialüüsivedeliku koostises kasutati glükoosi kontsentratsioon 1,5...7% vastavalt vajadusele eemaldada organismist vedelikku. Dialüüsivedelikule lisati 1000 ühikut hepariini, 250 000 TÜ penitsilliini ja 100 mg tetraoleani või olemorfotsükliini ühe liitri vedeliku kohta.

Dialüüsiks viidi kõhuõõnde üks või kaks liitrit vedelikku, ekspositsiooniaeg kõhuõõnes 1 või 2 tundi. Vedelikku vahetati 3 kuni 5 päeva jooksul pidevalt, kusjuures dialüüs ööseks tavaliselt

katkestati. Enne dialüüsi vedeliku kõhuõõnde viimist manustati valu vältimiseks samasse 10 ml 1...2%-list novokaiinilahust.

Peritoneaaldialüüsi ajal jälgiti sisseviidud ja eemaldatud vedeliku hulka, hemodünaamikat, valgu, elektrolüütide, jääklämmastiku, urea, kreatiini hulka ning happe-leelise tasakaalu.

Tulemused. Peritoneaaldialüüsi meetodikat omandada oli kerge. Vedeliku eemaldamine organismist oli 42 dialüüsi otsene eesmärk. Dialüüside tulemusena eemaldati organismist vedelikku tunnis 0,460 l rohkem, võrreldes sisseviidud vedelikuga. Tursed dialüüs-raviga kas tunduvalt alanesisid või kadusid, kusjuures kehakaal kolme dialüüsi tulemusena langes kuni 14 kg.

Arteriaalne rõhk dialüüside ajal oluliselt ei muutunud. Ühel korral tekkis lühiajaline perifeerne vaskulaarne kollaps, seitsmel aga ilmnesid hüповoleemianähud. Nendel juhtudel dialüüs ajutiselt katkestati ja tehti vere- ning plasmaülekandeid.

Dialüüside tulemusena ilmnes valgukaotus. Kõhuõõnest eemaldatud dialüüsaadis oli valgu kontsentratsioon 0,5...1%. Vereplasma proteinogrammis avaldus valgukaotus domineerivalt albumiinide fraktsiooni vähenemisena.

Verekeerumise jäi endiseks naatriumi ja kaaliumi kontsentratsioon. Ühelgi juhul ei täheldatud peritoneaaldialüüsist tingitud düselektrolüteemiat. Ühel haigel õnnestus peritoneaaldialüüsiga korrigeerida organismis naatriumi, kaaliumi ja vedeliku tasakaalu, mille tulemusena diurees suurenes. Patsient kirjutati haiglast välja rahuldavas üldseisundis.

Urea, kreatiini ja jääklämmastiku kontsentratsioon pärast 1- kuni 2-tunnist ekspositsiooniga kõhuõõnes oli dialüüsivedelikus 50...90% nende kontsentratsioonist vereplasmas.

Enne dialüüsi esines haigetel mõõdukas või väljendunud metaboolne atsidoos (pH oli $7,26 \pm 0,08$; BE $11,2 \pm 6,3$; SB $17,4 \pm 2,7$). Pärast peritoneaaldialüüsi metaboolne atsidoos vähenes, täiesti see aga ei kadunud.

Vedeliku sisseviimisel tundsid valu kõhus kõik haiged. Esimestel dialüüsidel oli valu tagasihoidlik, korduvate dialüüside ajal valu tugevnes. Osal haigetest ilmnesid dialüüsi lõpul peritonisminähud, mis dialüüsi lõpetamisel kadusid.

Kõhuseinas peritoneaalkateetri ümber tekkis infiltraat kahel haigel. See resorbeerus teisel-kolmandal päeval pärast kateetri eemaldamist. Üheksa dialüüsi käigus tekkis kõhuõõnes dialüüsivedeliku peetus, kuid vedeliku hulk ei olnud üle kahe liitri.

Arutelu. Peritoneaaldialüüs on kõrvuti hemodialüüsiga edukalt rakendatav kroonilise neerupuudulikkusega haigete ravis. Paljudel juhtudel tuleb peritoneaaldialüüsi isegi eelistada hemodialüüsile, eriti siis, kui viimast on raske kasutada. Kui kunstliku neeru aparaat ei taga küllaldast vedeliku eemaldamist organismist, on ratsionaalne sel eesmärgil paralleelselt rakendada peritoneaaldialüüsi. Viimane on eriti tõhus tursete puhul, mis ravi- mite toimet raskesti alanevad (2, 10).

Peritoneaaldialüüsiga korrigeeritakse ka ureemia korral esinevat asoteemiat, atsidoosi ja elektrolüütide nihkeid. Metaboolne atsidoos jääb siiski püsima. Selle korrigeerimise peritoneaaldialüüsiga paraneb, kui dialüüsivedelikule lisada naatriumlaktaati (3).

Peritoniit *per se* ei ole peritoneaaldialüüsi vastunäidustus (2). Kuigi steriilsusnõudeid rangelt järgitakse, tuleks profülaktikaks dialüüsivedelikule lisada ka antibiootikume, arvestades, et nimetatud haiged on infektsioonile eriti vastuvõtlikud. Peame vajalikuks, et dialüüsivedelikus oleks mitu antibiootikumi kombineerituna. Sellega bakterite kasv dialüüsivedelikus aeglustub, vähenedes 61%-lt 20%-ni (4, 10).

Peritoneaaldialüüsi üks olulisemaid puudusi on valgukadu organismist, nimelt 30...40 g ööpäevas. Sellisele proteiinide kaotusele viitavad ka teised autorid (1, 2, 4, 5). Valgukadu vähendab valgu lisamine dialüüsivedelikule (1, 4).

Kokkuvõte

1. Peritoneaaldialüüs on lihtne, ohutu ja küllalt tõhus kroonilise neerupuudulikkusega haigete ravis ning on rakendatav vabariigi paljudes haiglates.

2. Peritoneaaldialüüs on efektiivne nii refraktaarsete tursete kui ka asoteemia, düselektrolüteemia ravis; vähem happe-leelise tasakaalu häirete korrigeerimiseks.

3. Infektsioossed tüsistused on välditavad. Valu, peritonism, hüповoleemia, perifeerne vaskulaarne kollaps, kõhuseina infiltraat ning valgukaotus on kergesti ravitavad. Need nähud ei piira peritoneaaldialüüsi kasutamist kliinikus.

KIRJANDUS: 1. Berlyne, G. M., Lee, H. A., Giordano, C., De Pascale, C., Esposito, R. Lancet, 1967, 24, 1339—1341. —

2. Burns, R. O., Henderson, L. W., Hager, E. B., Merrill, J. P. N. Engl. J. Med., 1962, 267, 21, 1060—1066. — 3. Dixon, S. R., McKean, W. I., Pryor, J. E., Irvine, R. O. H. Clin. Sci., 1970, 39, 51—60. — 4. Gjessing, J. Studies of peritonealdialysis. Uppsala, 1969. — 5. Jutzler, G. A. Med. Mitt. (Melsungen), 1965, 39, 104, 20—26. — 6. Kuhlback, M. Münch. med. Wochenschr., 1966, 31, 1547—1552. — 7. Naher, J. F., Schreiner, G. F. Trans. Am. Soc. Artif. Intern. Organs, 1969, 15, 461—477. — 8. Maxwell, M. H., Rockney, R. E., Kleeman, C. R., Twiss, M. R. JAMA, 1959, 170, 917—924. — 9. Tshervenakov, A., Patev, E., Gruev, I. Int. Urol. Nephrol., 1970, 2, 75—78. — 10. Wertheimer, M., Nielsen, K. D., Stewens, L. E. Am. J. Surg., 1967, 114, 685—690. — 11. Соловьев Г. М. Хроническая почечная недостаточность и трансплантация почек. М., 1971.

Tartu Vabariiklik Kliiniline Haigla

TRÜ Arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia kateeder

AB0-SÜSTEEMI VEREGRUPID JA SAPIPÕIEPÕLETIK

ANTS HAAVEL
Kingissepa

UDK 612.118.221.2:616.366-002

Kõhuõõne elundite ägedate haiguste seas on sagedasemaks sapipõiepõletik (5, 14). Selle esinemissageduse, kulu ja kliiniliste iseärasuste uurimisel on välja selgitatud haige vanuse, kaasuvate haiguste ning arvukate teiste ekso- ja endogeensete tegurite osatähtsus (2, 3, 6, 8, 9, 14).

Geneetika arengust tingituna intensiivistus XX sajandi teisel poolel veregruppide ja haiguste vahelise korrelatsiooni uurimine. Kirjanduses on andmeid AB0-süsteemi veregruppide korrelatsioonist Botkini tõve (13), helmintooosi (15), maohaavandi (1), kaksteistsõrmiksoole haavandi (4, 7), kroonilise gastriidi (12), röugete ja katku korral (13). Meile kättesaadavas kirjanduses aga puudusid uurimused, mis oleksid käsitletud AB0-süsteemi veregruppide seost sapipõiepõletikuga.

Töö eesmärgiks oli võrrelda sapipõiepõletiku esinemissagedust erinevate veregruppidega isikuil. Me eeldasime, et töö võib anda täiendavaid andmeid sapipõiepõletiku patogeneesist ning võib-olla toob kaasa täiendust haiguse profülaktikas ja ravis.

Materjal ja meetodika. Uuritud on sapipõiepõletikku põdenud 154 haiget. Diagnoosi seisukohalt on töös piiratud üksnes kirurgiliselt ravitud haigetega, sest operatsiooni tulemuste alusel oli võimalik kindlaks määrata haigusprotsessi laadi ja patoloogilis-anatoomilisi muutusi.

Uuritud haigeid opereeriti Rapla, Hiiumaa ja Kingissepa rajooni keskhaiglas. Vaatluse alla kuulusid üksnes need, kel anamneesis kaasuvad haigused puudusid. Rahvuselt olid nad kõik eestlased.

Tabel 1

Uuritute jaotumine vanuse ja soo järgi

Vanus aastates	Mehed	Naised	Kokku
Kuni 19	—	3	3
20...49	9	35	44
50...69	19	49	68
70 ja vanemad	13	26	39
Kokku	41	113	154

Tabel 2

Uuritute jaotumine AB0-süsteemi veregruppide järgi

Veregrupid	Äge sapipõie-põletik			Krooniline sapipõie-põletik		
	mehed	naised	kokku	mehed	naised	kokku
	0/I	8	21	29	3	13
A/II	7	28	35	4	10	14
B/III	15	25	40	2	10	12
AB/IV	1	2	3	1	4	5

Tabel 3

Uuritute jaotumine haigusvormide ja veregruppide järgi

Sapipõiepõletiku vorm	Veregrupid			
	0/I	A/II	B/III	AB/IV
Katarraalne	13	17	16	3
Flegmonoosne	6	6	8	—
Gangrenoosne	10	12	16	—

Tabel 4

Sapikivitõbe põdevate haigete jaotumine veregruppide järgi

Veregrupid	Ägedad sapi-põie-põletikud			Kroonilised sapi-põie-põletikud		
	mehed	naised	kokku	mehed	naised	kokku
	0/I	2	12	14	2	13
A/II	4	13	17	1	6	7
B/III	7	12	19	—	6	6
AB/IV	1	1	2	1	2	3

Tabel 5

Doonorite jaotumine veregruppide ja soo järgi

Sugu	Veregrupid			
	0/I	A/II	B/III	AB/IV
Naised	345	357	189	63
Mehed	312	216	134	42
Kokku	657	573	323	105

Haigete jaotumine vanuse ja soo järgi on esitatud tabelis 1.

Uurituist oli äge põletik 107-l, krooniline 47 haigel. Katarraalne sapipõie-põletik oli 49 haigel, neist põdes sapikivitõbe 25. 20 haigel oli flegmonoosne põletik, neist sapikivitõbi 11-l. 38 haigel oli gangrenoosne põletik, neist põdes sapikivitõbe 16.

Haigete jaotumine AB0-süsteemi veregruppidesse on esitatud tabelis 2, jaotumine veregruppide ja haigusvormide järgi aga tabelis 3.

Destruktiivset sapipõie-põletikku põdevaist haigeist oli 0/I veregrupp 16-l, A/II veregrupp 18-l ja B/III veregrupp 24 haigel.

Sapikivitõbe oli diagnoositud 52-l ägeda sapipõie-põletikuga ja 31-l kroonilise sapipõie-põletikuga haigel. Sapikivitõbe põdevate haigete jaotumine veregruppide järgi on esitatud tabelis 4.

Sapikivitõbe põdevast 83 haigest oli 0/I veregrupp 29-l, A/II veregrupp 24-l, B/III veregrupp 25-l ja AB/IV veregrupp viiel haigel.

Kontrollrühma kuulus 1658 doonorit, kes olid Kingissepa Rajooni Keskhaigla verekabinetis arvel (vt. tabel 5):

Töös püstitatud hüpoteeside matemaatiline kontroll χ^2 -meetodil tehti Eesti NSV Teaduste Akadeemia Küberneetika Instituudis.*

Tulemused. Sapikivitõbe põdevate haigete ja doonorite veregruppidesse

* Autor avaldab tänu abi eest Eesti NSV Teaduste Akadeemia Küberneetika Instituudi töötajale Mare Haabnale.

jaotumine on ühesugune, nende vahel ei ole olulist erinevust, $\chi^2=5,6$ (kui $f=3$, siis P 0,05 puhul $\chi^2=7,81$). Olulist erinevust ei olnud sapikivitõbe põdevate meeste ja naiste ning mees- ja naisdoonorite veregruppidesse jaotumisel (meestel $\chi^2=6,3$, naistel $\chi^2=4,1$).

Võrreldi ka katarraalset ja destruktiivset sapipõiepõletikku põdevate haigete veregruppidesse jaotumist. Erinevused ei olnud olulised. Haigete puhul, kes põdesid nii flegmonooset kui ka gangrenooset põletikku, $\chi^2=4,2$; flegmonoosse põletiku korral $\chi^2=1,6$ ja gangrenoosse põletiku korral $\chi^2=2,9$.

Järeldus

Matemaatilise analüüsi tulemusena võisime järeldada, et sapipõiepõletikku põdevate haigete ja donorite veregruppidesse jaotumine on ühesugune, nende vahel olulist erinevust ei ilmne.

KIRJANDUS: 1. Aird, J. Brit. Med. J., 1954, 2, 315—317. — 2. Bennett, P. Münch. med. Wochenschr., 1968, 110, 11, 669—674. — 3. Daubert, K. Heilkunst, 1958, 71, 310—314. — 4. Grahame, E. W. Brit. Med. J., 1961, 1, 95—96. — 5. Haavel, A. Sapiteede

haiguste diagnoosimine ja ravi organiseerimine rajoonihaiglas. Kandidaadidissertatsiooni autoreferaat. Tartu, 1971. — 6. Haavel, A., Birkenfeldt, R. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1970, 6, 423—424. — 7. McConnell, R. V. Brit. Med. J., 1963, 1, 1404—1407. — 8. Богатырев М. Ф. Мед. ж. Узбекистана, 1968, 8, 40—41. — 9. Болдова К. М., Григорьева А. М. Острый холецистит. Л., 1966, 108—112. — 10. Вайнштейн С. Г., Жуковицкий И. М., Климова Н. А., Врачебн. дело, 1969, 5, 131—132. — 11. Вайнштейн С. Г., Рахматуллина Д. У. Казанский мед. ж., 1970, 3, 113—115. — 12. Виллако К. П., Оямаа В. Э., Салупере В. П., Вийрсалу В. Т., Трейманн М. М., Рятсеп И. Т., Метсис Л. И. Гастроэнтерология. Тарту, 1972, 47—50. — 13. Демидова А. Н. К вопросу о корреляции частоты и клинических особенностей болезни Боткина с групповыми антигенами АВ0. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1972. — 14. Кетиладзе М. Р. Причины летальности при остром холецистите и пути ее снижения. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1967. — 15. Озерецковская Н. Н., Холмухамедова С. Р., Бронштейн А. М. Сов. мед., 1970, 6, 71—76. — 16. Чубинский С. М. Биоклиматология. М., 1965.

Kingissepa Rajooni Keskaigla

RAVITÜSISTUSED KOKSARTROOSI PÕDEVATEL HAIGETEL

VIKTOR TRUDNIKOV

Tallinn

UDK 616.728.2-002-08-06

Koksartroosi põdevate haigete ravi tõhusamate meetodite otsingud võivad arstid mõnevõrra täbarasse olukorda viia. Pärast füsioteraapiakuure, sanatoorset ja kuurordiravi ei jää haiged tulemustega siiski rahule ja pöörduvad ortopeedilise abi saamiseks eriarsti poole. Kuid deformeeriva artroosi profülaktikas ja ravis ei ole siiani lõplikult veel selgusele jõutud.

Jäsemete mõnede krooniliste haiguste konservatiivseks raviks on viimase kümne aasta jooksul hakatud laialdaselt kasutama hüdrokortisooni.

Lokaalsete haigusprotsesside (artriidid, sünoviidid, epikondüliidid, artroosid) ravis võttis hüdrokortisooni esimesena kasutusele J. Thorn 1953. aastal (2). Hiljem soovitas J. Glyn (4) süstida liigesesse korraga 100...150 mg hüdrokortisooni. Glükokortikoidid on mõjusad desensibiliseerivad vahendid, mis toimivad põletikuvastaselt, vähendavad valu ja eksudatiivseid protsesse liigeses. Hüdrokortisooni tõhusus on tingitud tema pärssivast toimest sekundaarsetesse põletikunähtudesse liigeses, samuti tema otsesest toimest ainevahe-

tusprotsessidesse kõhres. Füsioloogiliselt aktiivseid kortikosteroide, eriti hüdrokortisooni, on laialdaselt kasutatud ambulatoorses praktikas nende võime tõttu nõrgendada põletikulist ja allergilist reaktsiooni, vähendada kapillaaride läbilaskvust ning sünoviaalvedeliku sekretsiooni, ka nende valuvaigistava toime tõttu. Nii kodumaa kui ka välismaa autorid peavad hüdrokortisoonravi väga mõjusaks ja perspektiivseks.

Ehkki hüdrokortisooni lokaalselt süstimine on lihtne, toovad mitmed autorid (5 jt.) andmeid tüsistuste kohta. Nii on M. Komar ja S. Tolohh kirjeldanud (5) hüdrokortisooni kasutamist 214 haigel, kes põdesid mitmesuguseid liikumiselundite haigusi. Üldse tehti neile 693 süsti intra- ja periartikulaarselt. Viiel haigel tekkisid tüsistused: flegmoon õlaliigese piirkonnas, põlveliigese mädapõletik, õlaliigese mädane osteoartriit, infiltraat hüppeliigese piirkonnas. Mädased artriidid tekkisid haigeil pärast hüdrokortisooni intraartikulaarset süstimist, flegmoonid aga paraartikulaarse süstimise järel. Samad autorid rõhutavad aseptikanõuete range täitmise vajadust. Operatsiooniväli soovitatakse ette valmistada järgmisel viisil: nahk algul puhastada eetriga, seejärel kaks korda 5% -lise jooditinktuurilahusega ja lõpuks piiritusega. Pärast hüdrokortisoonisüsti töödeldakse süstimiskoht taas 5% -lise jooditinktuurilahusega ning kaetakse aseptilise sidemega.

Kodumaises kirjanduses on andmeid üldravist hormoonipreparaatidega. Kuid eduka kortikosteroidravi kõrval on lisaks eespool toodud tüsistustele täheldatud veel järgmisi: haavandtõve ägenemine, mao- ja sooleverejooksud, ekhümoosid, Cushingi sündroom, psühhosid, kapillaartoksikoosid, tromboosid, progresseeruvad generaliseerunud osteoporoosid, mädapõletike ägenemine.

On andmeid, et pikaajalisel kasutamisel pärsivad kortikosteroidhormoonid immuunkehade teket, alandavad retikuloendoteliaalsüsteemi aktiivsust,

põhjustavad vitamiinivaegust ja suurendavad vere suhkrusisaldust, mistõttu nende kasutamine suhkruhaigetel on vastunäidustatud. Hormoonravi korral väheneb resistentsus nakkuste suhtes, mis on organismi üldise ja immunobioloogilise vastupanuvõime alaneamise tagajärg. Mõnede autorite andmeil (3) tekitab hüdrokortisooni suurte annuste ühte punkti süstimine kudede metabolismi häireid. Hormoon, toimides veresoontesse, kutsub neis esile spasme, mis toob kaasa kudede toitumishäireid, samuti degeneratiivseid muutusi ja kärbumist (1, 6, 7).

Sageli on meie poole pöördunud patsiendid, kellele hüdrokortisooni korduv intraartikulaarne süstimine on põhjustanud puusaliigeses kudede nekroosi.

Juht 1. 57-aastane naispatsient K. E. (haiguslugu nr. 3467/1973. a.) tuli Tallinna Vabariikliku Haigla ortopeedi vastuvõtule. Ta kaebas valusid vasaku puusaliigese piirkonnas, mis intensiivistuvat pikaajalisel kõndimisel. Anamneesi andmeil oli patsient haigestunud 1965. aastal. Kolmel korral on viibinud sanatoorsel ravil Pärnus, millele oli järgnenud lühiajaline paranemine. 1969. aastal valud vasaku puusaliigese piirkonnas ägenesid niivõrd, et ta saadeti ühte Tallinna haiglasse. Haiglas süstiti talle mitmel korral hüdrokortisooni koos novokaiiniga. Pärast ravi seisund halvenes. Et oletati puusaliigese tuberkuloosi, saadeti patsient tuberkuloosidisperserisse konsultatsioonile. Tuberkulooset protsessi seal aga eitati ja ravi jätkati taas hüdrokortisooniga, mida süstiti intraartikulaarselt.

1973. aasta märtsis saadeti haige Tallinna Vabariikliku Haigla traumatoloogiaosakonda. Diagnoos: *Osteoarthritis chronica deformans coxae sin.* Haiglasse saabumisel vasaku reie lihased atrofeerunud, ümbermõõt 2,5 cm võrra vähenenud, vasak alajäse 2 cm lühenenud. Sääre piirkonna veenid mõõdukalt laienenud. Vasakus puusaliigeses liikuvus vähenenud: painutamine 40° võrra, välimine rotatsioon 15° võrra. Palpeerimisel valulikkus reie ülemise kolmandiku dorsaalpinnal.

Röntgenograafia: vasaku puusa- ja reieluu osteoporoos. Vasaku reieluu pea ülemine-välimine segment hävinud. Puusanapaga piirnev osa usureeritud, puusanapa alumisel serval kõhre vohamine (vt. tahvel I, röntgenogramm 1). Parema puusanapa välimisel kontuuril kõhre vohamine. Diagnoos: vasaku puusaliigese piirkonna krooniline põletik.

Et haigele oli intraartikulaarselt korduvalt süstitud hormoonipreparaate, ei saa välistada

võimalust, et kahjustused reieluu pea ja puusanapa piirkonnas olidki sellest põhjustatud. Vereanalüüs normis.

Juht 2. 69-aastasele naispatsiendile L. A., kes oli meil ambulatoorsel vastuvõtul, oli samuti tehtud intraartikulaarseid hüdrokortisoonisüste puusaliigese deformeeriva osteoartriidi raviks. Ravi tulemusena tekkisid muutused, mis on nähtavad röntgenogrammil 2 (vt. tahvel I).

On oluline rõhutada, et eespool kirjeldatud ravitüsistustele vaatamata ei ole põhjust hüdrokortisooni intra- või paraartikulaarselt kasutamist täiesti kõrvale tõrjuda. Tähtis on see, et sellist hormoonravi peab määrama rangetel kliinilistel näidustustel. Ei saa õigeks pidada hüdrokortisooni eespool

kirjeldatud viisil süstimist ambulatoorses praktikas, kus alati ei ole võimalik täita aseptikanõudeid.

KIRJANDUS: 1. Eichler, J. Münch. Med. Wochenschr., 1964, 106, 18, 813—823, (tsiteeritud 8 järgi). — 2. Thorn, J. N. N. Engl. J. Med., 1953, 248, 232, 284. — 3. Аренберг А. А. Ортопед. травматол., 1969, 3, 53—55. — 4. Глин И. Г. Кортизонотерапия. М., 1960. — 5. Комар М. Д., Толох С. И. Врачебн. дело, 1969, 10, 116—117. — 6. Монакова К. Н. В кн.: Труды Сталинабадского мед. ин-та, 3, Сталинабад, 1956. — 7. Розен В. Б. Пробл. эндокрин. (Москва), 1962, 5, 94—102. — 8. Сащикова В. Вестн. хир., 1969, 8, 120—121.

Tallinna Vabariiklik Haigla

REUMATOIDARTRIIT INVALIIDSUSE PÕHJUSTAJANA

VIRGE LOSKIT
ARTEMI VAPRA

Tartu

UDK 616.72-002.77-036.865

Reumatoidartriit on progresseeruva kuluga laialt levinud raske haigus (2, 3, 7, 8). 15...20% haigestunuist invaliidistub (1).

Paljud autorid on analüüsinud reumatoidartriidi etioloogiat, patogeneesi ja ravi, kuid töövõimele, selle säilitamisele ja taastamisele on veel vähe tähelepanu pööratud (4, 5, 6, 8). Enamik haigestunuist on töövõimeas, mistõttu töövõimeprobleem on suure sotsiaal-majandusliku tähtsusega.

Reumatoidartriiti põdevatele haigetele mõjuvad ebasoodsalt niiske ja külm tööruum ning töö välistingimustes; haiguse ägenemist võib põhjustada haigestunud liigese sagedane kokkupuude külma veega. Kauem säilib töövõime vaimse töö tegijail, kuigi töötamine istudes ja vähene liikumine ei mõju soodsalt (8). Distaalsete liigeste funktsiooni puudulikkus põhjustab enamasti osalise töövõime kaotuse, puusaja põlveliigese funktsiooni puudulikkus aga täieliku (6).

Et reumatoidartriit on tihti aeglaselt progresseeruva kuluga, võib haige haiguse varajases staadiumis uue eriala omandada ja sellega mõneti invaliidistumist ennetada (8).

Metoodika ja materjal. Tartu I ja II ATEK-i andmeil oli aastail 1965...1972 vaatluse all 102 reumatoidartriidi tõttu invaliidistunut. Uuritavad on pärit Tartust ja Eesti NSV lõunarajoonidest (Tartu, Jõgeva, Põlva, Võru ja Valga). Enamikku oli Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla kardioreumatoloogia-osakonnas või rajoonihaiglates korduvalt uuritud või ravitud.

Haiged on haiguse kliiniliste vormide, kulu, aktiivsuseastme ja liigeste funktsioonivõime järgi jaotatud vastavalt A. Nesterovi ja M. Astapenko reumatoidartriidi klassifikatsioonile.

Tulemused ja arutelu. Tabelist 1 selgub, et ülekaalus on liigesevorm. Haigestunuist on tunduvas ülekaalus 45...60 aasta vanused naised. Reumatoidartriidi liigese- ja siseelundivormi-

Haigete jaotus vanuse, soo ja kliiniliste vormide järgi

Tabel 1

Vanus aastates	Sugu		Kliinilised vormid			Kokku
	M	N	liigese- vorm	liigese- ja siseelundi- vorm	kombi- neeritud vorm	
kuni 29	3	7	9	—	1	10
30...44	8	30	32	2	4	38
45...60	17	37	39	11	4	54
Kokku	28	74	80	13	9	102

Tabel 2

Haigete jaotus haiguse kulu, aktiivsustme ja liigeste funktsiooni puudulikkuse järgi

Haiguse kulg		Haiguse aktiivsust- aste				Liigeste funktsiooni puudulikkus			
kiiresti aeglaselt progresseeruv	progresseeruv	0	I	II	III	0	I	II	III
46	56	5	33	58	6	—	40	58	4

Tabel 3

Reumatoidartriiti põdevate invaliidistunud haiguse kestus ja nende tööttingimused esimese läbivaatuse andmetel

Haiguse kestus	Vaimse töö mitmesugused liigid	Füüsilise töö tingimused		Kokku
		sood- sad	eba- sood- sad	
Kuni 1 aasta	1	6	14	21
2...5 aastat	5	12	17	34
6...10 aastat	5	9	11	25
11 ja enam	3	2	17	22
Kokku	14	29	59	102

dest on valitsevaks liigese- ja neeruvorm (11 juhul), kusjuures neerutalitluse puudulikkuse süvenemine oli tähtis töövõime languse põhjustaja. Liigese- ja siseelundivormidest oli ühel

juhul veel liigese- ja kopsuvorm ning liigese- ja südamevorm; invaliidisuse väljakujunemisel aga oli otsustav osa liigeste funktsiooni puudulikkusel. Kombineeritud vormidest esines 5 juhul reuma üleminek reumatoidartriidiks (nendel invaliididel oli juba varem olnud reumaatiline südamerike) ja 4 juhul oli tegemist reumatoidartriidi ja artroosi kombineerumisega.

Tabelist 2 selgub, et invaliidistunud prevaleerivad haiguse II aktiivsustaste ja liigeste funktsiooni II astme puudulikkus. Peaaegu pooltel juhtudest on haiguse kulg kiiresti progresseeruv.

Tabelist 3 nähtub, et haigetest, kelle haiguse kulg oli kiiresti progresseeruv, invaliidistunud ühe aasta vältel 21. Pooltel juhtudest oli haigus enne invaliidistumist kestnud kuni 5 aastat. Ülekaalus on füüsilise töö tegijad (üle $\frac{3}{4}$) ja eriti need, kes on töötanud ebasoodsates sanitaar-hügieenilistes tingimustes (töö väljas, niiske ja külm tööruum), nagu põllu- ja farmitöölised, traktoristid, autojuhid. Vaimse töö tegijail, näiteks kooliõpetajail, säilib töövõime haigusevormide raskusele vaatamata kauem.

Nagu tabelist 4 näha võib, on reumatoidartriidi tõttu invaliidistunud invaliidisuse süvenemise tendents. I invaliidisusgrupp määrati neile, kellel oli liigeste funktsiooni II ja III astme puudulikkus ning haiguse I ja II aktiivsustaste. Kahjustused olid tugevamad põlve-, öla- ja puusaliigestes, mistõttu haiged ei saanud enam iseseisvalt liikuda.

II invaliidisusgruppi kuulusid need reumatoidartriiti põdevad haiged, kellel oli liigeste funktsiooni I ja II astme puudulikkus ja haiguse I ja II aktiivsustaste, osal oli haigus ka kiiresti progresseeruv. III invaliidisusgrupp määrati haigetele, kellel nii liigeste funktsiooni puudulikkus kui ka haiguse aktiivsus olid I ja II astmes.

Reumatoidartriiti põdevast 102 haigest oli tööalane kvalifikatsioon invaliidistumisel neljakümnel. Ainuüksi 7 võis jätkata endist tegevust tunduvalt väiksema töömahuga, näiteks õpetajad, raamatupidajad, insenerid, õmblejad.

Tabel 4

Invaliidisuse dünaamika

Invaliidisus-grupp	Esimene läbivaatus	Taasläbivaatus (3...7 aasta pärast)
I grupp	5	8
II grupp	53	61
III grupp	44	31
Töövõimelised	—	2

11 asus vähemkvalifitseeritud tööle, 22 aga ei olnud üldse võimelised töötama.

Invaliidistumisel puudus kvalifikatsioon 62-l, neist ainult 4 omandas selle hiljem. See võimaldas neil kohandatud tingimustes töötada arvestajatena, laborantidena, steppijatena ja muudel ametikohtadel. 16 invaliidistunule leidis asutuse administratsioon sanitaar-hügieeniliste tingimuste poolest sobiva töökoha, 32 aga ei olnud suutelised töötama. Et muud võimalused puudusid, pidid 10 reumatoidartriiti põdevat haiget ebasoodsates sanitaar-hügieenilistes tingimustes edasi töötama. Jälgimise lõpul ilmnes, et 54 invaliidi 102-st ei suutnud teha mingit tööd.

Seega on reumatoidartriiti põdevail haigeil töövõimet mõjutavaks oluliseks teguriks ühelt poolt liigeste funktsiooni puudulikkuse aste, teiselt poolt töö laad ja tingimused. Reumatoidartriidist põhjustatud invaliidisus on püsiv ning süvenemistendentsiga, rehabilitatsiooni võimalused minimaalsed. Kohandatud tingimustes suudab oma erialal tööd jätkata vaid väike osa, pea-

miselt vaimse töö tegijad. Töökoha administratsiooni vastutulekul on soodsates sanitaar-hügieenilistes tingimustes osaliselt võimalik tööle panna ka kvalifitseeritud töötajaid. Raviarstid peaksid reumatoidartriiti põdevate haigete töövõime säilitamisele mõtlema juba haiguse varajases staadiumis. Vajaduse korral leitagu haigele sobiv elukutse haiguse selles staadiumis, millal liigeste funktsiooni puudulikkus uue elukutse omandamist veel ei takista.

KIRJANDUS: 1. Астапенко М. Г., Пихлак Э. Г. Болезни суставов. М., 1966. — 2. Астапенко М. Г., Павленко Г. М., Пихлак Э. Г., Болотина А. Ю., Сидельникова С. М., Котляр Л. П., Ганченко Л. И. Вopr. ревматизма, 1966, 4, 46—52. — 3. Вапра А. Н., Ээнма Л. Н., Лепасалу Л. А., Фельдман С. М., Пяй Л. Т., Майметс О. М. В кн.: Специализация и внутренние болезни. Таллин, 1971, 129—130. — 4. Еременко Г., Арутюнова Д., Коган В., Соколов Д. В кн.: Врачебно-трудоуговая экспертиза при внутренних заболеваниях. Выпуск V. М., 1970, 177—179. — 5. Дьякова Л. Н. Экспертиза трудоспособности и трудовой прогноз при ревматоидном полиартрите. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1968. — 6. Кристаль Н. А. В кн.: Ревматоидный полиартрит. Л., 1967, 80—88. — 7. Моркуева Г. Н. Распространение и особенности течения инфекционного неспецифического полиартрита в климато-географических условиях Восточного Забайкалья. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Волгоград, 1969. — 8. Хвиливицкая М. Й., Дьякова Л. Н. В кн.: Ревматоидный полиартрит. Л., 1967, 253—264.

Tartu II Arstlik Tööekspertiisi
Komisjon

TRÜ Arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste
kateeder

Saun ja südametegevus. Lähtudes tõsiasiast, et üha sagedamini on ilmnenud surmajuhtusid saunas, uuriti tervetel ja pärgarterite kahjustustega südamehaigetel lühiajalise kuumuse mõjul tekkivaid EKG muutusi, samuti katehoolamiinide, vabade rasvhapete ja triglütseriidide sisaldust vereplasmas. Kõik vaatlusalused tegid läbi ka kehalise koormuse katsu ergomeetril. Tulemusi võrreldi varajasemate uurimisandmetega emotsionaalse stressi mõjust südamentalitlusele. Kuumuse mõjul suurenes vere adrenaliinisaldus, ei muutunud aga noradrenaliini-, vabade rasvhapete ja triglütseriidide sisaldus veres. Kehalise koormuse mõjul suurenes adrenaliini- ja noradrenaliinisaldus. ST-intervalli muutused ilmnesid sagedamini kuumuse kui kehalise koormuse mõjul, ekstrasüstolid tulid ilmsiks üksnes kuumuse toimele. Autorid peavad adrenaliinikomponente teguriteks, mis põhjustavad südame iseheemiatõve korral ilmnevate EKG muutustega sarnanevaid muutusi.

Zschr. inn. Med., 1973, 19.

PERORAALSELT KASUTATAVA GRIPIVAKTSIINI TÕHUSUS 1973. A. GRIPIPUHANGU AJAL

LUDMILLA PRIIMÄGI
ALEKSANDRA VOROBOVA LEV GRINŠPUN
KIIRA SUBI IDA URMAN AINO LEMBER
VEERA MIHHAILOVA JÜRI KAPELMAN
LUDMILLA JAKOBISVILI LEV PIRJATINSKI

Tallinn

UDK 616.921.5-084-036.22

1972. a. detsembri viimastel päevadel konstateeriti vabariigis, sealhulgas ka Tallinnas ägedatesse respiratoorseesse haigustesse haigestumise sagenemist. Puhang jõudis haripunkti 1973. aasta jaanuari teisel nädalal. Laboratoorsed uurimised tõestasid, et puhangu tekitajaks oli gripiviirus A₂. Selle kõrval levis elanike hulgas ka paragripiviirus (I serotüüp). See põhjustas paljudel juhtudel seganakkusi. Täpsemalt on puhangut kirjeldatud juba varem (1).

Gripi profülaktikaks vaktsineeriti* suur osa Tallinna ja vabariigi elanikkonnast nii peroraalselt kui ka intranasaalselt (1). Peroraalselt kasutatav gripivaktsiin A₂B oli valmistatud Moskva Viiruspreparaatide Teadusliku Uurimise Instituudis. Artiklis on toodud peroraalselt kasutatava gripivaktsiini epidemioloogilise efektiivsuse, immunogeense ja interferonogeense aktiivsuse uurimise tulemused täiskasvanuil. Analooilise uurimise tulemused lastel on esitatud I. Urmani ja kaasautorite (2) artiklis.

Vaatluse all oli kokku 13 440 inimest 15 kollektiivist. Osa oli vaktsineeritud enne puhangut — 1972. aasta novembris-detsembris. Et peroraalselt kasutatavat gripivaktsiini on soovitatud mitte üksnes spetsiifilise gripivastase vahendina, vaid ka interferonogeenina (3), siis selle vaktsiini toime uurimiseks hakati enamikku kollektiive vaktsineeri-

* Vaktsineerimise organiseerimisest võtsid osa arstid J. Märtn, G. Philips, A. Fainštein, A. Püretski, B. Dušenko, N. Kostrovskaja, A. Smeljov jt. ning velskrid V. Kiik, Ž. Takkel, E. Kiviloo, T. Rimmel, L. Kalatšjova, A. Valdna, M. Levin, A. Tsupko jt.

ma puhangu algul: kas 1972. a. detsembri viimastel või 1973. a. jaanuari esimestel päevadel. Kollektiivides oli haigestumus gripi ja teiste respiratoorsete haiguste tagajärjel enne vaktsineerimist 0,5...6,3⁰/₀ (haigestus keskmiselt 4,2⁰/₀ ehk 564 isikut uurituist). Vastavalt instruksioonile vaktsineeriti kolm korda 10- kuni 15-päevaste vaheaegadega. Osa inimesi sai vaktsiini ainult üks või kaks korda. Vaktsineeriti ühtekokku 9184 isikut.

Parema ülevaate saamiseks koondati osa samalaadseid asutusi suuremateks kollektiivideks, kokku kuus kollektiivide rühma. Isikud, keda ei olnud vaktsineeritud, moodustasid kontrollrühma, millesse kuulus 3692 inimest. Sellesse valiti isikud juhuvaliku põhimõttel. Grippi ja teistesse ägedatesse respiratoorsetesse haigustesse haigestumise juhud võeti arvele ambulatoorsete kaartide või töövõimetuslehtede alusel. Seda tehti kuue dekaadi vältel vaktsineerimisele järgnenud päevast alates.

Nagu eelmiste (4), nii ka käesoleva puhangu ajal saadi kõige parem toime vaktsiini kolmekordse manustamise järel. Eriti ilmnes see kollektiivis 1, kus vaktsineerimine lõpetati enne gripipuhangut. Nii haigestus isikuist, kes vaktsiini olid saanud ühel korral, puhangu ajal 35⁰/₀; neist, kes kahel korral, 18,2⁰/₀; neist, kes kolmel korral, ainult 3,8⁰/₀. Selle kollektiivi kontrollrühmas oli haigestumus suurem kui teiste kollektiivide kontrollrühmades.

Enne gripipuhangut lõpetati ka Pelgulinna Haigla meditsiinitöötajate vaktsineerimine, kellest 76⁰/₀ sai vaktsiini kolm korda. Vaktsineerituist haigestus

puhangu ajal 13,4%. Kuigi meditsiini-töötajate kontakt gripihaigetega oli suurem kui teiste kollektiivide liikmetel, oli haigestumus vaktsineeritute hulgas haigestumuse keskmisest kontrollrühmades siiski 2,4 korda väiksem (31,6%).

Ülejäänud kollektiive hakati vaktsineerima puhangu algul. Tulemused olid paremad kollektiivis 2 ja Tallinna merekoolides, kus vaktsineerimise efektiivsusindeks oli vastavalt 7,1 ja 3,3. Tulemused olid vastasihoidlikumad tööstusettevõtetes ja tootmiskoondises «Ookean», kus haigestumus vaktsineeritute hulgas oli 1,9 ja 2,4 korda väiksem kui samade asutuste sisemistes kontrollrühmades.

Üks põhjusi, miks osa isikuid ei saadud täielikult vaktsineerida, oli see, et nad haigestusid pärast vaktsiini esmavõi teistkordset saamist. Kuid nende osa kõigest vaktsineerituist oli tühine, sest enamikku oli vaktsineeritud kolmel korral (71% ehk 6532 isikut 9184-st). Ühel korral vaktsineerituist haigestus 34,6%, mis on ainult 3,2% vaktsineeritute üldarvust; kahel korral vaktsineerituist 12,2%, s. o. 2,4% üldarvust; kolmel korral vaktsineerituist 7,6%, s. o. 5,4% vaktsineeritute üldarvust.

Kolmekordne vaktsiini manustamine vähendas haigestumust küll neli korda; et aga 5,6% uurituist haigestus, jäi vaktsineerimine neil lõpetamata. Seetõttu tuleb ürituse resultaadiks pidada haigestumuse vähenemist 2,9 korda kuue dekaadi jooksul. Haigestumuse vähenemine vaktsineeritute hulgas võrreldes kontrollrühmadega nii eraldi kollektiivides kui ka nendes kokku oli statistiliselt tõepärane ($P < 0,01$).

Vaatlused tööstusettevõtetes näitasid, et kolmekordne vaktsineerimine vähendas mitte ainult haigestumise sagedust, vaid lühendas ka haiguse kestust 6 päevalt (kontrollrühmades) 4,4 päevani. Mittetäielikult vaktsineerituil oli haiguse kestus 4,9 ja 5,3 päeva vastavalt vaktsiini saamisele — kas kaks korda või üks kord.

Vaktsiini immunogeense aktiivsuse

määramiseks võeti 238 täiskasvanult vereproove enne ja kolm nädalat pärast kolmandat korda vaktsineerimist. Antikehade tiitrid vereseerumites määrati kahe seroloogilise reaktsiooniga: komplemendi sidumise ja hemaglutinatsiooni pidurduse reaktsioonidega. Et puhangu perioodil põhjustas haigestumist gripiviiruse A₂ kõrval ka paragripi I serotüübi viirus, siis kasutati seroloogilistes reaktsioonides antigeenidena mitte üksnes gripiviirusi A₂ ja B, vaid ka paragripi I serotüübi viirust. 16% (51 isikut) seroloogiliselt uurituist haigestus vaatluse ajal.

Seroloogilised uurimised viitasid sellele, et antikehade tiiter oli ühe või mitme viiruse suhtes üheaegselt tõusnud 51%-l vaktsineerituist (120 isikul). Kõige sagedamini oli see tõusnud gripiviiruse A₂ suhtes — 40%-l (95 isikul); harvem gripiviiruse B suhtes — 13%-l uurituist (32 isikul). Paragripi I serotüübi suhtes oli antikehade tiiter tõusnud 26%-l uurituist (61 isikul).

Kui arvestada seda, et gripiviirus A₂ ei kuulunud mitte ainult vaktsiini koostisse, vaid oli ka puhangu põhjustaja, seroloogiliselt uuritud aga hakati vaktsineerima puhangu algul, siis võis antikehade tiitri tõus selle antigeeni suhtes põhjustatud olla mitte üksnes vaktsineerimisest, vaid ka haigestumisest. Ka antikehade tiitri tõus gripiviiruse B suhtes ei peegelda vaktsiini immunogeenset aktiivsust täielikult, sest gripiviirus B oli ainult üks komponent divaktsiinis A₂B. Seetõttu võib järeldada, et selle peroraalselt kasutatava divaktsiini A₂B immunogeenne efektiivsus ei olnud üle 40% ega alla 13%.

Peroraalselt kasutatava gripivaktsiini interferonogeenset aktiivsust uuriti täiskasvanuil enne puhangut. Selleks koguti vereseerumeid 3., 7. ja 9. päeval pärast esimest korda vaktsineerimist, samuti 3. päeval pärast teist ja kolmandat korda vaktsineerimist, s. o. vastavalt 15. ja 28. päeval vaktsineerimise algusest. Interferooni tiitrimine näitas, et keskmine geomeetriline tiiter interferooni maksimaalse tekke perioo-

dil oli kümnest seerumiproovist 3. või 4. päeval pärast esmast vaktsiini saamist 1:26,0; 7. päeval 1:24,2; 9. päeval 1:12,1. Interferooni keskmine tiiter viiest seerumiproovist pärast teistkordset vaktsineerimist oli 1:22,6 ja pärast kolmekordset 1:12,1.

Mainitud tiitrid on tunduvalt madalamad kui need, mida saime (5) leetri-vaktsiini kasutamisel interferonogeeni-na: maksimaalne interferooni tiiter 1:128.

Vaktsiini suhteliselt vähese interferonogeense aktiivsusega oli ilmselt seotud haigestumuse tunduv suurene-mine esimesel dekaadil pärast vaktsi-neerimise algust, mis langes kokku maksimaalse haigestumusega linnas. Siiski oli haigestumus vaktsiini saanud isikute hulgas sellel dekaadil, mil peaks avalduma vaktsiini maksimaalne interferonogeenne aktiivsus, kolm kor-da väiksem kui kontrollrühmas. Siin arvestati ainult neid kollektiive, kus vaktsineerimist oli alustatud puhangu algul. 7838 isikust, kes said vaktsiini esimest korda, haigestus esimesel de-kaadil 382 (4,9%), 3442 vaktsineerimata isikust aga 493 (14,3%).

Antikehade tiitrite tõus paragripi-viirusest põhjustatud nakkuse vastu vaktsineerituil viitab samuti vaktsiini nõrgale mittespetsiifilisele interferono-geensele toimele.

Töö tulemusi kokku võttes võib öel-da, et peroraalselt kasutataval gripi-vaktsiinil oli puhangu perioodil teatav epidemioloogiline efektiivsus haigestu-muse vähendamise ja haiguse kestuse lühendamise näol. Edaspidi oleks seda vaktsiini sobivam kasutada mitte nii-

võrd kiirprofülaktikaks, kui võrd speti-siifilise gripivastase vahendina.

Et vaktsineerimise tõhusus eri kol-lektiivides mõningal määral varieerub, siis võib järeldada, et see ei olene mitte üksnes vaktsiinist ja vaktsiini manusta-mise ajast, vaid ka sellest, kuidas vakt-sineerimine on organiseeritud ja milli-sed on olnud vaktsiini säilitamise tingi-mused.

KIRJANDUS: 1. Tamm, O., Tapupe-re, V., Märtin, J., Subi, K., Prii-mägi, L., Vorobjova, A. Nõukogude Ees-ti Tervishoid, 1973, 4, 296—298. — 2. Ur-man, I., Priimägi, L., Mirotšnik, B., Vasjutina, E., Subi, K., Lember, A. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1974, 1, 21—23. — 3. Алексеева А. К., Яковлева Л. А., Васильева И. Н., Анджaparидзе О. Г. В кн.: Материалы Всесоюзной кон-ференции по проблемам безопасности ви-русных вакцин и вакцинопрофилактике гриппа. М., 1968, 18—19. — 4. Приймязи Л. С., Воробьева А. И., Михайло-ва В. А., Борисенко С. В., Яко-бишвили Л. В. В кн.: Сборник докладов второго республиканского съезда эпи-демиологов, микробиологов, инфекционистов и гигиенистов. Таллин, 1972, 218—221. — 5. Приймязи Л. С., Гриншпун Л. Е., Олейник И. П., Чертков Д. И., Фадеева Л. Л. В сб.: Проблемы общей вирусологии. М., 1966, 236—238.

Tallinna Epidemioloogia,
Mikrobioloogia ja Hügieeni
Teadusliku Uurimise Instituut

Vabariiklik Sanitaar- ja
Epidemioloogiajaam

Tallinna Linna Sanitaar- ja
Epidemioloogiajaam

Vabariiklik Sadama Haigla

Tallinna Pelgulinna Haigla

Pahaloomulised kasvaja-d lastel ema haigestumise tagajärjel. Uurimiste eesmärk oli vii-rusnakkuse põdemist rasedusperioodil seostada pahaloomuliste kasvaja-te tekkega lastel. Vaat-lusalusteks olid naised, kes raseduse ajal olid põdenud tuulerõugeid, epideemilist parotiiti või punetisi, ning nende lapsed. 272 lapse emad olid raseduse ajal põdenud tuulerõugeid, 435 lapse emad epideemilist parotiiti, 309 lapse emad punetisi esimesel 18 rasedusnädalal. Uurimistulemuste põhjal võis jaatada statistiliselt tõenäost seost rasedusperioodil põetud tuu-lerõugete ja laste akuutse leukeemia tekke vahel. Autorid toovad oma seisukoha tõesta-miseks lisaks veel kirjandusandmeid leukeemiajuhtudest lastel pärast muude selliste viirus-nakkuste nagu herpes zoster, epideemiline parotiit, gripp ja nakkuslik hepatiit põdemist raseduse ajal. Nad rõhutavad niisuguste uurimistöde jätkamise vajadust ka edaspidi, et välja selgitada, millised viirushaigused millisel rasedusperioodil võivad põhjustada leukee-miat lastel.

Brit. Med. J., 1972, 4.

PERORAALSELT KASUTATAVA GRIPIVAKTSIINI EPIDEMIOLOOGILINE TÕHUSUS LASTEL PUHANGU AJAL

IDA URMAN LUDMILLA PRIIMÄGI
VEERA MIROTSNIK ELEONORA VASJUTINA
KIIRA SUBI AINO LEMBER

Tallinn

UDK 616.921.5-084-053.5-036.22

Peroraalselt kasutataval gripivaktsiinil A₂B, mida toodab Moskva Viiruspreparaatide Teadusliku Uurimise Instituut, on ninasse viidava gripivaktsiiniga võrreldes mõningaid eeliseid, sest temaga võib vaktsineerida ka lapsi. Peroraalselt kasutatava vaktsiini toimet lastel ei ole vabariigis varem uuritud. Et seda vaktsiini on soovitatud mitte üksnes spetsiifilise gripivastase vahendina, vaid ka mittespetsiifilise profülaktilise vahendina — interferonogeenina (2) —, siis uurisimegi oma töös seda vaktsiini kui kiirprofülaktika vahendit lastel 1973. a. gripipuhangu ajal.*

Laste haigestumine grippi ja muudesse ägedatesse respiratoorsetesse haigustesse sagenes 1972. aasta viimastel päevadel, mil haigestumus tunduvalt suurenes ka täiskasvanute hulgas. Haiguspuhang arenes epideemiliseks 1973. a. jaanuaris, kõrgpunkt 8. jaanuaril. Sel päeval oli Tallinnas haigestunud 3735 isikut. Jaanuari viimastel päevadel ja veebruaris haigestumus vähenes. 1973. aasta esimeses kvartalis haigestus linna ettevõtete töolistest 21... 30,3%, mis teeb 119,7 kuni 156,8 haiguspäeva 100 töötaja kohta (1).

1972. a. detsembris vaktsineeriti ligemale 27 000 last Tallinna lasteasutustes ja koolides. Vaktsineerimise ja muude profülaktikaabinõudega piirati haigestumust sel määral, et need asutused võisid puhangu ajal katkestamatult töötada. Eelnevalt oli kontrollitud vaktsiini reaktogeensust 111 lapsel vanuses 3... 7 aastat. 80 last moodustasid kontrollrühma. Lapsi jälgiti pärast vaktsi-

neerimist veel viis päeva. Neil mõõdeti kehatemperatuuri, mis oli tõusnud 111 vaktsineeritust neljal (37,2... 38,1° C). Kontrollrühmas haigestus üheksa last. Seega osutus gripivaktsiin areaktogeenseks.

Instruktsioonile vastavalt vaktsineeriti lapsi kolmel korral 10- kuni 15-päevaste vaheaegadega. Enamik, 891 last (65%), sai vaktsiini kolm korda, 481 last (35%) üks või kaks korda. Vaatluse all oli kokku 2964 last 25 lasteasutusest (lasteaiad, -sõimed). Enne vaktsineerimist oli haigestunud 291 (9,8%). Lapsi jälgiti kuue dekaadi vältel vaktsineerimise algusest arvates. Vaatlusi korraldasid lastepoliklinikute meditsiinitöötajad. Kõik gripi ja ägedate respiratoorsete haiguste juhud (haiguste statistilise klassifikatsiooni nr. 461-466 järgi) võeti arvesse arstitehendite ja laste puudumise tõendite alusel. Kontrollrühm moodustati lasteasutuste lastest juhuvaliku põhimõttel, ka neid jälgiti samal perioodil ja samades tingimustes kui vaktsineeritud lapsi.

Ägeda respiratoorse haiguse tekitaja kindlakstegemiseks koguti uurimismaterjali 40 haigelt lapselt mitmest eelkooliealisest lasteasutusest. Laboratoorsed uurimised toimusid mitmel eri meetodil: immunofluorestsentsimeetod, seroloogilised reaktsioonid (komplementi sidumise ja hemaglutinatsiooni pidurduse reaktsioon) ning viiruse isoleerimine kanaembrüotel. Kõikidel meetoditel sooritatud uurimise tulemusi arvesse võttes tehti haiguse tekitaja kindlaks 33 lapsel, neist seitsmel diagnoositi gripiviiruse A₂, viiel paragripiviiruse I serotüübi ja 21 lapsel ühel ning samal

* Käesolevast tööst võtsid osa ka E. Tomberg, M. Mägi, E. Laur, V. Reva, N. Norik, G. Moros.

Lapsed vanuses 3 kuni 7 aastat	Vaktsineerimiste arv	Vaktsineeritud laste arv	Vaktsineeritute haigestumine grippi ja muudesse ägedatesse respiratoorsetesse haigustesse dekaadide järgi						Kokku	
			I	II	III	IV	V	VI	arv	%
vaktsineeritud	3	891	2	7	29	33	15	9	95	
	2	206	—	78	28	3	4	—	113	
	1	275	126	34	4	3	1	1	169	
	kokku	1372	128	119	61	39	20	10	377	27,5±1,2
kontrollrühm		1301	225	138	64	46	42	23	538	41,4±1,4

Märkus. Efektiivsusindeks (I) 1,5, efektiivsuskoefitsient (E) 33,5±1,3; $P < 0,01$.

ajal gripiviiruse A₂ ning paragripiviiruse I serotüübi poolt tekitatud nakust.

Kui arvestada paragripiviiruse üheaegset tsirkuleerimist gripiviirusega A₂ puhangu ajal, oli gripivaktsiini kasutamine interferonogeenina, s. o. viirusevastase kiirprofülaktika mittespetsiifilise vahendina. Vaktsiini anti esimest korda 3. kuni 5. jaanuarini, s. o. haigestumuse suurenemise perioodil, teist korda 15. kuni 24. jaanuarini ja kolmandat korda 25. jaanuarist 7. veebruarini. Vaatluse tulemused on tabelis.

Nagu tabelist selgub, haigestus vaktsineerituist 27,5%, neist aga, keda ei olnud vaktsineeritud, 41,4%, s. o. 1,5 korda enam. Erinevus oli statistiliselt usaldatav ($P < 0,01$).

Laste hulgas, keda oli vaktsineeritud üks või kaks korda, täheldati suhteliselt suurt haigusjuhtude arvu. Kõikidest vaktsineeritud lastest (1372) haigestus pärast esimest ja teist korda vaktsiini saamist vastavalt 12,3% ja 8,2%. Lastest, keda oli vaktsineeritud kolm korda, haigestus 10,7%, mis on kontrollrühma haigestumusest 3,4 korda vähem.

Haiguse kestuse analüüs näitas, et statistiliselt tõepärane erinevus vaktsiini saanud ja kontrollrühma laste vahel puudus. Viimased olid haiged keskmiselt 10,6 päeva. Kolmel korral vaktsineerituil kestis haigus 9,2 päeva,

kahel korral vaktsineerituil 10,4 päeva ja ühel korral vaktsineeritud lastel 11,3 päeva. Nagu näitasid laboratoorsed uuringud, olid paljud lapsed üheaegselt nakatunud kahe viirusega (gripiviiruse A₂ ja paragripiviiruse I serotüübiga), millega sellist pikaldast haiguse kestust meie arvates võiski seletada.

73 lapsel võeti vereproove enne vaktsineerimist ja kolm nädalat pärast vaktsineerimise lõpetamist. Antikehade tiitri tõusu neli korda ja enam täheldati gripiviiruse A₂ suhtes 33%–1 (24 lapsel), gripiviiruse B suhtes 15%–1 (11 last) ja paragripiviiruse I serotüübi suhtes samuti 15%–1 (11 last) uuritud lastest. Antikehade tiitri sagedamat tõusu gripiviiruse A₂ suhtes võis seletada ka sellega, et gripiviirus A₂ ei olnud mitte ainult vaktsiini koostises, vaid sama tüübi viirus oli ka puhangu tekitaja.

Peroraalselt kasutatava vaktsiini interferonogeense aktiivsuse uurimine täiskasvanuil (1) näitas selle suhteliselt madalamaid väärtusi varem kasutatud leetrivaktsiiniga võrreldes. Sellega võib seletada ka gripivaktsiini suhteliselt tagasihoidlikku toimet heteroloogilisse nakkusesse (paragrippi) ja haigusjuhtude suurt esinemissagedust lastel pärast esmast vaktsineerimist. Sellest hoolimata oli laste arv (128 last; 9,3%), kes haigestusid esimesel dekaadil pärast esimest vaktsiiniannust, 1,9 korda väiksem kui kontrollrühmas samal perioodil (225 last; 17,3%).

Tulemustest nähtub, et vaksineerimine peroraalselt kasutatava gripi-vaktsiiniga puhangu tekke ajal põhjustas 3...7 aasta vanuste laste rühmas statistiliselt tõepärast haigestumuse vähenemist — 1,5 korda. Kuid vaktsiini immunogeenne ja interferonogeenne aktiivsus ei olnud kõrge. Seepärast on tema kasutamine gripi profülaktika vahendina otstarbekam kui ägedate respiratoorsete haiguste kiirprofülaktika vahendina.

KIRJANDUS: 1. Priimägi, L., Vorobjova, A., Grinšpun, L., Subi, K.,

Urman, I., Lember, A., Mihhailova, V., Kapelman, J., Jakobišvili, L., Pirjatinski, L. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1974, 1, 18—20. — 2. Алексеева А. К., Яковлева Л. А., Васильева И. Н., Анджапаридзе О. Г. В сб.: Материалы Всесоюзной конференции по проблемам безопасности вирусных вакцин и вакцино-профилактике гриппа. М., 1968, 18—19.

Tallinna Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut

EESTI NSV ELANIKE TOITUMISSTRUKTUUR

KARL KASK
ANTS VASAR

Tallinn

UDK 613.2(474.2)

Ratsionaalsel toitumisel on tähtis toidutarbe kindlaksmääramine ja päevase ratsiooni õige koostamine. Toidutarbe määravad füüsilise töö hulk, vanus, kehakaal, sugu, olme- ja kliimatingimused.

Ratsiooni mõjutavad maa majanduslik ja tehniline areng, toitumistavad ja teadlikkus. Toit peab olema küllaldane, tervislik ja maitsev, kuid mitte liiga rikkalik. Sageli tarbitakse toitu liigselt ja maitset eelistades unustatakse tervislikkus.

E. Vagase (1) uurimustest nähtub, et Eesti NSV elanike toit on liiga energiarikas, kuid tasakaalustamata. Liigse rasva kõrval sisaldab meie toit suhteliselt vähe valku, sageli on väga vähe vitamiine, mineraalsoolasid ja ballastaineid. Toidu keemilise ühekülguse põhjus on rafineeritud toiduainete liigne söömine. Tasakaalustamata ratsiooni tõttu esineb meil juba noortel hüperkolesterineemiat, nõrgeneb organismi vastupanuvõime mitmete haiguste suhtes ja suureneb tundlikkus toidus esineda võivate kahjulike ainete suhtes.

Toidu rohke tarbimise tõttu on meil palju liigse kehakaaluga inimesi. Kahtlemata soodustab ebaõige toitumine «tsivilisatsioonihaiguste» levikut.

Kasutades NSV Liidus kehtivaid füsioloogiliselt vajalikke toidunorme (2) ja andmeid Eesti NSV-s tarbitud toiduainete (3) kohta, arvutasime nende keemilise koostise alusel meie elanike keskmise päevase ratsiooni.

Tabelite 1 ja 2 andmed viitavad sellele, et toit ületab kalorsuselt füsioloogilise vajaduse, kuid puudujääke on valkude, samuti askorbiinhappe osas. Liigset kalorsust põhjustab rasvarikka liha toiduks tarvitamine. Köögivilja tarbime ligikaudu $\frac{1}{2}$, puuvilja ainult $\frac{1}{3}$ soovitatud normist, seetõttu jääb suur askorbiinhappevaegus. Ratsiooni tasakaalustamiseks on meil vaja vähendada rasvase liha hulka, lisada saiale senisest rohkem valgurikkaid piimasaadusi ning suurendada köögi- ja puuvilja tarbimist.

Tegelikult on meil tarbitud kalorete kogus arvatust mõnevõrra suurem, sest ka alkohoolsed joogid viin, veinid,

Eesti NSV elanike toitainetevajadus ja keskmise ratsiooni toitainete sisaldus

Toitained	Tarve	Toitainete kogus			
		1970. a.		1972. a.	
		tegelik	omastatav	tegelik	omastatav
Kalorsus (kcal)	2730	3090	2917	3030	2870
Valgud (g)	89	97,8	87,0	92,5	83,2
Loomsed valgud (g)	51,5	57,6	53,0	56,6	51,6
Rasvad (g)	91,8	108,3	101,9	113,0	105,6
Taimsed rasvad (g)	24,7	9,9	9,3	9,8	9,2
Süsivesikud (g)	378	410	393	390	375
Mineraalsoolad (mg)					
kaltsium	940	966		975	
magneesium	470	428		414	
fosfor	1730	1790		1758	
raud		16,8		18,1	
Vitamiinid (mg)					
A	1,46	1,4+2,2*		1,5+2,4*	
B ₁	1,67	1,9		1,9	
B ₂	2,22	2,5		2,5	
B ₆	1,94			1,6	
PP	18,0	16,9		16,2	
C	69,3	46,3		46,8	

* karotiin

Tabel 2

Tähtsamate toitainete hulk Eesti NSV elanike keskmises päevases ratsioonis 1972. a.

Toiduaine	Toitained (g/p)			Mineraalsoolad (mg)						Vitamiinid (mg)					
	valgud	rasvad	süsi- vesikud	kcal	Ca	Mg	P	Fe	A	karotiin	B ₁	B ₂	B ₆	PP	C
Leib ja teravilja-saadused	22,7	3,6	180,7	880	94	174	532	6,6		0,44	0,56	0,34	0,28	3,21	0,1
Suhkur ja kondiitritooted	1,9	2,4	94,2	422	13	9	33	0,6		0,01	0,02	0,02	0,01	0,26	0,5
Kartulid	4,3	0,2	50,7	228	25	58	127	2,3		0,08	0,25	0,13	0,25	2,28	12,7
Köögiviljad	2,1	1,3	8,8	52	58	38	60	1,3		1,46	0,07	0,09	0,16	0,82	18,3
Puuviljad ja marjad	0,4	0,2	12,7	56	13	10	19	0,6		0,12	0,03	0,04	0,04	0,21	8,5
Liha ja lihasaadused	23,2	45,0	0,7	574	18	31	294	5,0	0,90		0,65	0,68	0,45	7,46	1,5
Piim ja piimasaadused	20,4	48,8	25,1	560	697	79	555	0,7	0,53	0,44	0,27	1,09	0,29	0,56	5,3
Kala	5,1	1,7	0,2	37	40	12	85	0,4		0,01	0,02	0,04	0,05	1,05	
Munad	3,0	2,8	0,1	39	13	3	54	0,6	0,08	0,18	0,05	0,10	0,08	0,02	0,05

ölu annavad kaloreid, väga vähe aga mineraalsoleid ja vitamiine. Meie keskmine ratsioon on rahuldav.

Teatavasti määrab toiduainete tarbimise päevane energiavajadus. Näiteks on Eesti NSV elaniku keskmine ener-

giavajadus 2730 kcal. Kui me selle katame rafineeritud toiduainetega (suhkur, rasvad, sordijahust leivad), tekib mineraalainete, valgu- ja vitamiinivaegus. Koostades aga menüü selliselt, et oleks piisavalt loomseid toiduaineid ja

Mõnede toiduainete toiteväärtus

Toiduaine	Kalorsus kcal/100 g	Protsent kalorsusest		100 kcal kohta tuleb päevasest füsioloogilisest vajadusest (protsentides)					
		valgud	rasvad	mineraalaineid		vitamiine			
				kalt- sium	mag- neesium	B ₁	B ₂	PP	C
Lihtjahust rukkileib	211	12,4	4,2	1,2	6,1	5,4	2,6	2,4	—
«Tallinna saiake»	338	11,7	14,3	0,8	1,1	1,1	0,8	2,6	—
Kartulid	70	11,7	1,2	1,2	7,0	6,0	2,3	7,8	7,2
Kapsad	29	21,2	6,2	17,6	11,7	12,4	7,8	7,6	124
Õunad	52	2,4	7,1	1,8	4,1	4,3	2,6	2,2	19
Piim	62	21,8	48,1	20,6	4,8	4,7	13,5	9,0	2
Lõss	34	39	2,4	37,0	8,7	7,2	24,0	16,0	—
Või	734	0,2	99,5	0,2	0,1	—	—	—	—
Veiseliha	154	40,4	60,6	0,7	3,0	4,0	5,0	15,4	—
Sealiha	381	13,1	86,9	0,2	0,9	11,0	2,3	6,1	—

energiavaaseid, kuid palju vitamiine ning mineraalaineid sisaldavaid köögi- ja puuvilju, saame koos küllaldase kalorsusega ka küllaldases koguses organismile hädavajalikke toitaineid. Tabelis 3 on toodud mõnede toiduainete toiteväärtus, kusjuures nende mineraaloolade ja vitamiinisaldus on näidatud protsentides meie elanike päevasest füsioloogilisest vajadusest.

Näidetest selgub, et toiduaine toiteväärtust tuleb hinnata seda kõrgemaks, mida suurema osa tema kalorsusest annavad valgud ja mida suuremas osas kaetakse päevane mineraaloolade ja

vitamiinivajadus. Muidugi ei tohi siin unustada põhimõtet, et menüü peab olema võimalikult mitmekülgne.

KIRJANDUS: 1. Вагане Э. П. Некоторые особенности питания и обмена веществ у населения Эстонской ССР. Автореф. дисс. доктора биол. наук. Таллин, 1973. — 2. Рекомендуемые величины физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии. Утвержден 16.04.1968 г. № 735-68. — 3. Народное хозяйство Эстонской ССР в 1971 году. Таллин, 1972.

Tallinna Polütehniline Instituut

Ülevaated

REUMATOIDARTRIIDI RAVI

LEO PAI

Tartu

UDK 616.72-002.77-08(047)

Reumatoidartriit on laialdase leviku, pikaldase kulu ning jäädava invaliidisuse põhjustamise tõttu olnud pidevalt reumatoloogide tähelepanu objektiks.

Kuigi haiguse uurimisel on saadud mitmeid silmapaistvaid tulemusi ja loodud sisukaid teooriaid (2, 10), ei saa me

veel öelda, et tunneksime haiguse etioloogiat ja patogeneesi täielikult.

Haiguse ravi on suurel määral empiiriline, sisaldades nii sümptomaatilise kui ka patogeneetilise ravi elemente. Nii näiteks võeti salitsülaadid ja pürasoloonirea derivaadid kasutusele veel

reumatoloogia algusaastail puhtempiirilisel sümptomaatiliste põetikuvastaste preparaatidena ja ka praegu on nende toimemehhanismis veel tundmatut. Mõned preparaadid, nagu näiteks kortisonidid, on kasutusele võetud teoreetilistel kaalutlustel. Kuigi teooriat on hiljem tulnud revideerida, on kortisonidid ravimitearsenali püsima jäänud. Osa ravimeid, nagu kullapreparaadid, kinoliinirea derivaadid, tuli reumatoloogias kasutusele teoreetiliselt nõrgalt põhjendatutena, hiljem on aga tunnustuse osaliseks saanud.

Ka kuurordiravis ja füsioteraapias on empiiria osatähtsus seni kahjuks veel liiga suur (6).

Kirjeldatud olukorrast johtuvad väärtused reumatoidartriiti põdevale haigele õige ravi määramisel ja üksikute autorite skeptiline suhtumine haiguse ravitavusse üldse.

Reumatoidartriidi raviga oleme üle viieteistkümne aasta süstemaatiliselt tegehnud ja selles omandanud mõningaid kogemusi, millel tahaksimegi peatuda.

Ravi taotleb tänapäeval põhiliselt nelja eesmärki: ägeda põetiku ravi, organismi immunopatoloogilise seisundi mõjutamist, võitlust võimaliku kolde-nakkusega ja liigeste funktsiooni taastamist. Kahjuks taotletakse neid ees-märke tihti arvestamata haiguse kulu iseärasusi. Seetõttu on ka ravi üsna sageli piirdunud raviga haiguse ägedas faasis. Kuid ägenemise ärahoidmine ei hoiä ära retsidiive ega peata oluliselt patoloogilis-anatoomiliste muutuste kujunemist liigestes. Seega on kompleks-ravi eeltingimus teha kindlaks kõige-pealt patsiendi närvisüsteemi tüüp, haiguse kulg ja prognoos.

Kui reumatoidartriidi diagnoosimine ei tohiks vilunud reumatoloogile ületamatuid raskusi valmistada, siis haiguse prognoosimine on väga keerukas, liiäti et kirjanduses leidub selle kohta küllalt vähe andmeid ning pidepunkte. Prognoosimisel on olulisem haiguse kulg (kas kiiresti või aeglaselt progresseeruv, muutumatu), kuid arvestades kulgu, peame hindama ka organismi

immunopatoloogilist reaktiivsust, mida teha ilma spetsiaalsete uuringuteta on sageli võimatuks osutunud. Prognoosi üks eesmäärke on ette näha võimalike ägenemiste sagedus ja raskus, sest et reumatoidartriidile on enamikul juhtudest omane tsükliline kulg spontaansete remissioonide ja ägenemistega.

Haiguse kulu tsüklilisuses ei ole veel täit selgust, see vajab täpsustamist ja põhjendamist. Lahendust võiks pak-kuda üksnes reumatoidartriidi kulu va-riantide hindamine nendel haigetel, ke-da ei ole ravitud. Praegu on see võimatu, sest peaaegu kõiki patsiente on periooditi mingil viisil siiski ravitud. Võime tugineda vaid 40 haigusloo analüüsile Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonnast aastäist 1945...1948, mil haigeid oli võimalik ravida ainult aspiriiniga. Vaatluse all olid patsiendid, kellel haigus oli täna-päeva klassifikatsioonile kohandatult progresseeruva kuluga ja kulges teise astme aktiivsusega. E. Dormidontovi (7) andmetel moodustavad need haiged 80% üldarvust. Neil tekkis tavaliselt kaks kuni neli ägenemist aastas, kus-juures ägenemine kestis üks kuni kolm kuud. Tekib küsimus, kas paranemine selliste haigete puhul pärast mõni kuu kestnud ravi on seostatav raviga või see on olnud lihtsalt spontaanne remis-sioon.

Omaette probleem on ravi haiguse ägedas faasis. Siin on välja kujunenud kindlad võtted, mis redutseeruvad peamiselt mittespetsiifilisele põetikuvas-tasele ravile: pürasolooni- ja salitsüülirea derivaatide ning kortisonoidide kombineeritult kasutamisele. Tavaliselt saadakse küll hea tulemus, problemaatiliseks äga jääb tulemuse püsivus. Teiste sõnadega: tekib küsimus, kas ühe äge-nemise kupeerimine võib ennetada järgmise ägenemise.

Et ravi oleks mõjusam, lisatakse droogidele, millega saab haigust ägedas faasis kupeerida, tavaliselt veel kinoliinirea derivaate. Neil juhtudel on ravi-tulemused tavaliselt püsivamad.

Reumatoidartriidi ravi tulemuste hindamisel tuleb nähtavasti rääkida va-

hetust ehk näilisest ja tõelisest ehk püsivast tulemusest. Analüüsinud Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla kardiorumatoloogiaosakonnas viimase nelja aasta jooksul 300 haige ravimisel saadud tulemust, jõudsimme veendumusele, et see on vahetu 70...80⁰/₀-l haigestest. Seejuures püsiv remissioon, mis osal oli vaid suhteline, ilmneb ainult 30...36⁰/₀-l ravialustest.

Vaieldavaks tuleb pidada kortisonoidide kasutamist reumatoidartriidi ravis. Ehkki nende preparaateid tõhusus on vaieldamatu, eriti siis, kui neid ordineeritakse koos teiste, põletikuvastaste ravimitega, ei ole veel päris selge, kas kortisonoidid suudavad pidurdada patoloogilis-anatoomiliste muutuste teket liigestes ja ka organismi üldist kahjustust. Tõsist ohtu pakub hormoonisõltuvuse arenemine. Hormoonisõltuvusega patsientidel oleme kindlaks teinud küllalt sügavad muutused nii kardiovaskulaarses süsteemis kui ka neerudes; viimastes kuni raske amüloidoosi väljakujunemiseni. Need muutused arenevad vaatamata hormoonide põletikuvastasele toimele.

Kui hormoone on kasutatud pidevalt, tekivad komplikatsioonid (Cushingi sündroom, osteoporoos, luumurrud, steroiddiabeet, haavandtõbi, vaskuliit jne.), mis on niivõrd ohtlikud, et sunnivad hormoonraviga liialdamise vastu välja astuma. Hormoonide kasutamist tuleks piirata, neid määrata lühemate, mõnekuuliste ravikuuridena haiguse ägenemise ajal. Kestvad ravikuurid on mõeldavad vaid suurte kollagenooside ja reumatoidartriidi pahaloomuliste, eeskätt liigese- ja siseelundivormide korral.

Meie kliiniku materjalidest nähtub ka see, et hormoonisõltuvuse arenemisel võivad tekkida seisundid, mil haige taotleb hormoonravi, ehkki valu ei ole enam piinav. Hormooni ärajätmisel muutub ta depressiivseks ja pahuraks, pärast ravi uuesti alustamist aga tekib eufooria.

Viimastel aastakümnetel on tunnustust leidnud kinoliinirea derivaadid (delagiil jt.). Neil on tagasihoidlik toime

ja nad mõjuvad vaid pikemaajaliste ravikuuridena. Ravitoimes ei ole veel täit selgust. Kinoliinirea derivaadid on eksperimendis suuremates annustes antuna osutunud immunosupressiivseteks vahenditeks, mis pidurdavad lümfootsüütide proliferatsiooni (5). On tõestatud ka nende vahendite antiflogistilist toimet. Spetsiaalseid näidustusi nende ordineerimiseks kliinikus veel ei ole. Ravimeid kasutatakse koos muude reuma vastu toimivate vahenditega nii haiguse ägedas kui ka remissioonifaasis.

Krüsoteraapia erineb eespool mainitud raviviisist just oma toime kestuse poolest, ehkki haigusnähte kupeeriv toime on selle raviviisi korral vähem väljendunud. Küllalt ägedatel haigusjuhtudel on isegi otstarbekohane, et haiguse aktiivsust teiste võetega eelnevalt vähendataks. Kullapreparaadid on praegu arvatud kõige toimivamate hulka, kuid nende toimemehhanismi ei ole ammendavalt selgitatud. Viimasel ajal on väidetud, et neil, blokeerides retikulaarrakke, on immunosupressiivne toime (3). Krüsoteraapia levikut pidurdab komplikatsioonide rohkus, millest esiplaanil on allergilised reaktsioonid ja parenhümatoomossete elundite, esmajoones maksa kahjustused. Nagu V. Reiholec (5) hiljuti on tõestanud, ei jää krüsoteraapia ohtlikkuse poolest maha ravist tsütostaatiliste vahenditega.

Ka meie kogemused, ehkki tagasihoidlikud (täielikud krüsoteraapiakuurid viidi läbi 17 haigel), osutavad sellele, et kullaga peab olema ettevaatlik. Oleme täheldanud rohkesti allergilisi reaktsioone. Ühel haigel tekkis ka agranulotsütoos, mis möödus pärast kaks nädalat kestnud intensiivravi hormoonipreparaatidega ja pärast põhiravi katkestamist.

Kui analüüsida ravi haiguse ägedas faasis immunoloogilisest aspektist, siis selgub, et ravimid toimivad immunosupressiivselt (15). Immunosupressiooni head mõju näitab ka immunosupressantide kasutuselevõtmine reumatoidartriidi ravis viimase aastakümne vältel. Ka Tartu Vabariikliku

Kliinilise Haigla kardioreumatoloogia-osakonna kogemused, mis on saadud üle 200 haige ravimisel, kinnitavad mainitud raviviisi tõhusust (14).

Immunosupressiooniks kasutatakse praegu peaaegu eranditult mitmesuguseid tsütostaatilise toimega preparaate, nagu antimetaboliite (6-merkaptopuriin, imuraan), või alküülivaid vahendeid (tsüklofosfamiid, leukeraan, sarkolüsiin jt.). Tsütostaatiline ravi on oma tõhususele vaatamata põhjustanud tõsist diskussiooni, sest neil vahenditel on potentsiaalselt teratogeenne, mitme autori arvates ka blastomogeenne toime. Praktikas ei ole veel küllaldaselt andmeid mainitud toime kinnitamiseks või eitamiseks.

Tsütostaatilise ravi põhjendatuse teoreetiliseks aluseks on arvamus reumatoidartriidi kui immunoloogilise patogeneesiga haiguse kohta. Oletatakse, et surudes maha immunoloogilisi protsesse eeskätt immunokompetentse lümfoidse koe proliferatsiooni intensiivsuse vähendamise teel, vähendame autoantikehade produktsiooni, sellega ka organismi autoimmuunse kahjustuse ulatust. See arvamus ei ole veel täielikult tõestatud. Tsütostaatiliste vahendite kasutamisel peame arvestama ka nende üldist põletikku tõkestavat toimet eeskätt põletikukolde rakkude proliferatsiooni aeglustamise tõttu (4).

Immunosupressioon reumatoidartriidi aktiivses faasis on väga huvitav probleem. On ju tõestatud, et nn. füsioloogiline immunoloogiline reaktiivsus reumatoidartriidihaiigel on alanenud (8, 9, 12, 13). Väheneb fagotsütoosi aktiivsus, immunoloogilised nahareaktsioonid muutuvad aga vähe väljendunuks, langeb hemaglutineerivate isoantikehade tiiter jne. Ravi vältel nagu kujuneks vastuoluline situatsioon, mil hea tulemuse taotlemiseks raken-dame immunosupressiooni neil, kellel immunoloogiline reaktiivsus on juba alanenud.

Samal ajal on üldiselt teada, et mitteõigeaegne, liiga varajane immu-

noloogilise reaktiivsuse stimuleerimine reumatoidartriidi ägenemise faasis, näiteks püroteraapia või balneoterapia vahendusel, kutsub esile seisundi tunduva halvenemise. Seejuures aga on stimuleeriv ravi haiguse remissioonifaasis väga oluline ja füsioloogiline ning balneoterapiat peetakse üheks paremaks.

Esiletoodud vastuolu on näiline, sest immunokompetentne süsteem on haiguse ägedas staadiumis tegelikult tugevas ärritusseisundis, reageerib aga inadekvaatselt patoloogiliste autoantikehade ja antikehataoliste ainete intensiivse produktsiooniga. Füsioloogilist reaktiivsust tagavate lümfoidsete rakkude kloonide proliferatsioon tõrjutakse tagaplaanile. Immunosupressandid, toimides esmajoones kiiresti paljunevatesse patoloogilistesse kloonidesse, mõjutavad organismi füsioloogilist reaktiivsust ainult teises järjekorras ning see kahjustab organismi oluliselt vaid tsütostaatiliselt toimivate preparaatide üledoseerimisel. Haiguse remissioonifaasis aga, mil immunopatoloogiline reaktsioon on represseritud, on organismi füsioloogilise vastupanu suurendamine esmajärgulise tähtsusega.

Seega on reumatoidartriidihaiige ravi printsiibid haiguse ägenemis- ja remissioonifaasis tunduvalt erinevad.

Et reumatoidartriit on pikaldase kuluga, kestes sageli aastaid, siis on haiget võimalik ravida ainult komplekselt, läbimõeldud skeemi kohaselt, milles on kolm komponenti: 1) haiguse ägenemise kupeerimine (tavaliselt stationaaris); 2) järelpõetamine (tavaliselt ambulatoorselt); 3) ravi haiguse remissioonifaasis (kõige sobivam on selleks kuurordiravi, näiteks mudaravi). Rikkalikud kogemused on näidanud, et edukas ravi haiguse remissioonifaasis põhjustab järgmiste ägenemiste harvenemise või koguni ärajäämise. Kuid nagu näitas E. Veinpalu (6), peab kuurordiravi olema süstemaatiline ning järjekindel. Ühekordsetest kurortoloogilistest menetlustest ei piisa, paremaid resultate on saadud neil, kes on ravil

viibinud korduvalt. Kompleksravis on väga oluline õige momendi tabamine, mil oleks kõige otstarbekohasem üle minna immunosupressiivselt ravilt stimuleerivale.

Reumatoidartriidi ravis on tähtis koht füsioteraapial ja ravikehakuksel. Mainitud menetlusi rakendatakse nii haiguse alaägedas kui ka remissioonifaasis. Ka kirurgilised menetlused on viimasel aastakümnel suure tunnustuse võitnud. Neist tõhusam on sünovektoomia. Põletikulise sünoovia, mida reumatoidartriidi puhul peetakse spetsiifiliseks antigeeniks, eemaldamisel katkeb autoimmuunsusreaktsiooni ahel. Kui haigusest on tabatud korraga palju liigeseid, on totaalne sünovektoomia kahjuks võimatu. Sel juhul aga, kui protsess lokaliseerub peamiselt ühes liigesterühmas, on operatsioon ratsionaalne. Meie kogemused (opereerinud E. Liiv) näitavad sünovektoomia otstarbekust.

Viimaseks etapiks on reumatoidartriiti põdevate haigete rehabilitatsioon. See on vajalik seetõttu, et (ka siis, kui haige tegelikult paraneb) aastaid kestnud protsess põhjustab paljudel juhtudel püsivaid liigeste deformatsioone ning seega ka haige invaliidistumist. Praegu ei ole küsimus meil veel täielikult lahendatud. On vaja asutada rehabilitatsioonikeskus, mis kujutaks endast asutust, kus haige taastava ravi käigus võiks omandada uue, temale jõukohase elukutse.

MIKROTSIRKULATSIOON KUI KLIINILISE UURIMISE OBJEKT

BORIS SCHAMARDIN
Tallinn

Viimastel aastatel on kardioloogia ja angioloogia täienenud uue teadusharu — mikroangioloogiaga, mille uurimisobjektiks on ühendav lüli vereringe ja kudede ainevahetuse vahel, nimelt mikrotsirkulatsioon. Mikroangioloogia

KIRJANDUS: 1. Harte, W. Med. Welt., 1967, 1, 15—16. — 2. Holländer, J. L., McCarty, D. J., Astroga, G., Castro-Murilo, E. Ann. Intern. Med., 1965, 2, 271—280. — 3. Hunger, R. Z. inn. Med., 1969, 24, 8, 237—239. — 4. Knippiz, A. Ein Beitrag zur antiphlogistischen Wirkung von Immunosuppressiva. Bonn, 1970. — 5. Reiholec, V. In: III Congressus Rheumatologicus Cechoslovacus cum participatione internationali Abstracta D 2. Piešťany CSSR 1972, 190. — 6. Вейнпалу Э. Ю. Применение эстонской (хаапсалуской) морской грязи в комплексном лечении больных ревматизмом, инфекционным неспецифическим и дистрофическим доброкачественным полиартритом. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Тарту, 1972. — 7. Дормидонтов Е. Н. Клинические варианты течения и характеристика некоторых показателей при инфекционном неспецифическом полиартрите. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Иваново, 1970. — 8. Зборовский А. Б. В кн.: Актуальные проблемы ревматологии. Труды Волгоградского медицинского института. Том XXIV. Волгоград, 1972, 31—36. — 9. Иоффе В. И. Иммунология ревматизма. М., 1962. — 10. Нестеров А. И., Сигидин Я. А. Клиника коллагеновых болезней. М., 1966. — 11. Нестеров А. И. Вopr. ревмат., 1971, 11—16. — 12. Пяй Л. Т., Майметс О. М. В сб.: Труды III съезда терапевтов БССР. Минск, 1967, 280—285. — 13. Павлова О. В., Пяй Л. Т. В сб.: Материалы докладов VII Республиканской конференции терапевтов Латвийской ССР. Рига, 1970, 21. — 14. Пяй Л. Т. В сб.: Материалы первого всесоюзного съезда ревматологов. М., 1971, 141. — 15. Сигидин Я. А. Механизмы лечебного действия антиревматических средств. М., 1972.

TRÜ Arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste
kateeder

vaatleb ühtse tervikuna kapillaaride seina, kapillaaride sisu ja kapillaare ümbritsevaid kudesid.

1661. aastast, mil M. Malpighi avastas kapillaarid, oli möödunud 250 aastat, kui W. Lombart (1911. a.) ja hil-

jem O. Müller (1922. a.) võtsid kliinikus esmakordselt kasutusele kapillaaride otsese vaatluse. Kuid alles viimase 15 aasta jooksul on märgata mõningaid edusamme mikrotsirkulatsiooni uurimise alal kliinikus. Oluline eeldus selleks on kahtlemata olnud ühelt poolt katseloomadel tehtud uuringute tulemused (13, 14, 16, 28, 33) ja teiselt poolt uurimismetoodika täiustamine: parem valgustus ja optilised vahendid, mikrofotografeerimine ja mikrofilmimine.

Termin «mikrotsirkulatsioon» on kasutusel 1954. aastast, kui toimus esimene sellealane konverents USA-s. Viimastel aastatel on mikrotsirkulatsiooni vastu huvi tõusnud, mida kinnitab üleeuroopaliste, üleameerikaliste ja rahvusvaheliste konverentside kokkukutsumine. Ka NSV Liidus toimus 1972. aasta sügisel esimene mikrotsirkulatsioonikonverents.

Meie maal on mikrotsirkulatsiooni kliinilisest aspektist hakatud intensiivselt uurima alles viimastel aastatel (31, 34, 36, 37), kusjuures selle uurimist on peetud kliinilises meditsiinis esmajärguliseks (33, 37). See on ka arusaadav, arvestades, et just kapillaaride kanda on vereringe põhiülesanne — kudede ainevahetus ja troofika. Erinevate haigusseisundite puhul on eelkõige häiritud just järgmised mikrotsirkulatsiooni protsessid: esiteks, organismi ainevahetuslik tasakaal ja teiseks, homeostaas e. organismi sisekeskkonna püsivuse säilitamine (28, 33). Seepärast peab B. W. Zweifach (28) mikrotsirkulatsiooni primaarseks, rakkude elutegevusega vahetult seotud protsessiks.

Iga haigusseisundit, mis kulgeb ödeemi, tsüanoosi, tromboosi, emboolia, šoki või veritsusega, tuleb hinnata mikrotsirkulatsiooni seisukohast (1). Seega on mikrotsirkulatsiooni uurimisel eriline tähtsus perifeerse vereringe, koronaarvereringe, aju ja neerude verevarustuse häirete selgitamisel; kardiogeense, põletusjärgse või traumaaatilise šoki patogeneesi selgitamisel; kunstliku vereringe täiustamisel; ku-

dede ja elundite siirdistutamise küsimuste lahendamisel. Mikrotsirkulatsiooni uurimine on tähtis ka veresoonte seinapermeaabluse tekkemehhanismide selgitamisel mitmete haigusseisundite korral, mille aluseks on põletik, allergia, mõnede füüsikaliste tegurite (kiirituse, vibratsiooni jt.) mõju, samuti pahaloomuliste kasvaja metastaseerumise puhul jt.

Sõltuvalt erinevate meetodite rakendamisest on kliiniliste uuringutega võimalik hinnata eeskätt 1) veresoonte laiust ja toonust; 2) veresoonte seinapermeaablust; 3) veresoonte seinaresistentsust; 4) vere koostist ja reoloogilisi omadusi; 5) rõhku väikestes veresoontes.

Väikeste veresoonte toonust ja morfoloogilisi ning funktsionaalseid muutusi, mis tavaliselt kajastavad ka kudede verevarustust, on võimalik jälgida otsese vaatluse teel erinevates kehapiirkondades: sõrmede või varvaste küünevalli ja nahapinna kapillaroskoopia, silmamuna konjunktiiviveresoonte biomikroskoopia (15, 19, 20), keele, huulte, igemete ja nina limaskestast biomikroskoopia (9, 17, 23). Samadel objektidel on andmeid võimalik dokumenteerida fotografeerimise ja filmimise teel.

Sagedamini kasutatavateks meetoditeks on küünevalli kapillaroskoopia ning järjest enam leviv silmamuna konjunktiiviveresoonte vaatlus. Viimast peetakse heade vaatlustingimuste tõttu eriti sobivaks mikrotsirkulatsiooni kliinilisel uurimisel (vt. tahvel II, foto 1). Otsese vaatluse teel saab mikrotsirkulatsioonist kompleksülevaate — peale väikeste arterite, veenide, arterioolide, veenulite ja kapillaaride seisundi on võimalik jälgida ka veresooni ümbritsevaid kudesid ning verevoolu iseärasusi.

Kapillaarset verevarustust on võimalik hinnata ka pletüsmograafia (modifikatsioon, näiteks oklusioonpletüsmograafia), termomeetria ja termograafia abil. Viimase uuemaks modifikatsiooniks on infrapunase kiirguse termograafia (5). Organismi soo-

jusproduksioon pärineb tsirkulatoorsetest ja ainevahetusprotsessidest. Soojusproduksioonist tekkinud infrapuna kiirgust on erinevates kehapiirkondades peeglite ning termovisioonisüsteemiga võimalik täpselt registreerida. Meetod on eriti sobiv perifeerse vereringe häirete (veresoonte obliteratsioon või spasm, Raynaud' tõbi jt.) ning tumorossetest protsessidest põhjustatud mikrotsirkulatoorsete muutuste registreerimiseks.

Kõikide loetletud meetodite puhul on võimalik rakendada mitmesuguseid funktsionaalseid teste, mis võimaldavad kliiniliselt määrata veresoonte reaktiivsust füüsikaliste (termiliste jt.) või farmakoloogiliste tegurite suhtes (adrenaliini, nitroglütseriini jt.).

Kapillaaride permeaabluseks nimetatakse kapillaaride seina võimet läbi lasta vere vedelaid osiseid ja neis lahustunud aineid. Kapillaaride permeaabluse määramise viisidest tuleks enamiku uurijate andmeid ja kogemusi arvestades (38) parimaks pidada paisrõhu rakendamisel põhinevat Landise meetodit oma modifikatsioonidega. Orienteeriva ülevaate kapillaaride permeaabluse muutustest saab ka kapillaroskoopial (kapillaroskoopilise fooni hinnangu alusel), Kaufmanni kantaridiiniproovi, Mac Clure'i ning Aldrichi kublaprooviga. Ülevaate kapillaaride permeaablusest annab ka selle aja määramine, mille vältel koed puhastuvad intrakutaanselt, intramuskulaarselt või subkutaanselt manustatud radioaktiivsetest ainetest (18, 21).

Endoteliaalse barjääri permeaablus sõltub sidekoe põhiaine seisundist ja selle koostisse kuuluvatest mukopolüsahhariididest. Viimaste lõhustumisel etendab olulist osa hüaluronidaas. Seejärel peegeldab permeaabluse suurenemist hüaluronidaasi aktiivsuse tõus ja vere siaalhappesisalduse suuremine. Suurt tähtsust permeaabluse häirete tekkemehhanismide hinnangul omistatakse ka nn. permeaabluse mediaatorite (histamiini, serotoniini, bradükiniini) hulga suurenemisele veres. Endoteliaalse barjääri perme-

aabluse muutused on tihedas seoses veel vere hüübimis- ja hüübimisvastaste süsteemidega (30, 32). Nii näiteks on kapillaaride permeaabluse tunduva suurenemise korral märgatud vere fibrinolüütilise aktiivsuse tõusu ning trombogeensete komponentide muutuste süvenemist veres (29). Et kapillaaride permeaabluse häiretel on kapillaartroofiliste häirete ja sklerootiliste protsesside arengus suur osatähtsus, võib paljusid haigusi vaadelda nn. permeaabluspatoloogia seisukohast (7, 8, 30).

Kapillaaride resistentsuse all mõistetakse kapillaaride seina vastupanujõudu vere rakkelementide pidamiseks veresoones. Kapillaaride resistentsus on mõõdetav selle põhjal, mil määral kapillaarid erütrotsüüte läbi lasevad veresoontele avaldatud üle- ja alarõhu korral. Seega on kapillaaride permeaablus ja resistentsus erinevad mõisted ega pruugi erinevate haigusprotsesside puhul samasuunaliselt muutuda. Orienteerivalt on kapillaaride resistentsust võimalik määrata ülerõhu rakendamisel põhineva Rumpeli—Leede—Kontšalovski prooviga, täpsemat kvalitatiivset ja kvantitatiivset hinnangut saada aga Göthlini või Hechti—Nesterovi prooviga. Kapillaaride resistentsuse tunduvat alanemist on täheldatud eriti hemorraagilise sündroomiga haigeil.

Vere koostise (nii rakkelementide kui ka vereplasma koostisosade) muutused etendavad sageli olulist osa mikrotsirkulatoorsete protsesside hindamisel.

Verevoolu kiiruse üle kapillaarides otsustatakse vere rakkelementide liikumiskiiruse alusel, mille täpseks määramiseks kasutatakse erinevatel printsiipidel põhinevaid meetodeid (1).

Olulisemaks vere reoloogiliste omaduste muutuseks peetakse vere rakkelementide intravasaalset klompumist, mis anglosaksi kirjanduses on tuntud *sludged-blood*-fenomenina ja mida on eriti hästi võimalik jälgida silmamuna konjunktiivis veresoontes. A. Marmonti ja kaasautorite (22) arvates seisneb

selline agregatsioon kas aktiivses erütrotsüütide aglutinatsioonis (näiteks külmaaglutiniinide, nn. krüoglobuliinide mõjul) või passiivses agregatsioonis, mis põhineb plasma füüsilis-keemiliste omaduste muutumisel.

Neist esimest võimalust täheldatakse suurenenud külmatundlikkuse, näiteks külmaastma, külmašokk, mõningad *cutis marmorata* ja Raynaud' tõve juhud. Seejuures on suure külmatundlikkuse kindlakstegemiseks diagnostikas kasutusele võetud konjunktivaalkülmaproov, mille korral jälgitakse konjunktivi veresoontes intravasaalse agregatsiooni teket pärast jäätüki hoidmist konjunktivil ühe minuti jooksul (12). Pärast taassoojenemist agregatsioon kaob.

Külma toimel vallandatavat analoogilist intravasaalset pseudoaglutinatsiooni on sama testiga võimalik vallandada ka nn. para- ja makroglobuliineemiatega puhul, näiteks Waldenströmi makroglobuliineemiaga haigetel (11). Agregatsiooni väljakujunemise astet on püütud klassifitseerida klompide suuruse ja leviku alusel silmamuna konjunktivi veenulites, arterioolides ja kapillaarides (6, 36).

Paljud autorid seostavad intravasaalse agregatsiooni teket verevalkude vahekorra ja struktuuri muutumisega (globuliinide hulga suurenemisega), millega on seotud samuti SR-i kiirenemine. Ka alimentaarne hüperlipemia ning mõnede suure molekulkaaluga ühendite veeni süstimine põhjustab agregatsiooni. Selle tekkes etendab mõningat osa verevoolu aeglustumine. Agregatsiooni võimalikest ebasoodsatest tagajärgedest organismile tuleks märkida mikroemboolia teket väikestes veresoontes ja nende tromboseerumise ohtu, klompide intravasaalset sedimentatsiooni ning vere ja kudede vaheliste ainevahetuslik-troofiliste protsesside häireid, mis on alguse saanud peamiselt hüpokseemiast, kuna verevoolus kujunevad suured plasmalüngad (2). Pole veel päris selge, kas agregatsiooni kaudu tekib ehtne tromboos, küll aga on see väga tõenäoline,

eriti rasvarikka eine järel, kusjuures ateroskleroetilise protsessi poolt kahjustatud veresooned loovad tromboosiks eelsoodumuse (27).

Väikestes veresoontes valitseva rõhu mõõtmiseks on kliinikus rakendatud meetodeid, mis põhinevad verevoolu jälgimisel kapillaarlingudes nende välise rõhu avaldamise ajal või naha värvuse jälgimisel siis, kui nahale avaldatakse doseeritud rõhku läbi paistva plaadiga (21, 26, 35). Nende mõõtmistega saadavad andmed ei peegelda ühes kapillaaris valitsevat rõhku, vaid nn. integreeritud kapillaarrõhku. Rõhu suuruseks kapillaarides oleme saanud tervetel naistel $30,0 \pm 7,0$ ja meestel $38,5 \pm 8,0$ mmH₂O (26), mis langeb peaaegu ühte kirjanduse (21) andmetega. Kapillaarrõhu langust on täheldatud Raynaud' tõve (25), hüpertooniatõve (35) ja vibratsioonitõve (38) juhtudel, seega seisundite korral, mis kulgevad arterioolide või väikeste arterite spasmi nähtudega.

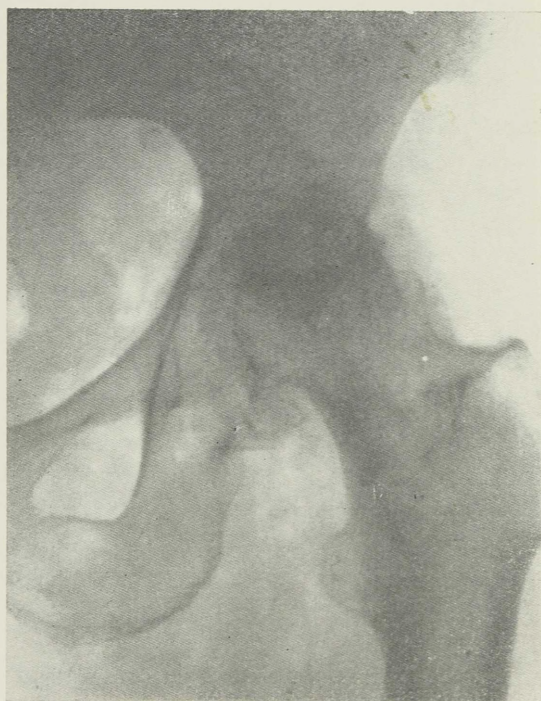
Mikrotsirkulatsiooni uurimise viisid ei piirdu kaugeltki eespool toodutega. Tänapäeval jätkub järjest uute meetodite väljatöötamine ja kliiniline rakendamine. Mitmed neist (isotooprenograafia, isotoopkardiograafia jt.) võimaldavad määrata elundite mikrotsirkulatsiooni.

Mikrotsirkulatsiooni kliinilise uurimise vajadus sugeneb järgmistest üksteisega lähedalt seotud praktilistest ülesannetest: 1) erinevate haiguste diagnoosimine; 2) funktsionaalse seisundi määramine ja patogeneetiliste mehhanismide selgitamine, mis on vajalik ravi ja profülaktika õigeks määramiseks; 3) ravi dünaamika jälgimine ja ravi mõjususe hindamine.

Varasematel aegadel on üksikuuringu alusel püütud leida üksikutele haigustele spetsiifilisi muutusi, näiteks ainult sõrme küünevalli kapillaaride üksikuuringuga püüti teha kaugeleulatuvaid diagnostilisi järeldusi, mistõttu see suund on tuntud sõrmedoktriinina. Praegu ollakse seisukohal, et sellistel üksikujuhtudel tehtud



Röntgenogramm 1



Röntgenogramm 2

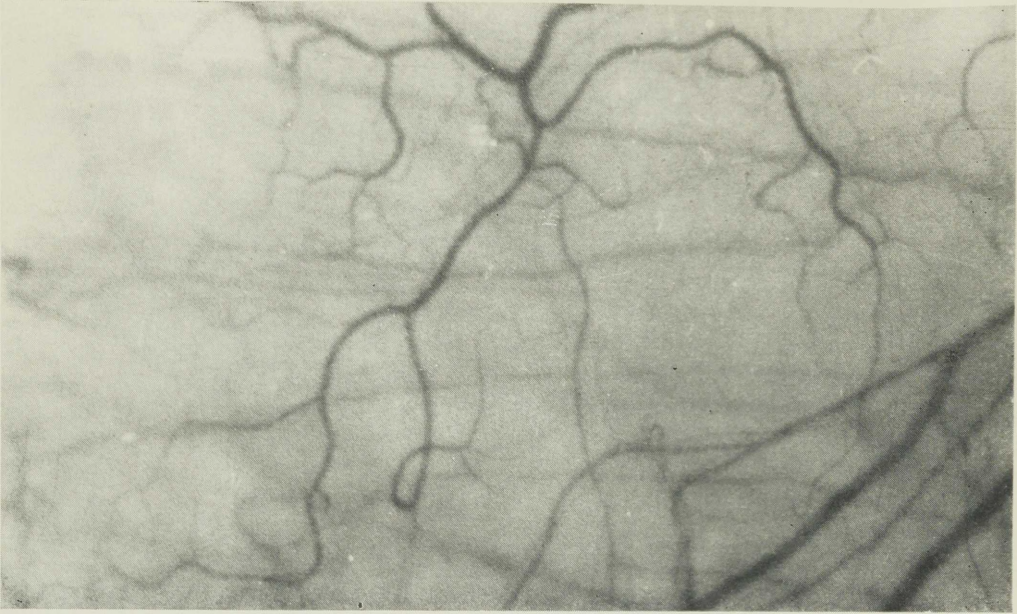


Foto 1. Silmamuna konjunktivi veresooned tervel 40-aastasel mehel, suurendus 30×.

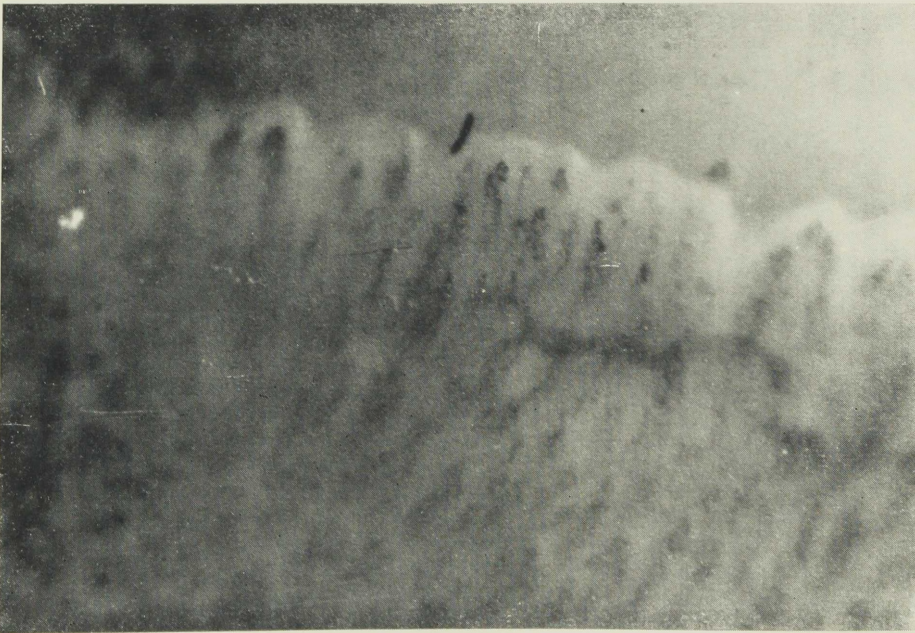


Foto 2. Kapillaroskoopiline pilt I varbal kroonilise kardialse puudulikkusega haigel (põhidiagnoos — krooniline bronhiit, mis tüsistunud *cor pulmonale*'ga ning pulmonaalse ja kardialse puudulikkusega II staadiumis). Nähtavad väänilised, spastilis-atoonilised ja atoonilised kapillaarid, veri klompjas, nähtavad subpapillaarse põimiku kontuurid.

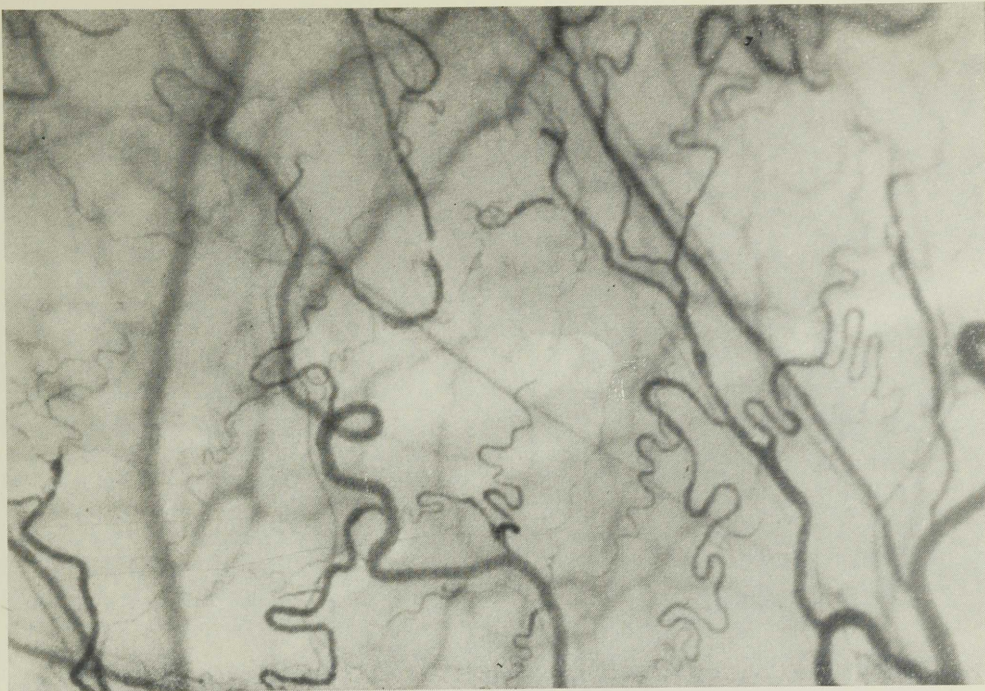


Foto 3. Silmamuna konjunktiivivi veresooneid silikoosihaigel kroonilise hingamispuudulikkuse II staadiumi nähtudega (südamepuudulikkus IIb staadiumis, kopsupuudulikkus II staadiumis); kliiniliselt selgelt väljakujunenud tsüanoos. Konjunktiivivi veresooneid väga väänilised, laiunud, kohati ebahütlased (spastilis-atoonilised), kohati väljakujunenud intravasaalne agregatsioon (katkendlik verevool, klompjas veri). Mikroskoopilisel vaatlusel verevool tunduvalt aeglustunud, kohati staas.

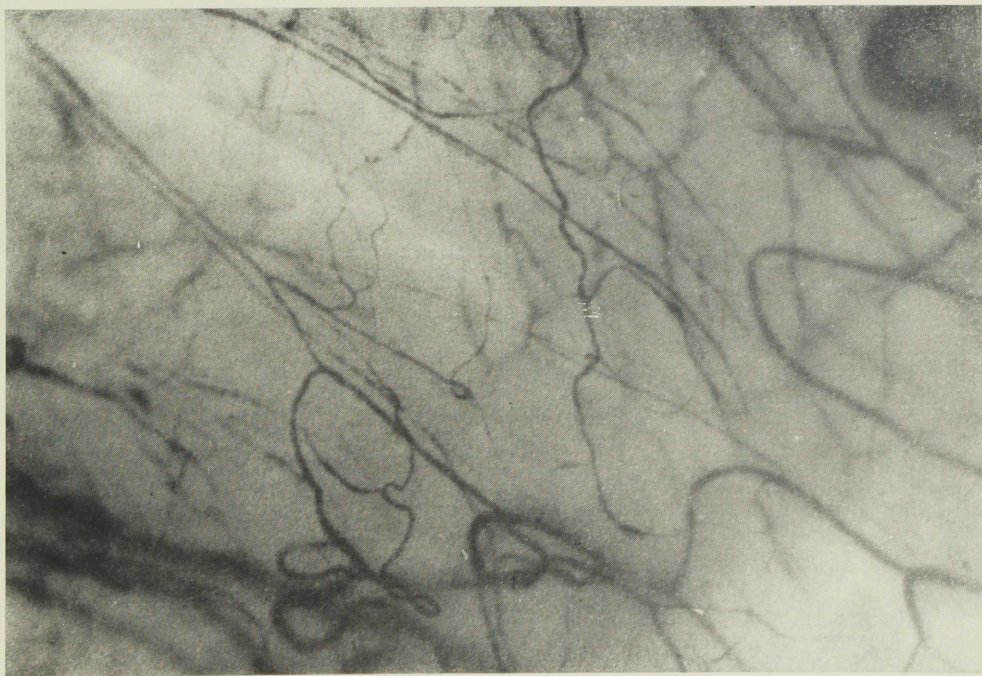
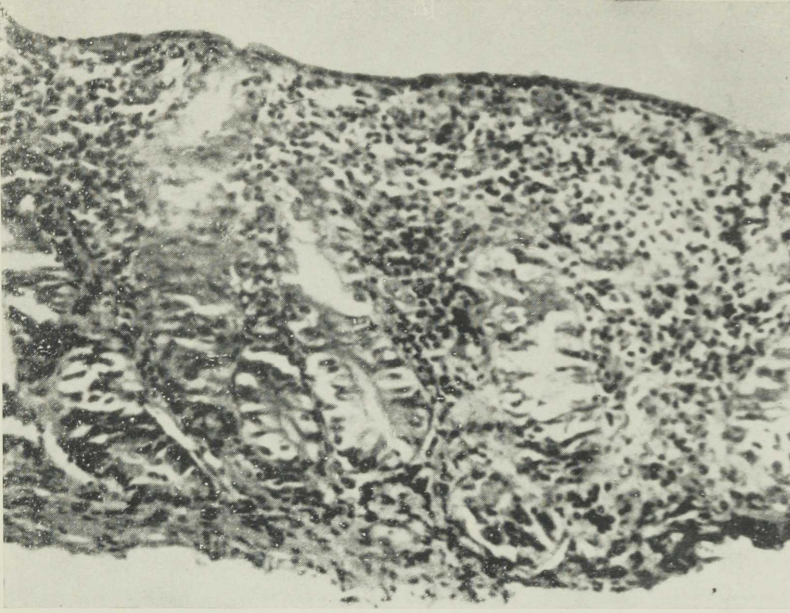
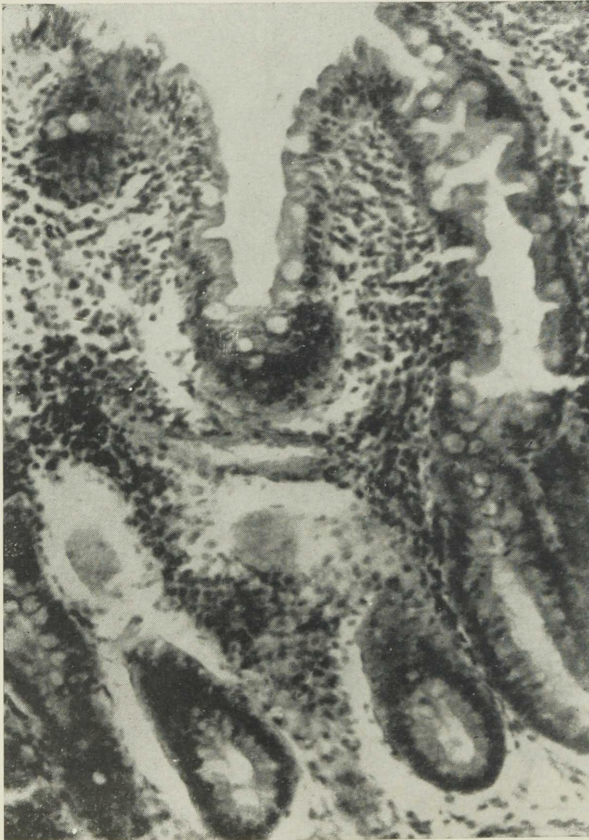


Foto 4. Silmamuna konjunktiivivi veresooneid vibratsioonitõbe põdeval haigel (haiguse III staadiumis). Tähelestatav veresoonte ebahütlane laius (spastilis-atoonilised nähud, aneurüsmid), kohati väljakujunenud intravasaalne agregatsioon.



Mikrofoto 1. Peensoole limaskest enne ravi: hattude subtaalne atroofia. Hematoksiiliin-eosiin. Obj. 9, ok. 12,5.



Mikrofoto 2. Peensoole limaskest pärast ravi: hattude partiaalne atroofia. Hematoksiiliin-eosiin. Obj. 9, ok. 12,5.

uuringute andmete hindamisel oldagu andmete mittespetsiifilisuse tõttu ettevaatlik. Neil on diagnostiline väärtus eeskätt kompleksis teiste mikrotsirkulatsiooni näitajatega ning haiguse kliinilise pildiga.

Vaid mõningatele üksikutele haigusseisunditele on iseloomulik küllalt kindla-piiriline kapillaroskoopilise pildi muutumine. Nii näiteks täheldatakse Osleri tõve (päriliku hemorraagilise teleangi-ektaasia) puhul väga iseloomulikke muutusi keelenäsade kapillaarides — tunduvalt laienenud, radiaalselt paiknevaid, üksteisega anastomoseeruvaid tähti meenutavaid kapillaaride kogumikke (1). Perifeersele paisule on iseloomulikud atoonilised ja spastilis-atoonilised kapillaarid, kapillaaride arvu suurenemine, subpapillaarse veenosse põimiku nähtavale ilmumine, verevoolu aeglustumine, klompjas ja teraline veri (vt. tahvel II, foto 2). Silmamuna konjunktiivis veresoonte uurimisel oleme perifeerse paisu puhul peale spastilis-atooniliste veresoonte täheldanud veel väljakujunenud intravasaalset erütrotsüütide agregatsiooni (vt. tahvel III, foto 3), millele on varem tähelepanu juhtinud ka L. Pontoni ja R. del Guercio (24).

Mikrotsirkulatsiooni uurimise tulemuste tähtsus suureneb mitme meetodi rakendamisel ja samal meetodil uurimisel mitmes kehapiirkonnas, kuna need võimaldavad 1) esile tuua kindla-piirilisi patofüsioloogilisi nihkeid mikrotsirkulatsiooni näitajate kompleksil hindamisel ning 2) hinnata muutuste regionaarsust või generaliseeritust. Põlevkivitööstel oleme kutsehaiguste uurimisel sel teel saanud igale haigusele küllalt iseloomulikke mikrotsirkulatsiooni muutuste komplekse (39). Näiteks vibratsioonitõve puhul täheldasime regionaarseid spastilisi ja spastilis-atoonilisi kapillaaride muutusi peamiselt kätel ja konjunktiividel (vt. tahvel III, foto 4), seda samaaegselt kapillaaride permeaabluse häiretega, reaktiivse hüperemia tekkeaja pikenemise ja kapillaarrõhu langusega kätel. Mürakahjustuste korral aga sedas-

tasime generaliseerunud spastilis-atoonilisi ja spastilisi muutusi ning reaktiivse hüperemia tekkeaja pikenemist; kapillaarrõhk ja kapillaaride permeaablus aga olid normis.

Mikrotsirkulatsiooni uurimise meetodite võimalused diagnoosimisel ei ole kaugeltki ammendatud, näiteks vajaks uurimist silmamuna konjunktiivis veresoonte mikroskoopia rakendamise võimalus allergiliste ja farmakoloogiliste reaktsioonide puhul.

Seega mikrotsirkulatsiooni muutuste diagnostiline ja patogeneetiline tähtsus võib üksikute haigusseisundite puhul olla küllalt erinev, mis selgub eriti üksikute mikrotsirkulatsiooniprotsesside vaatlusel. Paljude raskete haigusseisundite puhul etendavad just mikrotsirkulatsiooni muutused otsustavat osa. Näiteks kui müokardiinfarkti puhul areneva kardiogeense šoki otseseks põhjuseks on müokardi nekrotiseerunud või isheemilise ala kontraktiilsuse nõrgenemine või alanemine, siis haiguse edasise käigu ja haige saatuse otsustab raskete mikrotsirkulatsioonihäirete areng (31, 34). Nii on rasketel juhtudel diagnoositud arterioolide ja veenulite spasmi, mille tõttu osa verd voolab anastomooside kaudu väikestest arteritest otse veenulitesse ning ei läbi kapillaare (10), põhjustades sel teel kapillaaride piirkonna isheemiat. Samal ajal on täheldatud verevoolu häireid, selle aeglustumist ja erütrotsüütide agregatsiooni (3, 4, 31). Need häired põhjustavad kudede perfusiooni alanemist ning ainevahetuse nihkeid, mis võivad haigele saatuslikuks saada.

Infarktjärgse šoki patogeneesi sellise käsitluse korral kuulub revideerimisele mõningate vanade ravivahendite (südameglükosiidide, vasopressiinide) kasutamise otstarbekus, küll aga uuritakse uusi ravivõimalusi: α -blokaatorite, steroidhormoonide, madal-molekulaarse dekstraani, abivereringe jt. vahendite kasutamist (34).

Meie kogemuste põhjal võib mikrotsirkulatsiooni kompleksse uurimisega paralleelselt soovitada biomikroskoo-

pilisi uuringuid (vajaduse korral fotografeerimisega) sõrmede ja varvaste küünevallidel ning silmamuna konjunktiividel, täiendades seda reaktiivse hüperemia tekkeaja määramisega (38) ning vajaduse korral kapillaaride permeaabluse määramisega ja uurimisega muudel meetoditel.

Käesolevas kirjutises ei ole võimalik peatuda mikrotsirkulatsiooni uurimiste rakenduslikul tähendusel üksikute haiguste ja patoloogiliste seisundite puhul ning sellest tulenevatel ravi ja profülaktika aspektidel. Eespool toodu aga kinnitab seda, et tänapäeval on diferentseerumas mikroangioloogia kui eri distsipliin. Seoses sellega tuleb nõustuda V. Kuprijanoviga (33), kelle arvates mikrotsirkulatsiooni uurimise edusammud võimaldavad prognoosida, et ei ole kaugel päev, mil mikrotsirkulatsiooni hakatakse kasutama tavalise uuringuna nii tervete inimeste dispanseerimisel kui ka haigevoodi juures.

KIRJANDUS: 1. Bartelheimer, H., Harders, H. Dtsch. med. Wochenschr., 1967, 92, 14, 631—637. — 2. Bernaud-Kötz, G. Augenbeteiligungen bei Dys- und Paraproteinämien. Stuttgart, 1959. — 3. Bloch, E. H. Am. J. Med. Sci., 1955, 229, 3, 280—94. — 4. Böhme, H. In: Gefäßwand und Blutplasma, 3. Symposion. Leipzig, 1970, 63—78. — 5. Bränemark, P. J. Dtsch. med. Wochenschr., 1966, 91, 20, 961—962. — 6. Ditzel, J. Acta med. Scand., 1955, 152, 371—378. — 7. Emmrich, R. Chronische Krankheiten des Bindegewebes. Leipzig, 1961. — 8. Eppinger, H. Die Permeabilitätspathologie als die Lehre vom Krankheitsbeginn. Wien, 1949. — 9. Götze, W. In: Bibl. Anat., v. 4. Basel/New-York, 1964, 342—347. — 10. Hardaway, R. M. Am. J. Cardiol. 1967, 20, 161—173. — 11. Harders, H. Dtsch. med. Wochenschr., 1957, 82, 2, 71—73. — 12. Harders, H. Klin. Wochenschr., 1958, 36, 2, 74—78. — 13. Harders, H. (Hrsg.): Europäische Konferenz über Mikrozirkulation. Basel/New-York, 1961. — 14. Harders, H. (Hrsg.): 2. Europäische Konferenz über Mikrozirkulation. Basel/New-York, 1964. — 15. Heisig, N. In: Gefäßwand und Blutplasma, 2.

Symposion. Jena, 1965, 65—72. — 16. Illig, L. Die terminale Strombahn. Berlin—Heidelberg—Göttingen, 1961. — 17. Jacoby, H. Med. Welt, 1963, 20, 16, 1—28. — 18. Kety, S. S. Am. Heart. J., 1949, 38, 321—328. — 19. Kittel, V. Die Biomikroskopie der Bulbusbindehautgefäße des Menschen und ihre klinische Verwertbarkeit. Leipzig, 1960. — 20. Knisely, M. H., Bloch, E. H., Eliot, T. S., Warner, L. Science, 1947, 106, 431—440. — 21. Kuchmeister, H. Klinische Funktionsdiagnostik. Stuttgart, 1956. — 22. Marmont, A., Matteis, F., de Mariotti, L. Schweiz. med. Wochenschr., 1955, 85, 38—39, 902—905. — 23. Naumann, H. H. Die Mikrozirkulation in der Nasenschleimhaut. Stuttgart, 1961. — 24. Pontoni, L., del Guercio, R. In: 4-th European Conference on Microcirculation. Basel/New-York, 1967, 532—534. — 25. Ratschow, M. Die peripheren Durchblutungsstörungen. Dresden—Leipzig, 1953. — 26. Schamardin, B. Eesti NSV Teaduste Akadeemia Toimetised. Biologia, 1964, 13, 4, 359—363. — 27. Velhagen, K. Der Augenarzt. Bd. 6. Leipzig, 1964. — 28. Zweifach, B. W. Functional Behavior of Microcirculation. Springfield, 1961. — 29. Алексеев П. П. Методы диагностики заболеваний сосудов конечностей. Л., 1971. — 30. Дзизинский А. А. В кн.: Вопросы патогенеза и терапии органосклерозов. Новосибирск, 1967, 203—216. — 31. Зимин Ю. В. Кардиология (Москва), 1971, 17—25. — 32. Копли А. Л. Пат. физиол., 1964, 4, 3—18. — 33. Куприянов В. В. Пути микроциркуляции. Кишинев, 1969. — 34. Лукомский П. Е. Вестн. АМН СССР, 1970, 4, 57—63. — 35. Сибуль И. К., Куль М. М. В кн.: Современные данные по лечебному применению витаминов. М., 1960, 54—60. — 36. Соловьев Г. М., Радзивил Г. Г., Иванников М. Н., Павлов Ю. А. Кардиология (Москва), 1967, 8, 7—13. — 37. Чернух А. М. Вестн. АМН СССР, 1970, 5, 47—55. — 38. Шамардин Б. М. О функциональном состоянии периферического кровообращения у бурыйщиков сланцевых шахт в связи с вибрационной болезнью. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Таллин, 1961. — 39. Шамардин Б. М. В кн.: Материалы II республиканской научно-практической конференции кардиологов Эстонской ССР. Тарту, 1972, 2, 101—102.

*Ekspérimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut*

KROONILISED JA LATENTSED VIIRUSNAKKUSED

KUULO KUTSAR
Tallinn

UDK 616-022.6-036.12-036.15(047)

Arstiteaduse erinevate harude esindajad on kroonilistele ja latentsetele viirusnakkustele üha rohkem tähelepanu pöörama hakanud, kuna on kindlaks tehtud latentsete ja krooniliste vormide olemasolu sellistel viirushaigustel, mille kohta seni oli arvatud, et need võivad avalduda kliiniliselt üksnes ägedas vormis.

Viirushaiguste epidemioloogia tuntud uurija J. Paul (16) on rõhutanud, et varjatud kulg on viirusnakkuste üks universaalseid omadusi. Arvestades latentsete ja krooniliste viirusnakkuste ulatuslikku levikut, võib öelda, et viirusekandlus on viiruse ja raku vahelise toime üks levinumaid vorme, äge viirushaigus aga selle tasakaalu rikkumise tagajärg. Enamik inimeste ja loomade viirusi võib *in vivo* või *in vitro* esile kutsuda latentse või kroonilise nakkuse. See viiruse võime ei sõltu tema nukleiinhappe tüübist ega muudest taksonoomilistest tunnustest, vaid eeskätt peremeesorganismi valikust ja nakatamisviisist.

Kõikidele viirusnakkustele on seega omane üks ühine tunnus — nakkuse tagajärjel võib välja kujuneda kas kliiniliselt väljendunud haigus või kliiniline sümptomatoloogia jääb hoopis välja kujunemata. Väga tähtis on piiritleda erinevaid viirusnakkuste vorme. C. Andrewes (1) on viirusnakkused liigitanud kahte rühma: nakkus väljendunud kliiniliste sümptoomidega ja nakkus ilma kliiniliste nähtudeta. Viimasesse rühma kuuluvad inaparentne ja latentne nakkus.

Inaparentse all mõeldakse esmast nakkust, mille tagajärjel kujuneb välja immuuniteet. Mõistega «latentne nakkus» on seotud viiruse persisteerimine (kestev viibimine) organismis. Seda mõistet on kasutatud ka viirusekandluse iseloomustamiseks. Kui aga nakkus on

ägenenud kas või ühel korral, mil on ilmunud kliinilised sümptoomid, siis on tegemist juba kroonilise viirusnakkusega. Põhimõtteliselt samasugune viirusnakkuste jaotus on A. Lwofil (5).

Täiuslikuma viirusnakkuste vormide jaotuse on kodumaa uurijatest esitanud E. Ketiladze kaasautoritega (18).

1. Äge viirusnakkus: a) kliiniliselt väljendunud vorm; b) pühkunud vorm (стертая форма); c) inaparentne vorm, mille puhul viirusekandlus on lühiajaline ja haigus kulgeb subkliiniliselt.

2. Latentne (varjatud, sümptoomideta) viirusnakkus — primaarne või sekundaarne, ilma kliiniliste tunnusteta; kaasneb pikaajaline viirusekandlus.

3. Krooniline viirusnakkus — kujuneb pärast ägedat või latentset viirusnakkust, esinevad kliinilised nähud perioodiliste ägenemiste ajal, viirus on organismis viibinud kaua.

Ainult latentseid ja ainult kroonilisi viirusnakkusi põhimõtteliselt ei esine, kuna üks ja sama viirusnakkus võib kulgeda nii latentset kui ka perioodiliste ägenemistega.

Seega on nii latentsele kui ka kroonilisele nakkusele iseloomulik viiruse persisteerimine organismis või rakus. D. Walker (15) on eristanud viiruse rakus persisteerimise kaht põhivormi.

1. Viirusetundlikud rakud pääsevad hävingust tänu viirusevastaste tegurite toimele, mis hoiavad viiruse kontsentratsiooni organismis madalal. Selliste tegurite hulka kuuluvad spetsiifilised viirusevastased antikehad. Sellele vormile on iseloomulik viiruse ja antikeha vahelise tasakaalu ebastabiilsus.

2. Viirusetundlikus rakus endas on viirust pärssivad tegurid, eelkõige interferoon. Rakud muutuvad resistentsiks homoloogilise viiruse suhtes. Viirusekandlust on täheldatud ka viiruse

suhtes geneetiliselt mittetundlikes rakkudes (14). Nähtavasti on viirusekandluse kujunemise põhjuseks rakupopulatsioon heterogeensus. Seetõttu esineb mittetundlike rakkude ülekaalu puhul ka teatav hulk tundlikke rakke, mis ongi võimelised alal hoidma viiruse reproduktsiooni. Viiruse pikka aega rakkus viibimise mehhanismi selgitamisel on tõenäoliselt kõige perspektiivsem selline suund, millega püütakse näidata viiruse nukleiinhappe assotsieerumist peremeesraku kromosoomidega.

Rohkem tähelepanu on hakatud pöörama looteas esinevatele latentsetele ja kroonilistele viirusnakkustele. Selle on tinginud laste vaimse alaarengu põhjuste väljaselgitamise vajadus. Kesknärvisüsteemi kaasasündinud defektidega lastel tehtud seroloogiliste uurimistega on tsütomegaliiviiruse komplekti siduvaid antikehi leitud 2...14 korda sagedamini kui sama vanuserühma tervetel lastel tehtud uuringutel. Tsütomegaliiviiruse arvele langeb mikrotsefaalset tüüpi vaimsetest alaarengutest 10% (11).

3...6%-l naistest on raseduse ajal täheldatud tsütomegaliiviiruse-kandlust ning selle viiruse poolt esilekutsutud kaasasündinud kesknärvisüsteemihaigusi vastsündinuil, esinemissagedus 1:3000 (3).

Omapärane krooniline viirushaigus on ohatise (herpes). C. Andrewesi (1) arvates on ohatise ulatuslik levik seletatav latentse nakkuse periooditi ägenemisega neil, kes on nakatunud juba lapseas. Nakkuse ägenemist võivad põhjustada külmetus, palavik, teatavate ravimite või toiduainete tarvitamine või ka menstruatsioon. C. Andrewesi tähelepanekuil ilmub lööve lobaarset pneumooniat, malaariat ja tserebrospinaalset meningiiti põdevail haigeil 45%-l juhtudest. Enamik herpeseviirusest põhjustatud nakkustest (*herpes simplex*) esineb kuni kolme aasta vanustel lastel, kusjuures 85%-l on olnud subkliinilised haigusvormid (9).

Erandina reeglist, mille järgi immuunse organismi veres leidub alati

spetsiifilisi antikehi, võib ohatisse haigestuva inimese veres leida antikehi ja vastupidi — herpeseviiruse suhtes mittevastuvõtlike inimeste veres võivad need puududa. Viirusega nakatumine on tavaliselt toimunud varajases lapseas. Kui seda toimunud ei ole, areneb organismi immuunsus herpeseviiruse suhtes. See aga ei ole tingitud antikehade tekkest. Selline immuunsus pole absoluutne: viiruse suurte doosidega võib selle ületada. Seni on veel selgitamata herpeseviiruse säilimise koht ja vorm ajal, mil nakkus on latentne.

Huvitavalt käitub teine herpeseviiruste rühma kuuluv viirus — tuulerõugeviirus. Juba ammu olid klinitsistid tähele pannud, et lapsed haigestuvad tuulerõugetesse pärast kontakti *herpes zoster*'it põdevate täiskasvanutega. Nüüd on selgitatud tuulerõugeviiruse saatus nakatunud organismis: pärast organismi esmast nakatumist, mis kliiniliselt avaldub tuulerõugetena, säilib viirus aarvaid närvikoes, seljaaju tagumiste juurte ganglionides. Mitmete tegurite (külmetus, intoksikatsioon, trauma, kasvajakad, kiiritus) ja mõnede selliste haiguste nagu leukeemia, süüfilis jt. toimel võib viirus aktiveeruda, põhjustada ganglioni põletikku ning levida tsentrifugaalselt piki närvi nahani ning seal esile kutsuda lokaliseerunud vesikulaarse lööbe (4).

C. Andrewes (23) arvas juba üle 30 aasta tagasi, et gripiviirusest põhjustatud nakkus võib inimesel esineda ka latentseks. Tema hüpoteesile vastavalt säilib gripiviirus epideemiatevahelisel perioodil sellises vormis, milles tal puuduvad antigeensed ja virulentsed omadused. Epideemiate teket seletas C. Andrewes gripiviiruse antigeense struktuuri muutumisega ja virulentsesse vormi üleminekuga välistegurite toimel, s. t. latentse nakkuse aktiveerumisega. Edaspidi selgus, et respiratoorsete viiruste levik ainult piisnakkuse teel ei taga nende säilimist looduses (23). Nende viirusnakkuste puhul säilivad viirused organismis latentse olekus.

Mitteaktiivsed viirused paiknevad hingamisteede limaskestast vähestes rakkudes. Seetõttu ei kutsu nad esile immunoloogilist vastusreaktsiooni ega ole virooloogilistel meetoditel avastatavad. Sel ajal ei avaldu gripiviiruse patogeensus seepärast, et viiruse reproduktsioon kulgeb puudulikult ning ei moodustu virulentseid viirusi. Latentne nakkus meteoroloogiliste, endokriinsete jt. tegurite toimel aktiveerub ning algab viiruste levik piisknakkuse teel. Pärast epideemia lakkamist võivad moodustuda latentse gripinakkuse reservuaarid, kus viirused levivad elanike hulgas mittevirelentsena. Viiruse ulatuslik levik sellises vormis on eelduseks uute antigeensete variantide ilmumisele viiruste mutatsioonide teel.

Hästi tuntud on adeno- ja enteroviirustest põhjustatud latentne ja krooniline nakkus. Adenoviiruste serotüübid 1, 2, 5 ja 6 kutsuvad enamasti esile kroonilise nakkuse, mille tekke üks eeldusi on nende võime pikka aega säilida neelumandlite, adenoidide lümfoidses koes, põhjustades neis haiguslikke muutusi (20). Krooniliste bronhiitide tekkes etendab tähtsat osa RS-viirus, sest ka tema võib viibida organismis pikka aega.

Enteroviirused on sageli põhjustanud latentset nakkust, mille puhul viirusekandjad eritavad viirusi ümbritsevasse keskkonda kas pidevalt või periooditi. N. Galbraithi (2) andmeil olid 25 600 kliiniliselt tervest kuni viie aasta vanusest lapsest 5,1% viiruse *Coxsackie A* kandjad, 0,8% viiruse *Coxsackie B*, 1,1% ECHO-viiruse, 0,9% poliomüeliidiviiruse ja 0,5% adenoviiruste kandjad.

Arboviirused kutsuvad selgroogsetel ja selgrootutel esile latentset ja kroonilist viirusnakkust, millel on põhiline tähtsus viiruspopulatsiooni taasloomisel looduses. Nagu teada, ringlevad arboviirused looduses selgrootute lüljalgete ja selgroogsete vahel. Lüljalgetel areneb latentne nakkus. Hästi säilivad arboviirused talvitusperioodil kõigusoojaste selgroogsete organismis. Ka

lindudel on kindlaks tehtud latentset nakkust. Enamik arboviirustest, olles ökoloogiliselt seotud lindudega, on levinud transkontinentaalselt. Arboviiruste ökoloogias on imetajatest suurim tähtsus nahkhiirel, kellel on katseliselt tõestatud võime viirusi edasi anda transplatsentaarselt (12).

Tähelepanu on äratanud see, et kroonilise nakkuse vältel võivad muutuda arboviiruste omadused, millega on seletatav mittepatoogeensete viirusetüvede ringluse ilmumine (17). Latentse nakkuse kestusele on iseloomulik, et puukentsefaliidi põdemise järel on viirust verest ja liikvorist isoleeritud 13 aastat pärast haiguse ägeda perioodi möödumist (19).

Punetised on üks neid viirushaigusi, mis võib põhjustada lootel vääraarenguid. Seletatav on see sellega, et ka varjatult kulgeva nakkuse puhul võivad viirused läbi platsenta lootele kanduda. Sel juhul võivad vastsündinud olla viirusekandjad. Punetiste puhul esineb inaparentseid ja kliiniliselt väljendunud haigusjuhte vahekorras 6:1 ning 80...95%-l täiskasvanutest on punetiseviiruse antikehi (16).

Huvi pakuvad leetriveriirusest põhjustatud nakkuse latentseid ja kroonilised vormid. Elektroentsefalograafilised uurimised on tõestanud, et leetrihaiged põevad subkliiniliselt (või kliiniliselt) läbi entsefaliidi, pärast seda võib leetriveriirus latentsena veel kaua peajus säilida. Leetriveriirus on leitud ka lapseas leetrit põdenud täiskasvanute põrnast ja lümfisõlmedest.

Alaägeda skleroseeriva panentsefaliidi teket on seostatud latentse leetri- nakkuse aktiveerumisega. Tõenäoliselt püsib leetriveriirus alaägeda skleroseeriva panentsefaliidi puhul ajus enamasti avirulentsena. Katseliselt on hamstrid kroonilisse entsefalomüeliiti haigestunud siis, kui neid on nakatatud haigete laste ajukoe suspensiooniga. Kui hamstritele oli eelnevalt manustatud alaägedat skleroseerivat panentsefaliiti põhdeva inimese vereseerumit, siis haigust välja ei kujunenud (13).

Nagu teada, on alaäge skleroseeriv panentsefaliit harva esinev degeneratiivne haigus, mida põevad enamasti lapsed ja noorukid. Haigete närvirakkudes leitud inklusioonid sisaldavad leetriviiruse antigeeni, mis struktuurilt meenutab leetriviiruse nukleokapsiide. Vereseerumis ja liikvoris on leetriviiruse antikehade tiitrid kõrged. Aju biopsial saadud koekultuuri kestval kultiveerimisel eraldasid F. Payne jt. (7) kümnelt haigelt kolmel leetriviirusi ja kolmel leetriaigene.

Kõik isoleeritud agensid olid neurovirulentsed vastsündinud hamstritele. Bioloogilistelt omadustelt sarnanes isoleeritud leetriviirus virulentsel leetriviirusega (7). Alaägedat skleroseerivat panentsefaliiti põdenud haigeil on leetriviirust ajast isoleeritud isegi 8...12 aastat pärast leetrite põdemist. Leetriviiruse antikehi on 8- kuni 15-aastastest uuritud haigetest leitud 58,3% (22).

Ka *sclerosis multiplex*'i kujunemist on püütud seostada latentse leetrinakkusega, 5,3% (1) nendest haigetest on leitud leetriviiruse antikehi väga kõrgetes tiitrites. Spetsiifilisi leetriviiruse antikehi, mis kuulusid immunoglobuliinide M-fraktsiooni (IgM), leiti 23,6% (2) haigete veres. See viitab leetriviiruse olemasolule organismis (21). Täienduseks olgu lisatud, et P. Riekkinen jt. (8) tõestasid morfoloogiliste ja neurokeemiliste uurimistega latentse viirusnakkuse olemasolu *sclerosis multiplex*'i põdevate haigete kesknärvisüsteemi rakkudes.

Latentsete ja krooniliste viirusnakkuste hulka kuuluvad ka omapärased kroonilised degeneratiivsed haigused, mida on nimetatud (10) aeglaselt kulgevateks viirushaigusteks (*slow virus diseases*). Nad moodustavad heterogeense rühma, mille ainsaks ühiseks tunnuseks on pikk ajavahemik organismi nakatumise ja haiguse ilmnemise vahel. Nende tekitajaks võivad olla nii viirused kui ka väikesed nakkuslikud agensid, mis erinevad viirustest lihtsama ehituse ning suurema vastupidavuse

se poolest ultraviolettkiirguse, kõrge temperatuuri ja fermentide suhtes. Krooniliste viirushaigustega võrreldes on aeglaselt kulgevatel viirushaigustel pikem inkubatsiooniperiood, nende haiguste puhul ei moodustu antikehi ja nende patogeenesis on esmaseks rakkude funktsionaalsed kahjustused.

Viimaste aastate uurimisandmeid arvestades on C. Mims (6) aeglaselt kulgevad viirusnakkused jaotatud kuude rühma. See jaotus hõlmab osaliselt ka latentseid ja kroonilisi viirusnakkusi.

1. Kiiresti paljunev viirus, mille toime ilmneb alles teatava aja järel, näiteks reo-, mükso-, arboviirused.

2. Persisteeriv viirus, näiteks polüoomiviirus, mis terve või osa oma geenoomist integreerib peremeesorganismi DNA-ks või RNA-ks.

3. Latentne viirus, näiteks *varicella-zoster*'i viirus.

4. Aeglaselt arenev viirus, näiteks leukeemiaviirus, *visna*- ja *maedi*-viirus.

5. Kiiresti arenev viirus, mis võib säilida organismis kaua mitteinfektsioosena, nagu see esineb leetrite ja alaägeda skleroseeriva panentsefaliidi puhul.

6. *Scrapie*-viiruse tüüpi agensid, mis põhjustavad alaägeda spongiformse entsefalopaatiat teket.

Visna-viirus põhjustab lammastel aeglaselt arenevat meningoentsefaliiti. Lõimetusaeg kõigub kuuest kuust kuue aastani. *Maedi*-viirus põhjustab lammastel aeglaselt progresseeruvat pneumooniat. Lõimetusaeg on üks kuni kolm aastat. *Rida*-viirus kutsub lammastel esile kesknärvisüsteemi kahjustuse, mis lõpeb paralüüsi ja surmaga.

Alaägedate spongiformsete entsefalopaatiate rühma kuuluvad praegu neli haigust: *scrapie* lammastel, transmissiivne entsefalopaatia naaritsatel ning *kuru* ja *Jakobi-Creutzfeldti töbi* e. *pseudosclerosis spastica* inimestel. Selles jaotus baseerub sarnastel patoloogilistel muutustel, mis seisnevad neuronite vakuolisatsioon, astrotsüütide hüpertroofias ja vakuolisatsioon, ajukoore spongioossuses. Et *scra-*

pie-viiruse peremeesorganismiks on lammas, kelle liha inimene toiduks tarvitab, siis on selge, et ka inimene puutub kokku *scrapie*-viirusega, mida liha kodusel töötlemisel ei õnnestu täielikult inaktiveerida. Samasse haigusrühma kuuluv *kuru*, mida põevad ainult pärismaalased Uus-Gineal, levis eeskätt kannibalismi kaudu. *Kuru* tabab üle nelja aasta vanuseid lapsi, täiskasvanuist sagedamini naisi kui mehi. Lõimetusaeg on viis aastat. Jakobi-Creutzfeldti tõbi pole piirdunud levikuga, tavaliselt haigestuvad üle 50 aasta vanused inimesed. Nende haiguste uurimine inimestel on algstaadiumis.

Latentsed ja kroonilised viirusnakkused on tänapäeva viroloogia sõlmküsimus, mille lahendamisest sõltuvad viirushaiguste etioloogia, epidemioloogia, diagnoosimine, profülaktika, patogeneesi ja immunoloogia paljude külgede väljaselgitamine.

KIRJANDUS: 1. Andrewes, C. In: Symposium on Latency and Masking in Viral and Rickettsial Infections. Medisson, 1957, 187. — 2. Galbraith, N. J. Hyg., 1965, 63, 441—444. — 3. Hildbrandt, R., Sever, J., Margileth, A., Callagan, D. Amer. J. Obstet. Gynecol., 1967, 98, 1125—1127. — 4. Hope-Simpson, R. Proc. R. Soc. Med., 1965, 58, 9—20. — 5. Lwoff, A. In: Symposium on Latency and Masking in Viral and Rickettsial Infections. Medisson, 1957, 185. — 6. Mims, C. In: Int. Virol. 2. Second International Congress for Virology, Budapest 1971, Basel, 1972, 200. — 7. Payne, F., Baublis, J. Int. Virol. 2. Second International Congress for Virology. Budapest, 1971, Basel, 1972, 202—204. — 8. Riekkinen, P., Rinne, U., Arstila, A., Vandvik, B., Möttönen, M. In: Abstracts of the XIII European Symposium of the Poliomyelitis and Other Virus Disease.

Helsinki, 1971. — 9. Scott, T. Amer. J. Ophthalmol., 1957, 43, 134—137. — 10. Sigurdsson, B. Br. Vet. J., 1954, 110, 255—270. — 11. Stern, H., Buth, Z., Elek, S. Lancet, 1969, 2, 1969—1970. 12. Sulkin, S., Allen, R., Sims, R. Amer. J. Publ. Health., 1965, 55, 1376—1379. — 13. Zeman, W., Kolar, O. Neurology (Minneapolis), 1968, 18, 1—8. — 14. Vogt, M., Dulbecco, R. Virology, 1958, 5, 425—427. — 15. Walker, D. Progr. Med. Virol., 1964, 6, 111—148. — 16. Whitehead, J. Br. Med. J., 1972, 2, 451—456. — 17. Анджапаридзе О. Г., Степанова Л. Г. Вopr. вирусол., 1969, 6, 687—691. — 18. Кетиладзе Е. С., Алексеева А. А., Родов М. Н., Фарбер Н. А. Вестн. АМН СССР, 1970, 10, 51—63. — 19. Мейерова Р. А., Краминская Н. Н. В сб.: Актуальные проблемы вирусологии и профилактики вирусных заболеваний. Тезисы XVII сессии Ин-та полиомиелита и вирусных энцефалитов АМН СССР. М., 1972, 223—224. — 20. Ритова В. В., Оганесян О. Т., Чепулис С. С. В кн.: Вопросы медицинской вирусологии. Ин-т вирусологии им. Д. И. Ивановского. М., 1971, 2, 44—46. — 21. Хозинский В. И., Карасева И. А., Чумаков М. П., Андреева Л. С., Петелин Л. С., Фридман А. Я., Ростовцева Л. Т., Смирнов Ю. К., Граевская Н. А. В сб.: Актуальные проблемы вирусологии и профилактики вирусных заболеваний. Тезисы XVII сессии Ин-та полиомиелита и вирусных энцефалитов АМН СССР. М., 1972, 232—234. — 22. Хозинский В. И., Чумаков М. П., Кармышева В. Я., Карасева И. А., Атанадзе С. Н., Леонович А. Л., Коган Э. И., Мизинова И. З., Лебедева И. Р. В сб.: Актуальные проблемы вирусологии и профилактики вирусных заболеваний. Тезисы XVII сессии Ин-та полиомиелита и вирусных энцефалитов АМН СССР. М., 1972, 231—232. — 23. Эндрюс Ч. Естественная история вирусов. Перевод с англ. М., 1969, 82—99.

Tallinna Epidemioloogia,
Mikrobioloogia ja Hügieeni
Teadusliku Uurimise Instituut

Leukeemia röntgenikiirguse toime tagajärjel. Teadlased on tähele pannud, et suurem tõenäosus leukeemiasse haigestuda on lastel, kelle emasid diagnoosimise eesmärgil on raseduse ajal kiiritatud röntgenikiirtega. Selle tõenäosuse täpsustamiseks uuriti USA kolmes osariigis (New York, Maryland, Minnesota) ühe kuni 14 aasta vanuste laste leukeemiasse haigestumist. Vaatlusalusteks oli 295 leukeemiat põdevat ja 813 tervet last. Neist viimased jaotati omakorda kahte rühma: ühte kuulusid suurenenud tundlikkusega, teise normaalse tundlikkusega lapsed.

Uurimistulemustest nähtus, et vähene kiirgus suurendab lastel leukeemiasse haigestumise ohtu üksnes vähesel määral, kuid suurenenud tundlikkusega lastel on oht ligikaudu 10 korda suurem. Samuti on tõenäoline, et ka viirusnakkuste põdemise tagajärjel suureneb lastel eelsoodumus leukeemiasse haigestuda.

New Engl. J. Med., 1972, 3.

REUMAT PÕDEVATE LASTE UUS DISPANSEERSE KAARDI VORM

SALME KLEITSMANN
JUTA TOMINGAS

Tallinn

UDK 616-002.77-053.5:614.2

Mitmesuguseid haigusi põdevate haigete dispanseersel jälgimisel kasutatakse spetsiaalset kaarti, vormi nr. 30. Lühiajaliseks jälgimiseks kõigiti kohane vorm aga ei osutunud küllaldaseks reuma puhul, mil lapsi tuleb 7...8 aasta vältel sageli dispanseerida. Reumahaiged lapsed vajavad ka etapilist ravi koos kuni viie aasta jooksul tehtavate profülaktikamenetlustega.

Reumatoloogi töö ja aruandluse täiustamise huvides koostasime reumahaige lapse dispanseerse kaardi uue vormi, mis katseliselt on kasutusel Tallinna Linna I Lastehaigla reumakabinetis 1970. aastast alates. Koostamisel lähtusime põhimõttest, et kaart oleks võimalikult ülevaatlik, hõlpsasti käsitsetav, peale selle sisaldaks kõiki tähtsamaid andmeid, mis reumatoloogil on arvel oleva lapse kohta vajalikud nii igapäevases töös kui ka aruandluses.

Informatsiooni edasiandmise kiirendamiseks tähistatakse mitmed andmed leppemärkidega, mille tähendused on samas antud, nii et kaart oleks kohe kõikidele loetav, sealhulgas ka neile, kelle ülesandeks on reumatoloogi tööd kontrollida. Et pilk võiks haarata kõiki andmeid korraga, on tekst trükitud ainult ühele kaardipoolele. Et kaardi kasutamiseks on kuni 9 aastat, siis peaks ta olema paksemal paberil — kas joonistus-, joonestuspaberil või kartongil; soovitatav suurus 210×180 mm. Kauemaaegsel dispanseerimisel tuleb lisaks võtta teine, samasugune kaart.

Kaarti saab kasutada kõikide reumakabinetis arvel olevate laste jälgimisel: reumat põdenud, reumast ohustatud ja kaasasündinud südameriketega lapsed.

Kaart koosneb passi- ja sisuosast. Passiosas on ainult kõige hädavajalikumad andmed haige lapse kohta: nimi, sugu, sünniaeg, aadress, lastekollektiivi nimetus ja number, lastepolikliiniku number. Esmase diagnoosi, mille tõttu laps on dispanseersele arvele võetud, kirjutame kaardi passiosas sõnades täielikult välja, märgime ka kuupäeva.

Kaardi ülemisse vasakusse nurka on jäetud vaba ruumi erinevate dispanseerituterühmade märgistamiseks. Näiteks kasutame reumat põdenud laste rühma eristamiseks tähte R, reumast ohustatuid Ro, kaasasündinud südameriketega lastel Vcc. Kui klapi-rikke diagnoos on kliiniliselt täpsustatud, siis võib samasse lisada veel diagnoosi leppemärgi. Iga dispanseeritute rühma tähistamiseks soovitatakse eri värvi, näiteks R punasega, Ro roheli- sega ja Vcc sinisega.

Klapi-rikete leppemärkide väljamõtlemisel lähtuti sellest, et need võimalikult sarnaneksid maailmakirjanduses sageli kasutatavate lühenditega. Toome ära meie kabinetis tarvitusel olevad lühendid.

MI — mitraalklappide puudulikkus
MS — mitraalstenooos
MI+MS — mitraalklappide puudu-
likkus koos mitraalstenooosiga
AI — aordiklappide puudulikkus

AS — aordi suistiku stenoos
 AI+AS — aordklappide puudulik-
 kus koos aordi suistiku stenoosiga
 A+M — kombineeritud aortaal-
 mitraalrike
 TI — trikuspidaalklappide puudu-
 likkus
 TS — trikuspidaalsuistiku stenoos
 PS — pulmonaalsuistiku stenoos
 PI — pulmonaalklappide puudulik-
 kus
 VSD — vatsakeste vaheseina defekt
 ASD — kodade vaheseina defekt
 DBA — avatud Botallo juha
 CoA — aordi koarktatsioon
 Fallot' — Fallot' rike
 ES — ekstrasüstoolia

kalendaarsete andmete jaoks: aastaarv, kvartal (kvartalis võib märkida ka üksikud kuud). Ühe kaldkriipsuga (I) tähistame vastavas kvartalis kuu, millal laps peab dispansersele kontrollile ilmuma, ristikujuliselt (x) aga märgime tegeliku ilmumiskuud. Et aruandluses nõutakse aktiivset reumat põdevate laste arvu aasta algul ja lõpul, siis kirjutame iga aastal aastaarvust vastavalt paremale ja vasakule nurka kas pluss- (aktiivne faas) või miinusmärgi (inaktiivne faas). Kui haige laps on dispanserimisperioodil viibinud mingis ravi- või profülaktikaasutuses, siis märgistatakse selle ajavahemiku vastava kvartali (või kvartalite) lahtris viirutatud alaga.

Passiosale järgnev sisuline osa on jaotatud lahtritesse. Kõige vasakpoolsemad püsttulbad on dispanserimise

Järgmine lõik annab ülevaate diagnoosist. Selles lõigus on üksikute lahtrite kaupa võimalik märgistada: mit-

R
 Nimi ALLIK TIINA Sünd. 2.1.60 1/5õim
 Adress Lehe 2-3 lastepoliklinnik 1/P/Kodu
 Esmane diagnoos Reuma I, art. faas, II astme 1/aed
 Kpv. 3.1.68. antirv. kardit. poliartr. äge kulg. 70 13. kool

Aasta	Diagnoos					Viibis haiglaravil	Mitsill. profül. kevadel - K sügisel - S aastaringl. - A	Suuvel maal harilikus pion. - 1. sanat. p/1 Keila-Joa Internaat	Kensl. keev. pShi - 1 ertev - 2 erigr - 3 vabasta - 4 RKK - 5	Angiin. kroonil. tonsill. interkurr. haigused Tonsillektoomia TE
	atakk	aktiivsus-aste	kuE	klapirike	kardit - K poliartr. - A chorea - Ch er. ann. - E I - 0, 1, 2, 3					
1968 +	I	III	äge	-	KA J ₀	I LH 3.1-30.11				
+ 1969 -	X	X	X	X	-		B-3 K S	maad	4 + 5 4 + 5	
- 1970 +	X	X	X	X	ala äge	I LH 1.11 - 2.12	B-5 A	Keila-Joa	4 + 5 3 + 5	Ang II
+ 1971 -	X	X	X	X	m)		B-5 A	Keila-Joa maad	3 + 5 4	
- 1972 -	X	X	X	X	m)		B-5 A	sanat. n-e	3 3	
- 1973 -	X	X	X	X	m)		B-5 I-V	maad	3	

mes atakk (I, II, III jne.), reumaatilise protsessi aktiivsuse (I, II, III), haiguse kulgu (äge, alaäge, loid, retsidiiveeruv, latentne), klapirike — kas puudub (kaardil miinusmärk) või selle esinemisel kirjutatakse leppemärk. Kardiidi, polüartriidi, korea, anulaarse erüteemi jaoks on kaardil lühendid. Kardiovaskulaarse puudulikkuse tähistame vastavalt selle astmele, kas I₀, I₁, I₂ või I₃.

Lahtris «Viibis haiglaravil» märgitakse reale «aasta» lühendatult haigla nimetus ja kuupäevad.

Lahtri «Bitsilliinprofülaktika» täitmisel kasutame tingmärke: K — kevadel, S — sügisel, A — aastaringelt. Profülaktilise ravikuuri aja täpsustamiseks võib siin tähtede-tingmärkide asemel kuude kohta tarvitusele võtta rooma numbrid (I, II, III kuni XII). Mainitud lahtrisse märgime ka selle, kas lapsele on manustatud bitsilliin-3 või bitsilliin-5.

Üldiste tervistavate ürituste jaoks on eraldi lahter. Siia kirjutame, kas laps viibis suvel maal, pioneerilaagris

või sanatoorses pioneerilaagris, sanatooriumis või sanatoorses metsakoolis.

Järgmises lahtris on andmed lapse kehalisest kasvatuses osavõtu kohta: 1 — võtab osa põhirühmas, 2 — ettevalmistusrühmas, 3 — erirühmas, 4 — on kehalisest kasvatuses vabastatud, 5 — on määratud ravikehakultuur (RKK).

Kõige parempoolne lahter on interkurrentsete haiguste fikseerimiseks, kalendriaasta real märgime haigestumiskuud. Siin paneme kirja ka operatsioonid, kindlasti tonsillektoomia, mille leppemärk on TE.

Tallinna Linna I Lastehaigla reumakabinetis on töö käigus selgunud, et kirjeldatud dispanseerse kaardi vorm on ülevaatlik ja sisaldab kõiki dispanseerimiseks ning aruandluseks tarvisminevaid andmeid haige lapse kohta, mis on vajalikud nii reumatoloogile kui ka tema tööd kontrollivale isikule.

*Eksperimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut
Tallinna Linna I Lastehaigla*

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

GLUTEENENTEROPAATIA DIAGNOOSIMINE

HEIDI-INGRID MAAROOS
NILS SACHRIS
TOOMAS KUTSAR

Tartu

UDK 616.34-07

Gluteenenteropaatia (idiopaatiline steatorröa, mittetroopiline spruu, tsöliaakia) on peensoolehaigus, mille korral teraviljades leiduv valguühend gluteen on kas toksilise või immunoloogilise mehhanismi kaudu põhjustanud peensoole limaskestast atroofiat. Selle haiguse klassikaliseks kliiniliseks

ilminguks on malabsorptsioonisündroom.

Gluteenenteropaatiat on erinevates maades, linnades, isegi haiglates diagnoositud varieeruva sagedusega (2, 3, 7). Seepärast täpsed andmed selle haiguse esinemissageduse kohta puuduvad. Gluteenenteropaatia avastamine sõltub

sageli esmajoones klinitsisti huvist selle vastu, sest nii mõnigi kord võib haigus kulgeda märksa tagasihoidlikumate sümptomidega kui klassikaline vorm ja seda on siis võimalik kindlaks teha vaid spetsiaalsetel uurimismeetoditel. Eesti NSV-s on gluteenenteropaatiaid diagnoositud harva. Selle põhjuseks on eelkõige malabsorptsiooninähtudega haigete puudulik uurimine. Samuti ei praktiseerita meil gluteenivaba dieeti diagnoosimiseks *ex iuvantibus*.

Näitena toome haigusjuhu, mille korral oli tegemist suhteliselt tagasihoidlike kliiniliste muutustega, kuid tunduvate nihetega mitmetes spetsiifilistes resorptsioonitestides ja muutustega peensoole limaskestast ehituses.

35-aastane naispatsient K. H. saadeti Eri-kaal asuvasse Tartu Rajoonihaiglasse aneemia tõttu (haiguslugu nr. 226/1969). Varem oli tal diagnoositud maomahla alahappesust ja kroonilist koletsüstiiti. Patsient on 158 cm pikk, haiglasse saabumisel kaalus ta 57 kg. Üldseisund oli hea. Enamasti oli kannatanud kõhukinnisuse all. Uurimisel ilmnis kergekujuline aneemia: hemoglobiini 10,4 g%, erütrotsüüte 2,77 miljonit.

Kõrvuti muude seedetraktiuringutega (maomahla analüüs, mao röntgenuurin, gastrobiopsia, gastroskoopia, duodenaalmahla analüüs, koletsüstograafia, maksa funktsiooni proovid) uuriti ka peensoolt. Selgus, et haigel oli steatorröa: ööpäevas eritus väljaheitega 11,1 g rasva. d-ksüloosi imendumine oli vähenenud: pärast 5 grammi d-ksü-

loosi sisseandmist eritus esimese kahe tunniga d-ksüloosi vaid 0,57 grammi, viie tunniga 1,55 grammi (täpsemalt peensoole resorptsioonifunktsiooni uurimisest vt. «Nõukogude Eesti Tervishoid», 1971, 4, 263–265). Peensoole biopsiaga tehti kindlaks tühisooles algusosa limaskestast hattude subtotaalne atroofia (vt. tahvel IV, mikrofoto 1).

Kuigi oletati gluteenenteropaatiaid, *ex iuvantibus* seda diagnoosida ei saadud, sest haige lahkus haiglast kodustel põhjustel enne lõpliku diagnoosi selgumist.

Aasta pärast hospitaliseeriti haige aneemia ja kehakaalu languse tõttu uuesti (haiguslugu nr. 712/1970). Seekord kaalus ta 51,5 kg. Kõiki peensooleuringuid korrati. Tulemused olid samad mis eelmisel korral (vt. tabel). Esinesid resorptsioonihäired ja peensoole limaskestast hattude subtotaalne atroofia. Lisaks sellele leiti röntgenoloogilisel uurimisel Prevot' järgi peensoole limaskestast reljeefi muutusi: esinesid flokulatsioon- ja segmentatsioonitunnused ning peensoole hüpermotoorika. Diagnoositi gluteenenteropaatiaid ja määrati gluteenivaba dieet. Seegi kord ei saanud haige perekondlikel põhjustel kauem haiglas viibida, kodus ta aga dieedi ettekirjutustest kinni ei pidanud.

Enesetunde halvenemise tõttu pöördus patsient aasta pärast uuesti arsti poole, järgi ta hospitaliseeriti (haiguslugu nr. 1/1972). Seekord kaebas ta nõrkust, pea-, lihase- ja seljavalu. Uuringute tulemused olid samad mis varemgi (vt. tabel). Diagnoos jäi endiseks. Raviks määrati uuesti gluteenivaba dieet, seda eeldusel, et haige ettekirjutusi kodus täidab.

Aasta pärast hospitaliseeriti haige järjekordselt. Nüüd toimetati ta Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla gastroenteroloogiaosakonda (haiguslugu nr. 2/1973). Haige kaalus

Haige uurimise tulemused aastatel 1969...1973

Aasta	1969	1970	1972	1973
Kehakaal (kg)	57,0	51,5	51,0	50,0
Hemoglobiin (g%)	9,0	9,6	9,5	9,4
Erütrotsüütide arv (milj.)	2,77	3,38	3,0	3,0
d-ksüloosi-proov				
2 t.*	0,57	0,46	1,18	—
5 t.	1,55	1,56	2,15	—
Rasva eritumine* ööpäevas (g)	11,1	—	9,0	13,0
Schillingi test*	18,4	18,7	—	19,3
Peensoole biopsia	hattude subtotaalne atroofia	sama	sama	sama
Peensoole röntgenuurin	—	flokulat- sioon, seg- mentatsioon	sama	sama

* Normväärtused: d-ksüloosi-proov 2 t. 0,70; 5 t. 1,30; rasva eritumine ööpäevas <5,0 g; Schillingi test >8,0%.

50 kg. Nagu varasematel kordadel, nii ka seekord diarröad ei olnud. Uuringuid kor-rati. Tulemused varajasematest ei erinenud (vt. tabel). Haigele määrati gluteenivaba dieet ning 30 mg prednisolooni päevas.

Pärast kuuajalist ravi haiglas patsiendi enesetunne paranes. Peensooleuringuid kor-rati. Tühisoole limaskest oli selle aja jook-sul tunduvalt paranenud. Stereomikroskoo-pilisel uurimisel täheldati endise lameda limaskestareljeefi asemel mosaiikjoonist ja üksikuid laiu lehekujulisi hatte. Histoloogi-lises preparaadis võis kohati leida peaaegu normaalse kujuga hatte ning epiteelis olid kuubikuliste rakkude asemele ilmunud silindrilised kutikulaaräärisege rakud (vt. tahvel IV, mikrofoto 2). Röntgenuurin-gul selgus, et peensoole motoorika oli aeglustunud, flokulatsioonitunnuseid esines üksnes peen-soole kõige proksimaalsemas osas. Kuid samal ajal ei olnud peensoole resorptsioonifunkt-sioon veel paranenud — rasva eritus endi-selt palju, 16,6 g ööpäevas. Haige lahkus haiglast. Kodus jätkas gluteenivaba dieeti.

Haiget jälgiti neli aastat. Selle aja kestel võis täheldada haiguse aeglast progresseerumist. Kehakaal langes 7 kg, aneemia püsis. Ainuüksi kliiniliste näh-tude alusel oli peensoolehaigust raske diagnoosida, sest puudusid diarröa ning väljakujunenud toitumishäire. Meie uuringute põhjal selgus, et haigel olid toitainete imendumise häired, mis aval-dusid steatorröana ja d-ksüloosi malab-sorptsioonis. Arvestades seda, et d-ksü-loosi eritumine uriini kaudu oli vähe-nenud vaid esimese kahe tunni jooksul pärast d-ksüloosi andmist, võib öelda, et kahjustatud on eelkõige peensoole proksimaalosa ja tema distaalsemad osad kompenseerivad resorptsiooni suu-resti (3, 6). Peensoole ülaosa limaskesta kahjustusele osutasid ka peensoole biopsia ja röntgenuurin-gu.

Kõne all olnud uurimistulemusi arvesse võttes diagnoositigi gluteenen-teropaatiat. Isegi diarröa puudumine antud juhul ei ole argumendiks peen-soolehaiguse vastu. Obstipatsiooniga kulgevad gluteenenteropaatiat maini-takse ka kirjanduses ning sel juhul

peensoole distaalosad ja jämesool või-vad kompenseerida peensoole proksi-maalosa vee resorptsioonivõime puudu-likkust (2, 3, 7).

Arvestama peab aga seda, et nii imen-dumishäired kui ka peensoole limas-kesta hattude subtotaalne atroofia on tüüpilised, kuid mitte gluteenentero-paatiale patognoosilised. Alles glutee-nivaba toidu ravitoime kinnitab diag-noosi. Seda kui ainumõeldavat ravi- ja diagnoosimismeetodit ei kasutatud kuni viimase hospitaliseerimiseni mitmesu-gustel arstidest mitteolenevatel põhjus-tel järjekindlalt. Seda tehti alles vii-masel korral haiglas, kus gluteenivaba toidu ning prednisoloonravi tulemu-sena haige enesetunne ja peensoole limaskesta seisund paranesid. Predniso-looni toimet seletatakse mõjuga glutee-niantikehadele (2, 4, 5, 7). Kuuajaline ravi aga on liiga lühike selleks, et peen-soole limaskesta ehitus ning resorpt-sioon normaliseeruksid. Praeguste tule-muste järgi ja ka kirjanduse andmeil võib loota, et kui gluteenivaba dieeti jätkata, siis peensoole limaskesta sei-sund ja talitlus võiksid tunduvalt para-neda (1, 2, 4, 5).

Lõpuks rõhutagem, et kuigi meie kliimavöötmes peensoolehaigused ei ole sagedased, tarvitseb nende võimalusele alati mõelda.

KIRJANDUS: 1. Anderson, C. M., Townley, R. R. W. In: Intestinal Biopsy. London, 1962, 39—53. — 2. Cooke, W. T. In: J. Glass. Progress in Gastroenterology. New York—London, 1968, 299—338. — 3. Floch, M. H. Am. J. Clin. Nutr. 1969, 22, 327—351. — 4. Frazer, A. C. Malabsorption Syndromes. London, 1968. — 5. French, J. M., Hawkins, C. F., Cooke, W. T. Gastroenterology, 1968, 38, 592—595. — 6. Maar-ros, H.-I. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1971, 4, 263—265. — 7. Spiro, M. H. Clinical Gastroenterology. London, 1971.

Tartu Vabariiklik Kliiniline Haigla

SISEHAIGUSTE DIAGNOOSIMISE PARANDAMISE MÕNEDEST VÕIMALUSTEST

OLGA VOLOZ

Tallinn

UDK 616-07(049.2)

Vabariigi peaterapeudi professor N. Elšteini «Nõukogude Eesti Tervishoiu» veergudel tõstatatud probleem on aktuaalne ja samal ajal südamelähedane igale arstile, kes tegeleb ravi korraldamisega mis tahes ametikohal, eeskätt sisehaiguste osakonna juhatajale. Ehkki moodsa meditsiiniaparatuuriga varustus on järjekindlalt paranenud ja uusi laboratoorseid ning instrumentaalseid uurimismeetodeid on järjest rohkem evitatud (sageli siiski oskamata), samuti vaatamata osakonnajuhatajate pingutustele, mida nad arstide kvalifikatsiooni tõstmiseks on teinud, jätab veel palju soovida sisehaiguste diagnoosimise kvaliteet, iseäranis polikliinikutes.

Kuid diagnoosimisvigade põhjused võivad olla kas objektiivsed või subjektiivsed. Objektiivsete hulka kuuluvad haiguse atüüpiline või varjatud kulg, kaasnevad haigused, mis maskeerivad põhihaiguse kliinilist pilti, haige uurimiseks võimaluste puudumine raske seisundi tõttu jms., s. o. mitmete objektiivsete tegurite olemasolu, mis takistavad õige diagnoosi määramist. Subjektiivsetest põhjustest mainigem: haige kohta kogutud informatsioon on puudulik, kliinilisi andmeid on väärt hinnatud, haiget on uuritud puudulikult; täiendavaid uurimisandmeid on üle hinnatud, diagnoos on väärt vormistatud jne.

Esimese rühma diagnoosimisvead on veel vältimatud, kuna nende lähte on arstiteaduse ebatäiuslikkus käesoleval arenguetapil. Teise rühma kuuluvad vead aga on arstide kvalifikatsioonis ilmnevate puuduste tagajärg. Kui esi-

mest laadi diagnoosimisvigade osakaal vastavalt meditsiinalaste teadmiste edasisele progressile seaduspäraselt väheneb, siis teist laadi vigade väljajuurimise kõige tähtsamad moodused on meie arvates nende tekke põhjuste analüüs ja süstemaatiline arutelu arstide konverentsidel, kõige iseloomulikumate diagnoosimisvigade väljaselgitamine ning sellest lähtudes arstide kvalifikatsiooni tõstmise kavandamine. Arstide kvalifikatsiooni tõstmine on mitmeti võimalik ja selleks võib kasutada erinevaid töövorme:

1) arstide individuaalkohustused teemaatilise erialakirjanduse lugemisel;

2) sihipärane haigete valik kliinilisteks aruteludeks;

3) kõige sagedamini diagnoosimisvigade allikaiks osutuvate haiguste kliiniku ja diagnoosimise käsitlemine referatiivsetes ülevaadetes, teoreetilistel seminaridel ja arstide konverentsidel.

Oleme veendunud, et polikliinikus ja haiglas paljude aastate jooksul määratud diagnooside süstemaatiline kõrvutamine on kahtlemata kasulik moodus sisehaiguste diagnoosimise kvaliteedi hindamiseks, millest meil oli võimalik teatada juba varem.*

О. И. Волож, С. И. Кюннапуу. Опыт сличения поликлинических и стационарных диагнозов. Тезисы III научной конференции терапевтов ЭССР. Таллин, 1964.

О. И. Волож, С. И. Кюннапуу. Вопросы организации совместной работы терапевтических отделений стационара и поликлиники объединенной больницы. В сборнике «Некоторые актуальные проблемы внутренней медицины». Таллин, 1965.

Nisugune diagnooside lahknevuse analüüs Tallinna Pelgulinna Haigla sisehaiguste osakondades, mida on tehtud viimase viie aasta kestel, on näidanud, et polikliinikuarstid on kõige sagedamini eksinud südame ja veresoonte haiguste diagnoosimisel (diagnooside lahknevus 53,2⁰/₀ üldarvust). Diagnooside lahknevus muude haiguste korral oli järgmine:

kopsuhaigused	21,1 ⁰ / ₀
pahaloomulised kasvaja	9,2 ⁰ / ₀
seedeelundite haigused	6,5 ⁰ / ₀
närvisüsteemi haigused	5,7 ⁰ / ₀
vereloomeelundite haigused	3,8 ⁰ / ₀
kuseteede haigused	3,0 ⁰ / ₀
nakkushaigused	1,6 ⁰ / ₀
muud haigused	1,0 ⁰ / ₀

Suurim südame ja veresoonte haiguste diagnooside lahknevus ilmnes müokardiinfarkti diagnoosimisel tehtud vigade tõttu (39⁰/₀), kusjuures hüperdiagnoosimiste ja diagnoosimata jäänud müokardiinfarkti juhtude vaheline suhe oli 3:4. Nendest haigetest, kellel jaoskonnaterapeut müokardiinfarkti enne hospitaliseerimist ära ei tundnud, saadeti 59⁰/₀ haiglasse stenokardia ekardiagnoosiga, 22,7⁰/₀ ateroskleroosist või hüpertooniatõvest põhjustatud südameastma või vereringe puudulikkusega. 18,8⁰/₀-l juhtudest oli saatediagnoosiks märgitud mingisugune hingamiseldite haigus, nagu äge või krooniline kopsupõletik, bronhiaalastma. Enamikul viimati nimetatuid oli tegelikult müokardiinfarkt kombinatsioonis patoloogiliste muutustega kopsus, mis tõelist haiguse laadi ilmselt maskeeriski.

Müokardiinfarkti hüperdiagnoosimise korral diagnoositi 42⁰/₀-l haigeist haiglas muid südame ja veresoonte haigusi (stenokardia, müokardiit, kopsuarteri tromboemboolia, aju verevarustuse häired jne.), 30,3⁰/₀-l hingamiseldite haigusi (kopsupõletik, pleuriit), 24,2⁰/₀-l seedeelundite haigusi (haavandtõbi, koletsüstiit, vahelihase song) ning 3,5⁰/₀-l muid haigusi.

Üks kolmandik südame ja veresoonte haiguste diagnooside lahknevusest oli

tingitud reuma ja müokardiidi diagnoosimise vigadest (hüperdiagnoosimiste ja hüpodiaagnoosimiste vaheline suhe 2:1). ³/₄ reumajuhtudest oli diagnoosimata jäänud keskealistel ja eakatel haigetel, kel statsionaaris oli kindlaks tehtud mitraalhaigus, mida ekslikult trakteeeriti kui ateroskleroosilist kardioskleroosi. Diagnoosimist raskendas virvendav arütmia. Reuma hüperdiagnoosimise korral tehti haiglas kindlaks polüartriidi muid vorme, koldenakkust (krooniline koletsüstiit, krooniline tonsilliit jm.), suuri kollagenoosid, türeotoksikoosi, neuroosi.

Huviäratav on see, et 14,4⁰/₀-l diagnooside lahknevuse juhtudest oli haigetel haiglaravile saatmisel ateroskleroosilise koronarokardioskleroosi diagnoos, samal ajal jäi see diagnoos haiglas määramata üksnes kahel haigel (0,54⁰/₀). See tõsiasi annab tunnistust nimetatud diagnoosi kuritarvitamisest kõikidel juhtudel, mil keskealistel või eakatel haigetel ilmneb väga ebamäärased sümptoomid. Seda on kinnitanud ka kirjanduse andmed (V. Nežlin, 1955). Haiglas diagnoositi neil reumaatilisi südamerikkeid, *cor pulmonale*'t, müokardiitilist kardioskleroosi, sapipõie- ja lüüsimahaigustest põhjustatud reflektorset stenokardiat, tonsillokardiaalsündroomi jm.

Kopsuarteri tromboembooliat, mis on küllalt sageli esinev haigus, ei tunne jaoskonnaarst ära isegi siis, kui haiguse pidepunktiks on alajäsemete tromboflebiit. Hingamiseldite haiguste diagnooside lahknevuses langeb 60⁰/₀ ägeda kopsupõletiku hüperdiagnoosimise arvele. Selle diagnoosi taga peituvad väga mitmekesised erisuguse lokalisatsiooniga põletikulised protsessid. Paistab nii, et see diagnooside lahknevuse juhtude rühm on enamasti «taktikaline» ja et diagnooside lahknevus on põhjustatud püüdest hospitaliseerida ebaselge etioloogiaga palavikuhaiget. 16⁰/₀-l juhtudest ilmnes diagnoosimata jäänud tuberkuloos. Üle poole diagnoosimata pahaloomulistest kasvajatest olid kopsuvähi juhud.

Polikliiniliste ja kliiniliste diagnoos-

side lahknevuse struktuuri analüüsi tulemustest saadud informatsioon oli selliste teemade arendamise aluseks nagu «Reuma diagnoosimise vead», «Müokardiinfarkti diagnoosimise parandamise mooduseid», «Taktikalised vead müokardiinfarkti korral», «Ägedate kopsupõletike kulg tänapäeval», «Kopsuvähi kliinilised variandid», «Südame ja veresoonte muutused seedeelundite haiguste korral» jms. Pelgulinna Haigla ja polikliiniku terapeudid koostasid nendel teemadel teaduslikke ettekandeid haigla teaduslik-praktilisteks konverentsideks, mitmed neist kanti ette ka Tallinna Terapeutide Seltsi istungitel, vabariiklikel konverentsidel, osa on avaldatud trükisõnas.

Kliinilistel aruteludel on käsitletud kopsuarteri tromboemboolia diagnoosimist, *cor pulmonale* varajast avastamist, südame ja veresoonte muutusi lüüsisambahaiguste korral, reumaatiliste südamerikete arengu iseärasusi eakatel, suurte kollagenooside kliinilisi variante, tuberkuloosi kulgu tänapäeval ja diferentsiaaldiagnoosimist.

Tallinna Pelgulinna Haiglas ja polikliinikus määratud diagnooside lahknevuse näitarv on kümne aasta kestel olnud suhteliselt väike, kõikudes 5,2...8,8% piires (1957. aastal oli see 20,1%). Ei ole kahtlust, et selles on mitte väike osatähtsus olnud süstemaatilisel diagnoosimisvigade analüüsil.

«Statsionaarse diagnoosimise apriorse ülehindamise» ärahoidmiseks oleme arvestust pidanud nende haigete kohta, kellel diagnoos on vaieldavaks või ebaselgeks jäänud isegi pärast haiglast väljakirjutamist.

Siiani on jäänud kehtima süsteem, et haiglate sisehaiguste osakondadel ei ole (või peaaegu ei ole) alaliste ordinaatorite ametikohti, ordinaatori ülesandeid täidavad kordamööda polikliiniku jaoskonnaterapeudid, kes vahetuvad iga nelja kuu järel. Valitseb arvamus, et «statsionaarne tsükkel» on jaoskonnaterapeutide kvalifikatsiooni tõstmise moodus. Vaevalt küll kvalifikatsiooni tõstmise tsüklikult võib pidada lühiajalist töötamist, harjumatus keskkonnas,

stereotüübi täielikku ümberhäälestamist nõudvates tingimustes, seejuures veel märkimisväärse koormusega (18...25 haiget), mis tavalise füüsilise ja vaimse koormuse ületab ning piirab meditsiinikirjanduse lugemise võimalusi. Kui veel arvesse võtta seda, et enamikus vormiliselt spetsialiseerimata sisehaiguste osakondades on ravil suhteliselt ühte laadi haiged, muutub sellise olukorra tarvilikkus veelgi enam vaieldavaks.

Lisaks äratub kahtlust see, kas arst sel ajavahemikul omandatud teadmisi ja oskusi statsionaarse töö spetsiifika tõttu saab polikliinikus üldse viljakalt kasutada. Tundub, et selline töökordlus ei paranda diagnoosimise kvaliteeti ei polikliinikus ega statsionaaris.

Hoopis rohkem tooks asjale kasu see, kui sisehaiguste osakondade koosseisud komplekteeritaks täielikult alaliste ordinaatoritega, jaoskonnaterapeudid aga saadetakse spetsialiseeritud osakondadesse (kardioloogia-, pulmonoloogia-, gastroenteroloogia-, nefroloogiaosakonda, võib-olla isegi neuroloogia- ja nakkushaiguste osakonda), kus nad tegeleksid kõige enam viie-kuue haigega ning neil oleks võimalik tutvuda uuemate uurimis- ja ravivõtetega, kus neil jätkuks piisavalt aega tavalisest põhjalikumaks süvenemiseks erialakirjandusse. Haiglate sisehaiguste osakonnad (nii spetsialiseeritud kui ka üldraviosakonnad) oleksid seega komplekteeritud kvalifitseeritud arstidega, kes on võimelised iseseisvalt töötama ega vaja osakonnajuhataja pidevat eestkostmist. See võimaldaks ka osakonnajuhatajal tööaega ratsionaalsemalt kasutada. Polikliinikuterapeutidel oleks reaalne võimalus kord 3...4 aasta jooksul omandada täiendavalt teadmisi, mis polikliinilises töös marjaks ära kuluvad.

Nende küsimuste tõstatamine ka professor N. Elšteini äsja ilmunud monograafias «Терапевты и специализация медицины» on tõhus panus selle probleemi kiiremaks ja optimaalsemaks lahendamiseks.

Tallinna Pelgulinna Haigla

MÕNEDEST SISEHAIGUSTE DIAGNOOSIMISE PUUDUSTEST POLIKLIINIKUS

REINHOLD BIRKENFELDT

Kingissepa

UDK 616-07.002.234(049.3)

Professor N. Elšteini artikli avaldamine ajakirja veergudel* oli vajalik ja ajakohane. Peatuksime lühidalt mõnedel sisehaiguste diagnoosimise puudujääkidel polikliiniku töös.

Kahjuks oleme polikliinilisel vastuvõtul veel sageli näinud puudusi anamneesi kogumisel, haige läbivaatusel ja arsti suhtlemisel haigega. Anamneesi kogumisel kiirustatakse, haigele ei esitata suunavaid küsimusi. See aga kõneleb sihipärasuse puudumisest. Olulised faktid jäävad välja selgitamata või ajas, situatsioonis ning vastastikuses seoses fikseerimata. Haige läbivaatusel pahahti ei selgitata tema tervislikku seisundit või mõne olulise sümptoomi olemasolu, ei arvestata nende tähtsust haiguse prognoosimisel, mistõttu vältimatu abi ja hospitaliseerimine võivad hilineda. Uuringuid on sageli määratud põhjendamata.

Mõnikord on viidatud aja nappusele vastuvõtul. Kiirustamisel võib olla kaks põhjust. Esiteks, arst on vastuvõtul ülekoormatud. Siin peab koormust reguleerima, normi piiridesse tagasi viima. Teiseks, arst kiirustab, et külastajad rutem vastu võtta ja ülejäänud aega muuks otstarbeks kasutada. Mainitu on väär ja kahtlemata toimub see kvaliteedi arvel. Viga võib olla ka vastuvõtuaaja ebaratsionaalses kasutamises. Näiteks nende haigete vastuvõtt, kes polikliinikusse pöörduvad korduvalt, on ette valmistamata: alles siis, kui haige on juba kabinetis, hakatakse analüüsida ja uuringute tulemusi meeletult otsima.

Polikliinilise vastuvõtu kvaliteedi analüüsi N. Elšteini soovitatud meetod

eeldab, et polikliiniku sisehaiguste osakonna juhataja annab terapeudi vastuvõtu, sealhulgas diagnoosimisvigade kohta hinnangu kohe pärast arsti vastuvõtul viibimist. Meetod väärrib kahtlemata tunnustust ja laialdast rakendamist. Sellisest analüüsist on kindlasti kasu.

Oleme täiesti nõus N. Elšteiniga, et haige objektiivsel uurimisel tehtud vead saavad alguse terapeutide mitteküllaldastest teadmistest sisehaiguste propedeutikas ja kindla meetodika puudumisest haige uurimisel. Sageli esinevate haiguste, nagu angiini, ülemiste hingamisteede katarri, diagnoosimisel on suuri erinevusi. Näiteks ei diferentsi alati angiini eri vorme, ei mõisteta nodoosse erüteemi olemust. Soovida jätab mitmesuguste liigesehaiguste sümptomide hindamine ja interpreteerimine. Napid on teadmised naaberdiscipliinidest, näiteks mitmesuguste närvipõletike ja -valude diagnoosimisest, millega jaoskonnaarstidel tuleb sageli tegelda.

Kingissepa Rajooni Keskhaigla terapeutide kvalifikatsiooni tõstmise seminaride programmi oleme need teemad sisse võtnud.

Oleks väga soovitatav, et nii täienduskursustel kui ka seminaridel pöörataks rohkem tähelepanu diagnostika, diferentsiaaldiagnostika ja diagnoosimisvigade tundmaõppimisele. Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» rubriigis «Ülevaated» sooviks näha diagnoosimiskunsti tutvustavaid artikleid, mis oleksid määratud praktiseerivatele arstidele.

* Elšteini, N. Sisehaiguste diagnoosimise puuduste ja vigade peamised põhjused. «Nõukogude Eesti Tervishoid», 1973, 5, 435—441.

ESMAABI SILMAKAHJUSTUSTE KORRAL

OLLE AAMER
Tallinn

UDK 617-001.4-083.98

Silmavigastused

Esmaabi silmatraumade korral võib vajalikuks osutuda kõikides meditsiini-asutustes. Vigastatud silma edasise ravi tulemus oleneb sageli sellest, kuivõrd õigesti on vigastuse raskust hinnanud esimene abiandja — olgu see siis õde, velsker või mõne teise eriala arst. Esmaabiandja peab võimalikult kiiresti kaotama valu, vältima haava infitseerumist, otsustama, kas kannatanu on vaja saata silmaosakonda, ja valima õige transportimisviisi.

Väga oluline on raskete kombineeritud vigastuste korral jälgida silmade seisundit ja vajaduse korral kohale kutsuda silmaarst. Kahjuks on veel ette tulnud juhtumeid, kus silmadele pööratakse tähelepanu alles siis, kui haige üldseisund on küll paranenud, silmaarsti abi aga lootusetult hiljaks jäänud.

Õigeks esmaabi andmiseks on vaja tunda silmatraumade spetsiifikat ja tekemehhanismi.

Silma mehhaanilised vigastused jagunevad läbistavateks ja mitteläbistavateks laugude ning silmamuna vigastusteks. Sageli kaasneb tugev laugude verevalum, mistõttu silmapilu on raske avada. Limaskestaaluse verevalumi korral võib silmamuna limaskest silmapilust välja punnituda. Vigastuse raskuse hindamisel on oluline kindlaks teha, kas ei kaasne silmamuna läbistavat vigastust või tugevat nägemisvõime langust. Viimane võib põhjustatud olla traumaatilistest verevalumitest võrkkestal, nägemisnärvi kahjustusest silmamuna taga või kolju luulises kanalis, võrkkesta irdumisest, sarvkesta erosioonist. Sageli on koos laugude viga-

tusega ka nahaalune emfüseem lau piirkonnas, mis on põhjustatud kaasnevast ninaluu või nina kõrvalkoobaste fraktuurist. Laugude pindmised horisontaalsuunalised haavad on tavaliselt liibunud servadega, vertikaalsuunalised irevil servadega.

Lau haavade õmblemisel on oluline, et haava servad võimalikult täpselt ühendataks peente, tihedate õmblustega. Sellega saadakse hea kosmeetiline efekt ja välditakse hilisemaid vaevanõudvaid plastilisi operatsioone lau deformatsioonide likvideerimiseks. Ebaõigest armistumisest tingitud laugude sisse- või väljapöördumine, pidev pisaravool ja silmapilu sulgematus on patsiendile rasked ja tülikad komplikatsioonid.

Haavade õmblemisel tuleb säilitada iga peaaegu ärarebituna tunduvalt nahariba, mis tänu laugude rikkalikule vererustusele hästi kokku kasvavad. Vertikaalsuunaliste haavade õmblemisel on oluline täpselt ühendada marginaalne serv. Läbistava vigastuse korral asetatakse õmblused kahes kihis: üks läbi sidekesta, teine läbi naha. Haavade töötamise lõpetamise järel pannakse silma infektsiooni vältimiseks desinfitseerivaid tilku — *Sol. Sulfacyli solubile* 30...20%, *Sol. Laevomyetini* 0,3...0,5% jne. või salvi — *Ung. Tetracyclini* 1%, *Ung. Sulfacyli solubile* 20% jne.

Suurte lau defektide või laugude ärabimisega vigastused kuuluvad oftalmokirurgilisele töötlemisele. Alumise lau ninapoolse nurga vigastustega kaasnevad enamikul juhtudest ka alumise pisarakanalikes rebendid, millele hiljem järgneb püsiv pisaravool. Ka need haiged vajavad silmakirurgi abi. Lau-

vigastusega haigeid võib transportida istuasendis. Silmale asetada steriilne side, silma tilgutada desinfitseerivaid tilku.

Silmamuna limaskesta vigastuste korral on tingimata vaja kontrollida, kas samal ajal ei ole läbistavat kõvakesta vigastust. Vähi­magi kahtluse korral toimetada haige silmaosakonda; on tarvilik, et ta oleks lamamisasendis ja seotud silmadega. Silmamuna limaskesta haavad õmmeldakse üksikõmbluste või pideva siid- või bioõmblusega. Ainult pindmistesse kihtidesse ulatuvatele haavadele õmblusi tavaliselt ei asetata.

Sarvkesta pindmiste vigastustega — erosioonidega — kaasnevad tavaliselt tugev valu, hõõrumistunne, võõrkehataunne silmas, pisaravool ja valgusekartus. Nimetatud sümptomide kõrvaldamiseks võib silma tilgutada üks või kaks tilka 0,25%– kuni 0,5%–list dikaiinilahust. Epiteeli defekti suurust aitab määrata 1%–lise fluorestseiinilahuse tilgutamine sarvkestale, mille järel erosiooni pind muutub heleroheliseks. Raviks määrata silma desinfitseerivaid lahuseid — *Sol. Sulfacyli solubile* 20%, *Sol. Laevomycetini* 0,3% jne.

Head tulemust annab kombineeritud anesteseeriv salv, mis vähendab valu ja soodustab kiiremat epiteliseerumist.

Rp. *Sol. Adrenalini hydrochlorici* 1:1000 gtt X
Dicaini 0,01 (0,025)
Chinini muriatici 0,1
Sulfacyli solubile —
Olei jecoris aselli aa 1,0
Aq. destillatae
Olei persicori —
Lanolini anhydrici aa ad 10,0

M. D. S. Silmasalv. Silmale asetada side.

Vigastuse ulatusest ja lokalisatsioonist olenemata — kas sarvkestal, kõvakestal, korneoskleraalpiirkonnas — tuleb kõiki silmamuna läbistava vigastusega haigeid ravida silmaosakonnas. Haige vaatlus läbistava vigastuse diagnoosimiseks peab toimuma heas valguses, vajaduse korral tuleb silma tuimastada dikaiinilahusega.

Läbistava vigastuse otsesed tunnused on: 1) nähtav haav sarv- või kõvakestal; 2) nähtav haav vikerkestas; 3) viker-

kesta, ripskeha, läätse masside või klaaskeha tungimine haava; 4) silmasisene võõrkeha.

Läbistava vigastuse kaudsed tunnused: 1) madal eesmine silmakamber; 2) vikerkesta silmaavaserva rebend; 3) läätse hägustumine; 4) silmamuna hüpotoonia. Kuigi viimati nimetatud tunnused võivad esineda ka ainult silmamuna põrutuse korral, tuleb sellised haiged siiski saata silmaosakonda, sest tegemist on raskete silmakahjustustega, mis võivad põhjustada hilisemat püsivat nägemisvõime langust.

Esmaabi läbistava vigastuse juhtudel piirdub desinfitseerivate tilkade (mitte kasutada salvi!) tilgutamise ja steriilse sideme asetamisega mõlemale silmale. Haigeid tuleb transportida ainult lamamisasendis. Väga oluline on kõikvõimalike füüsiliste pingutuste ja põrutuste vältimine transpordi ajal, mis võivad põhjustada silmasiseste kestade suuremat väljalangemist. Sellise haige puhul ei ole niivõrd tähtis see, kas ta jõuab statsionaari tund varem või hiljem, vaid see, et juhusliku ja kiire transpordiga ei halvendataks juba niigi rasket silma seisundit.

Silmakoopa vigastuste korral on sageli tugev laugude turse või verevalum, läbistavad silmamuna haavad. Silmakoopasisesed verevalumid põhjustavad tugevat eksoftalmiat, millega kaasneb silmamuna liikuvuse piiratus. Silmakoopaluulised fraktuurid võivad põhjustada eksoftalmiat või silmamuna dislokatsiooni juhul, kui kaasnevad näokolju vigastused. Nägemisnärvi kahjustus silmakoopas või kolju luulises kanal­is põhjustab nägemisvõime järsku langust. Sellised haiged kuuluvad samuti ravile silmaosakonnas. Transportimisviis oleneb vigastuse raskusest ja ajukolju vigastuse kaasnemise võimalikkusest.

Laugude ja limaskesta põrutustele on iseloomulik rohkete verevalumite teke. Limaskestaalused verevalumid, mis tekivad kohe pärast traumad, ei vaja erilist ravi. Silma funktsioon ei kahjustu ja verevalum resorbeerub jäägitult. Ve-

revalumid, mis tekivad mõni tund või päev pärast traumat, võivad viidata koljumurrule. Koljupõhimiku murrule on eriti iseloomulik mõlema silma laugudel esinev prillhematoom. Laugude turse, millega kaasneb palpatsioonil iseloomulik krepitatsioon, viitab nina kõrvalkoobaste vigastusele. Selliste haigete edasise ravi taktika otsustab nina-, kõrva- ja kurguarst.

Sarvkesta põrutusele järgneb märgatav nägemisvõime langus põhjustatuna sarvkesta difuussest hägustumisest. Silmamuna üldise põrutusega võivad kaasneda verevalumid silma eeskambrisse, pupilli laienemine või korrapäratu kuju, vikerkesta rebendid, läätse sublüksatsioon või luksatsioon, verevalumid klaaskehasse või võrkkestale ja võrkkesta rebendid. Et kõikidel mainitud juhtudel on silma nägemisvõime langenud ja et esimesel vaatlusel on sageli raske otsustada vigastuse kogu raskuse üle, peab selliseid haigeid läbi vaatama silmaarst. Silmaarst määrab edasise statsionaarse ravi vajaduse.

Võõrkehad silmas

Silma sattunud võõrkehade eduka eemaldamise üks esmaseid tingimusi on haige vaatlus heas valguses, kasutades binokulaarluupi. Võõrkehad eemaldatakse limaskestalt eelnevalt niisutatud vati või marlitamponiga. Sageli peetavad võõrkehad ülalau limaskestast all. Seetõttu peab iga abiandja oskama lau limaskestast väljapoole pöörata. Tihti põhjustab püsivat võõrkehatuset sissepöördunud ripsmekarv, mis tuleb pintsettidega eemaldada. Limaskestalt õigel ajal eemaldamata jäänud võõrkehad võivad sarvkesta pideva traumeerimise tõttu olla sarvkesta haavandite ja põletike põhjuseks. Iga sarvkestakahjustuse tagajärjeks on suurem või väiksem sarvkesta arm, millest tuleneb nägemisvõime langus.

Sarvkestale kleepunud või sarvkesta pindmistes kihtidesse tunginud võõrkehad eemaldatakse võõrkehanõelaga või selle puudumisel tavalise süstlanõela terava otsaga. Eriti otstarbekoha-

sed on professor L. Schotteri poolt kasutuselevõetud peitlikujulised erineva jämedusega võõrkehanõelad. Sarvkesta tundlikkuse vähendamiseks peab enne võõrkeha eemaldamist sarvkesta 0,25- kuni 0,5% -lise dikaiinilahusega tingimata tuimastama. Sarvkesta kihtides olevate võõrkehade ümber tekib sageli pruunikas roosterõngas. See piirkond tuleb pärast võõrkeha kõrvaldamist hoolikalt puhastada, sest see põhjustab sarvkestapõletikku. Kui kogu roosterõngast esmakordsel puhastamisel eemaldada ei õnnestu, tuleb silma panna desinfitseerivat põletikuvastast salvi ja sarvkesta puhastamist järgmisel päeval korrata. Silmale asetada steriilne side.

Kui võõrkeha on tunginud sügavale sarvkesta kihtidesse, võib selle eemaldamisel tekkida sarvkesta perforatsiooni oht. Sellised võõrkehad peab eemaldama silmaarst, kes vajaduse korral saadab kannatanu haiglasse.

Silma söövitused ja põletused

Erinevalt eespool kirjeldatud esmaabivõtetest mehhaaniliste traumade korral, kus silma edasise saatuse määrab oskuslik ja läbimõeldud tegutsemine, oleneb söövituse korral kõik esmaabiandja kiirusest ja operatiivsusest. Esmaabi peavad juuresolijad andma õnnetuskohal kohe, ilma et oodataks meditsiinitöötajat, esmaabi aga peavad lõpule viima meditsiinitöötajad.

Söövituse raskus oleneb silmadesse sattunud keemilise aine kontsentratsioonist ja toimeajast. Tavaliselt kahjustuvad üheaegselt silmamuna ja silmalaud. Happest põhjustatud söövituste korral tekib kiiresti koevalkude koagulatsioon, mis takistab sügavamate kudede kahjustust. Enamikul juhtudest on kahjustuse raskust võimalik prognoosida juba esimestel kahjustusele järgnevatel tundidel või päevadel. Tavaliselt on hapest põhjustatud söövitused kergemad leelisest põhjustatud söövitusest, mil kaitsvat koagulatsioonikihti ei teki ja kahjustuvad sügavamad koed. Tekivad rasked troofikahäired,

millele järgneb nekroos. Leelistest põhjustatud kahjustusi prognoosida on sageli väga raske. Tihti võib esialgu kergena näiv söövituse lõppeda silmamuna täieliku kaotusega.

Kergete söövituste korral esinevad limaskestast hüperemia, turse sarvkestal ja pindmine erosioon. Raskematel juhtudel, eriti leelisest põhjustatud söövituste korral, tekib limaskestast kahvatus veresoonte spasmi tagajärjel. Sellele järgnev hüperemia on troofika taastumise näitaja. Tugevama veresoonte kahjustuse korral veresooned tromboseeruvad, limaskestast on kahvatu, kohati hallikaspruun, nekrootiline. Sarvkest on hägune, raskematel kahjustustel valkjalt, läbipaistmatu ja portselanitaoline.

Esmaabi söövituste korral seisneb silma rohkest veega loputamises. Ei tule üle hinnata neutraliseerivate lahuste toimet: happest põhjustatud söövituse puhul 2%-line soodalahus, leelisest põhjustatud söövituste puhul aga 1:1000 äädikhappe- või 2%-line boorhappelahus. Sellised neutraliseerivad lahused õnnetuskohal sageli puuduvad, nende muretsemiseks aga kulutatakse asjatult aega. Silma sidekestakotist tuleb eemaldada kõik kättesaadavad tahked keemilise aine osakesed. Ülalau limaskestast tuleb välja pöörata, sest ülalau taha jäävad tahke aine tükid sageli peatuma. Vatipulgakesega eemaldada võõrkehad võimalikult sügavalt limaskestast vortidest. Loputuse ja silma puhastamise järel tilgutada silma desinfitseerivaid silmatilku ja panna rikkalikult steriilset kalamaksaõli või silma-

salvi (antibiootikumide sisaldavat või anestesiseerivat salvi). Raskete söövitustega haigetel asetada haiglasse toimetamise ajaks kahjustatud silmale side.

Vigastuse raskusest olenevalt otsustatakse spetsialiseeritud raviasutusse saatmise vajadus. Nagu juba eespool juttu oli, on tähtis, et raske söövitusega haige kiiresti edasi saadetaks. Kohapeal esmaabi saanud haigetel on sageli jäänud silmast eemaldamata rohkesti keemilise aine tükke, mille peab silmast kiiresti välja võtma silmaarst. Viivitamata on vaja alustada ravi kahjustatud kudede troofika parandamiseks.

Terminised kahjustused võivad põhjustatud olla silma sattunud kuumast aurujoast, tulistest vedelikudest, sulametalist jne. Sageli kaasub laugude ja näonaha põletus. Kergete põletuste korral on silmades valu, hõõrumistunne. Laugudel on punetus, limaskestadel kerge hüperemia, sarvkestal pindmine erosioon. Raviks on desinfitseerivad tilgad ja salvid. Nähud mööduvad tavaliselt kiiresti, juba mõne päeva jooksul. Raskemate põletuste korral esinevad laugude sügavamad kahjustused, limaskestast ja sarvkestast nekroos sellele järgneva silmamuna kootumisega. Silma võivad olla sattunud põletava aine osakesed.

Raskete põletustega haiged tuleks saata ravile silmaosakonda. Kui põletusest on kahjustatud laiemad kehapiinad ja haiget ravitakse traumatoloogia- või kirurgiaosakonnas, on tingimata vajalik silmaarsti konsultatsioon.

Tallinna Vabariiklik Haigla

GRIPIVIIRUS JA GRIPI PROFÜLAKTIKA

SILVER JÖKS

Tallinn

UDK 576.858+616.921.5-084(047)

Akuutsed respiratoorsed haigused on levinud väga laialdaselt. Üleliidulise Ametiühingute Kesknõukogu andmeil põeb meie maal grippi ja gripitaolisi nakkushaigusi igal aastal enam kui 20 miljonit töolist ja teenistajat.

Gripp kui laialdaselt levinud nakkushaigus on inimkonnale tuttav olnud juba aastasadu. Kuid tema tekitaja — gripiviirus — avastati alles 1933. aastal. Nelikümmend aastat pingelist uurimistööd on ilmsiks toonud mitmeid gri-

piviiruse iseärasusi, esmajoones tema mõnede bioloogiliste omaduste pideva muutumise. Praegu kasutusel oleva klassifikatsiooni järgi kuuluvad gripiviirused *Orthomyxoviruses* perekonda. On tuntud kolm gripiviiruse liiki, mida tähistatakse tähtedega A, B, C. Igale liigile on omased kindlad epidemioloogilised omadused.

Teatavasti kulgeb epideemiline protsess gripi puhul kolmes vormis:

1) üksikjuhud (sporaadilised), mille erinevast esinemissagedusest on tingitud gripihaigestumuse tavalised sesoonsed kõikumised;

2) lühiajalised intensiivsed epideemiad;

3) ulatuslikud gripilained ehk pandeemiad.

Viimane epideemilise protsessi vorm esineb eranditult vaid gripiviiruste A puhul. Kõik teada olevad pandeemiad on olnud selle liigi põhjustatud. Gripiviirus B võib samuti põhjustada küllalt intensiivseid epideemilisi puhanguid, kuid epideemiad ei võta kunagi sellist ulatust kui gripiviiruse A puhul, samuti on haigusnähud kergemad. Kõige vähem ohtlik on gripiviirus C, mis kutsus esile vaid üksikhaigestumisi, peamiselt lastel.

Gripiepidemiade tekke seisukohalt on eriti olulised viiruse liigisisesed muutused. Väga rikas viimaste poolest on just gripiviirus A. 1947. aastal märgati, et järjekordse gripiepidemia põhjustanud viirus varem tuntuist tundvalt erines, kuigi ta ilmselt kuulus gripiviiruse A hulka. Viiruse uus variant nimetati tüübiks A₁. 1957. aastal tõrjus selle tüübi ringlusest välja Aasia gripi tekitaja — tüüp A₂. Pärast seda on gripiviirus A muutunud vaid tüübiselselt. Suured gripilained on tekkinud tingituna uute viirusetüvede ringluse ilmumisest. Aastate 1957...1958 pandeemiad iseloomustanud tüvele A₂/Singapore/57 järgnes 1968. aastal Hongkongi viirus — A₂/Hongkong/68 — ning lõpuks, möödunud aastal Austraaliast oma teed alustanud A₂/Victoria/72.

Hiljuti soovitas Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni ekspertide rühm

uut gripiviiruste nomenklatuuri, mis äsja esitatust mõneti erineb. Nimelt on selles loobutud gripiviiruste jagamisest tüüpideks. Tüvesid iseloomustatakse selles gripiviiruse kahe antigeense koostisosa, nimelt hemaglutiniini (H) ja neuraminidaasi (N) järgi. Seni on tuntud neli hemaglutiniini (H₀, H₁, H₂ ja H₃) ja kaks neuraminidaasi (N₁ ja N₂) varianti. Selle nomenklatuuri järgi on Aasia gripi tekitaja tähiseks A/Singapore/57 (H₂N₂) ja Hongkongi viirusel A/Hongkong/68 (H₃N₂). See näitab, et 1968. aasta viiruses, võrreldes 1957. aasta viirusega, on muutunud nimelt hemaglutiniin.

Arvatavasti on gripiviirus B geneetiliselt palju püsivam kui gripiviirus A. Igatahes ei ole sellel liigil seni ametlikult registreeritud ei alaliike ega tüüpe. Kuid möödunud aastal ilmus ringlusele gripiviiruse B uus tüvi, mis arvatavasti tähistatakse kui B/Hongkong/72. See variant näib mõneti erinevat varem tuntud gripiviirustest B. Muu hulgas on tal kalduvus küllalt kiiresti levida ning on oodata tema sissetungi ka meie maale. Seetõttu võib meil lähematel aastatel esineda tavalisest rohkem B-gripi haigestumisi.

Gripiepidemiade teket kaldutakse praegu seletama inimeste suure vastuvõtlikkusega ringleva viirusetüve suhtes. Kui on tekkinud viiruse uus variant, on selliseid nakkusele eriti vastuvõtlikke inimesi väga palju, sest gripi-immuniteet, mis niikuinii on võrdlemisi lühikese kestusega, «kehtib» vaid selle viirusetüve suhtes, millega kokkupuutumine on tema esile kutsunud. Seega eelmise viirusetüve ringlemise ajal omandatud immuniteet ei kaitse inimest veel viiruse uue variandiga nakatumise eest.

Gripiepidemia ajal haigestub ja omandab loomuliku immuunsuse 15...30% elanikkonnast. Enamik inimestest omandab immuunsuse alles pärast mitut epideemialainet. Näiteks Hongkongi viirus kutsus meie vabariigis esile ulatusliku haigestumise kolmel sügystalvel. Möödunud aastal põhjustas viirus A₂/Victoria/72 meil keskmiselt

17% elanike haigestumise. Seepärast võib oletada selle tüve põhjustatud epideemiliste puhangute kordumist lähematel aastatel.

Üht-teist on teada ka sellest, kuidas toimub gripiviiruse omaduste muutumine. Selleks on olemas vähemalt kaks teed: 1) viiruse geneetilises aparaadis väliskeskkonna tegurite toimel asetleidev teravalt piiritletud muutus (mutatsioon) või 2) teatava hulga nukleiinhappe vahetus kahe viiruse vahel (rekombinatsioon). On tõenäoline, et viiruse uute variantide tekkimisest võtavad osa mõlemad mehhanismid. Siiski võib teataval juhul olla üks neist juhtiv. Näiteks tekkis Hongkongi viirus tõenäoliselt mingi varajasema gripiviiruse A₂ rekombineerumisel loomadelt või lindudelt pärineva gripiviirusega. Üldse on viimasel ajal jälle palju tähelepanu pööratud lindudele ja loomadele kui gripi võimalikule looduslikule reservuaarile.

Aastaid kestnud otsingud gripi vastu tõhusa kaitsevahendi leidmiseks ei ole veel soovitud tulemusi andnud. Globaalses ulatuses on gripp praegu veel kontrollile mittealluv nakkushaigus. Me ei oska ära hoida uute ohtlike viirusetüvede tekkimist ega takistada epideemiate puhkemist. Küll võime aga tunduvalt piirata epideemiate ulatust üksiku riigi, linna, asula või kollektiivi piires. Selleks annavad võimalusi mitmesugused profülaktikaabinõud, esmaajones vaktsineerimine.

Meie maal on praegu kasutusel mitu gripivaktsiini. Tänapäeval on üldise tunnustuse pälvinud elusvaktsiinide — sisaldavad elusaid, kuid nõrgestatud viirusi — paremus surmatud, s. t. inaktiveeritud vaktsiinide ees. Seepärast on ka kõik meil kasutatavad vaktsiinid elusad. Tõsisem raskus nende vaktsiinide valmistamisel on sobivate viirusetüvede leidmine. Immuunsuse range spetsiifilisus, s. t. selle «kehtivus» vaid teda esilekutsunud viirusetüve suhtes, seab vaktsiinide loojad tõsiste raskuste ette.

Viiruse uue variandi ilmumisel tuleb kiiresti leida vaktsiini valmistamiseks

sobiv viirusetüvi, läbi viia selle nõrgestamise aeganõudev menetlus, kontrollida vaktsiiniviiruse tõhusust ja ohutust ning, kui kontroll on andnud rahuldavaid tulemusi, korraldada vaktsiini tootmine. Seda kõike peab jõudma enne, kui epideemia on meie maa piirideni jõudnud.

Paraku seni üldiselt kasutusel olnud meetodid sellist kiirust veel ei taga. Vaktsiinide väljatöötamine ja tootmine kanaloodetel, nagu seda seni on tehtud, on aeganõudev ja kulukas. Uus vaktsiin võib sellisel juhul meieni jõuda mitte varem kui aasta pärast viiruse uue variandi ilmumist. Tegelikult polegi see väga halb, kui meenutame, et teatava viiruse poolt esilekutsutavatel epideemiatel on kalduvus korduda. Kuid siiski on väga vaja täiuslikumaid, kiiremaid ja odavamaid meetodeid.

Nõukogude teadlane A. Aleksejeva ja tema kaastöölised võtsid gripivaktsiini tootmisel tarvitusele koekultuurid. Sel puhul ei kasvatata viirust mitte tervetes kanaloodetes, vaid rakukultuurides, mis on saadud loote kudede kasvatamisel väljaspool kanamuna. See moodus on odavam ja kiirem ning vaktsiin on varajasematest mitmes suhtes parem. Ta on ette nähtud sissevõtmiseks, ei põhjusta peaaegu kunagi haiguslikke reaktsioone ning teda võib anda ka lastele. Uue vaktsiini kaitsevõime ei ole aga ninna pihustatavate vaktsiinide omast halvem. See, peroraalselt kasutatav vaktsiin on meie vabariigis kasutusel olnud juba paar aastat, peamiselt laste vaktsineerimiseks.

Gripi vastu vaktsineerimiste tõhusus sõltub suuresti nende läbiviimise ajast ja ulatusest. Immuunsus ei kujune välja silmapilkselt, organism vajab antikehade väljatöötamiseks aega. Pealegi tuleb hea immuunsuse saavutamiseks manustada vaktsiini kaks-kolm korda. Seepärast ei tohi vaktsineerimise algusega hilineda. Vaktsiini kasulik toime avaldub maksimaalselt vaid siis, kui vaktsineeritakse vähemalt 70% kollektiivi liikmetest. Paraku on meil nii palju inimesi korda läinud vaktsineerida vaid mõnedes asutustes.

Spetsiifilise profülaktika — vaktsiinerimise — kõrval on gripi vältimiseks kasutatud ka organismi mittespetsiifilisel kaitsevõimel põhinevaid vahendeid, esmajoones interferooni. Viimase puhul on võimalikud kaks kasutamismoodust: interferoon viiakse organismi valmis kujul (eksogeenne interferoon) või kutsutakse esile interferooni moodustumine organismis eneses (endogeenne interferoon).

Esimesel juhul on laialdast kasutamist leidnud nn. leukotsütaarne interferoon, s. t. interferoon, mida laboratooriumis on *in vitro* võimelised produtseerima inimese leukotsüüdid. Selle preparaadiga on saadud häid tulemusi gripi profülaktikas ja ravis, eriti nende vanuserühmade haigetel, kellele interferooni loomulik produktsioon on nõrk, näiteks väikelastel ja raukadel. Meetodi üks puudusi on vajadus viia preparaati ninna iga paari tunni järel.

Teisel moodusel viiakse organismi interferooni produktsiooni esilekutsuvaid aineid, interferonogeene. Selle meetodi rakendamist takistab küllalt tõhusate ja ohutute interferonogeenide puudumine. Mõni aeg tagasi laialdast kasutamist leidnud viiruslike interfe-

ronogeenide («heteroloogsete vaktsiinide») manustamist ei peeta viimasel ajal enam soovitatavaks.

Mõningat edu on saavutatud ka keemiliste ainete kasutamisel gripi vältimiseks ja raviks (kemoprofülaktika, kemoteraapia). Kuid enamik selleks otsarabeks kasutatud ühendeist on vaevalt pääsenud kaugemale laboratoorsetest katsetustest.

Kõikidest raskustest hoolimata on haigestumuse vähendamine 2...3 korda täiesti reaalne. Kuid selleks on vajalik kogu profülaktika plaanipärane ja sihikindel korraldamine. Kui peame silmas, et meiegi vabariigis epidemiae ajal grippi haigestunud loetakse kümnete tuhandetega, siis tähendab selline profülaktika efektiivsus suurt hulka haigevoodist pääsenud inimesi, sadu tuhandeid säästetud tööpäevi.

Majandusteadlased on välja arvutanud, et gripihaigestumuse vähendamine kas või 10% võrra korvab kõik kulutused, mis tehakse gripialase teadusliku töö ja gripivastase võitluse organiseerimiseks. Seepärast tuleb gripivastasesse võitlusesse suhtuda kui väga tähtsasse ja vajalikku üritusse.

Tallinna Epidemioloogia,
Mikrobioloogia ja Hügieeni
Teadusliku Uurimise Instituut

Hemodialüüs ja viirushepatiit. Üksnes vähesed Euroopa maade raviasutused, kus tegeldakse hemodialüüsi või elundite siirdamisega, on suutnud vältida viirushepatiidi puhanguid. Järjekindlalt on suurenenud ka haigete arv, kes põevad kliiniliselt väljendunud viirushepatiiti. 1971. aastal avastati seerumhepatiidi antigeeni juba 11,5%-l haigetest. Seerumhepatiiti haigestumine suurenes ka nimetatud raviasutuste personali hulgas, kes hemodialüüsiga tegelesid. Letaalsus seerumhepatiidi tagajärjel oli patsientide hulgas 6...28%, personalijulgas seevastu märgatavalt väiksem. Letaalsus personali hulgas oli väga suur (33%) Edinburghi puhangu ajal 1969/1970. aastal. Ameerika Ühendriikides tehtud uurimiste andmeil põdes seerumhepatiiti dialüüsikeskustes ravitavaist haigeist keskmiselt 10%, personalist 3%, neist kõige sagedamini meditsiiniõed (4,1%), kõige harvem neeruhaiguste eriarstid (1,2%). Seevastu kodustes tingimustes korraldatud dialüüsiprotseduuride korral haigestus seerumhepatiiti üksnes 4% patsientidest, teenindavast personalist vaid 0,4%.

Enamiku hepatiidipuhangute ajal, mis olid seoses dialüüsiga, avastati seerumhepatiidi antigeeni peaaegu kõikidel haigetel ning suurel osal personalist. Mõnede puhangute kohta ammandavat seletust anda on keerukam seetõttu, et neeruhaiged on antigeenikandjad pikka aega ning seda on lihtne kindlaks teha. Samal ajal aga raviasutuste personal, kes on nakkuse saanud oma ravialustelt, võib antigeenikandja olla üksnes lühikest aega, kusjuures neil antigeeni ei avastata ning anti kehad tekivad hiljem.

Хроника ВОЗ, 1973, 9.

Kaadri ettevalmistamine

INGEBORG VELDRE BIOLOOGIADOKTORIKS



13. aprillil 1973. aastal andis NSV Liidu Kõrgema ja Keskerihariduse Ministeeriumi Kõrgem Atestatsioonikomisjon bioloogiadoktori diplomi Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi toksikoloogia- ja tööhügieenilaboratooriumi vanemteadurile Ingeborg Veldrele.

I. Veldre kaitses doktoriväitekirja, mis käsitleb põlevkivitööstuse heitvete mõju veekogude sanitaarseisundile. NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Hügieeni, Mikrobioloogia ja Epidemioloogia Osakonna nõukogus Moskvas 14. jaanuaril 1972. Kaitsmisel oponentideks Moskva teadlased NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige, Vene NFSV teeneline teadlane arstiteaduse doktor professor N. Litvi-

nov, arstiteaduse doktorid professorid N. Trahtman ja L. Gurviš ning arstiteaduse doktor A. Bokina.

I. Veldre doktoriväitekirja on ulatuslik kompleksuurimus, milles hügieeni aspektist iseloomustatakse põlevkivi termilisel töötlemisel tekkivaid heitvesi, esitatakse eksperimentaalandmeid mitme fenoolühendi sanitaarseks normeerimiseks veekogude vees ja antakse hinnang põlevkivi töötleva tööstuse heitvete puhastamise tehnoloogilistele ning sanitaartehnoloogilistele meetoditele. I. Veldre uurimistöö andmed võimaldasid välja töötada mainitud tööstusharu heitvete ratsionaalse puhastamise skeemi. Suur osa autori soovistest ja ettepanekutest on juba ellu rakendatud.

I. Veldre on sündinud 1924. aastal teenistuja perekonnas. Pärast Tallinna 8. keskkooli lõpetamist 1942. aastal töötas ta Tallinna apteekides. 1944. aastal astus Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna farmaatsiaosakonda, mille lõpetas 1948. aastal. Samast aastast alates töötab ta Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis, olles algul laborandi, seejärel nooremteaduri ja 1958. aastast alates vanemteaduri ametikohal. 1957. aastal kaitses I. Veldre Moskvas väitekirja «Vesivarustusallikate sanitaarkaitse põlevkivitööstuse reovetega saastumise eest» ja talle anti bioloogiakandidaadi kraad. 1962. aastal sai ta vanemteaduri kutse hügieeni alal.

I. Veldre on trükkis avaldanud veekogude sanitaarkaitset käsitleva monograafia ja üle 110 teadusliku artikli, neist 51 doktoriväitekirja teemal.

Harri Jänes

TERVISENÄDAL HARJU RAJONIS

REIN RANNAMÄE

Tallinn

UDK 614.39

Sanitaartöötajate põhiprobleemiks on soolenakkuste profülaktika.

Soolenakkuste leviku iseärasusi arvestades on otstarbekas korraldada üritusi, mis tervishoiualaste teadmiste levitamise kõrval tõmbaksid elanikkonda laialdasemalt kaasa sanitaariaalaste küsimuste lahendamisele. Üks selliseid töövorme on tervisenädal.

Sanitaartöötajad korraldasid rajoonis tervisenädala 3. kuni 9. septembrini 1973. a. Selline ettevõtmine sai rajoonis teoks ka 1972. aastal 25. septembrist kuni 2. oktoobrini, kuid seekordne tervisenädal oli paremini ette valmistatud ning ürituste poolest ulatuslikum.

Tervisenädala põhiteema oli soolenakkuste profülaktika. Juba mitu aastat järjest on rajoonis sügise saabumisel tekkinud soodne olukord soolenakkustesse haigestumiseks. On ilmnunud puudusi asulate heakorrastuses ning ühiskondliku toitlustamise ettevõtetes ja piimafarmides. Mitmes asulas ja majandis on halvenenud vee kvaliteet.

Sanitaartöötajate kõrval võtsid tervisenädala korraldamisest osa rajooni rahvakontrollikomitee ning täitevkomitee haridus- ja kultuuriosakond.

Tervisenädala põhiliste ürituste plaan kinnitati rajooni täitevkomitees. Selles nähti ette ülesanded kõikidele ametkondadele. Need tehti teatavaks kohalikele nõukogudele, majanditele, ettevõtetele ja asutustele. Töö paremaks korraldamiseks moodustati komisjonid administratsiooni, rahvakontrolligrupi ja ametiühingu kohaliku komitee esindajatest. Komisjonide ülesanne oli välja selgitada põhjused, mis halvendasid sanitaarset olukorda ja võiksid soodustada soolenakkuste levikut; otsus-

tati, mida nende puuduste kõrvaldamiseks ette võtta.

Mitmes kohalikus nõukogus (Kehra, Vasalemma, Anija) on istungjärgudel koos heakorrastuse küsimustega arutatud tervisenädala korraldamist. Kontroll tervisenädala kordamineku üle on ka rajooni alalise kommunaalkomisjoni liikmete kohustus.

Tervisenädala lõpul esitati andmed sanitaar- ja epidemioloogiajaamale.

Tervisenädalal puhastati ja heakorrastati elamute ja tootmishoonete ümbrust. Mitmes asulas ja majandis (Kehra alev, Saku asula, Riisipere sovhoos, Tallinna Näidislinnavabrik jt.) korraldati heakorrastuse hoogtööpäevi. Kontrolliti veevõtuallikate tehnilist seisukorda. Rohkesti elanikke ja asutusi pöördus sanitaarteenistuse poole palvega kontrollida oma kaevude vee kvaliteeti. Ühiskondliku toitlustamise ettevõtetes, kauplustes, piimafarmides, koolieelsetes lasteasutustes ning koolide sööklates viidi läbi sanitaarpäevi ja suurpuhastusi. Koolides pöörati tähelepanu puhta joogiveega varustatusele. Samuti kontrolliti kanalisatsiooni ja heitvete puhastuse seadmete tehnilist seisukorda ja nende töörežiimi.

Tervisenädala õnnestumisele aitasid kaasa kohalikud nõukogud. Nende tervishoiu- ja kommunaalkomisjonid korraldasid kontrollreide. Komisjonide tööst võtsid osa sanitaarvelskrid. Ka individuaalmajade omanikud heakorrastasid oma territooriumi.

Suurt tööd tehti koolides ja koolieelsetes lasteasutustes tervishoiuteadmiste süvendamisel ja isikliku hügieeni nõuete propageerimisel. Palju tehti selle heaks, et hügieeninõuetest kinni-

pidamine saaks igapäevaseks harjumuseks. Lisaks meditsiinitöötajatele vestlesid klassijuhatajatundides tervishoiuteemadel ka õpetajad. Paljudes koolides ilmus temaatiline seinaleht ja sisustati tervisenurki. Nissi, Alavete, Aegviidu 8-kl. koolis ja mujal toimusid tervisehommikud ning korraldati viktooriine. Hoogustus sanitaarpostide töö.

Koolieelsetes lasteasutustes organiseeriti isikliku hügieeni alast näitlikku agitatsiooni ning vastavasisulisi mängu. Meditsiinitöötajad vestlesid lastevanematega ja pidasid loenguid soolenakkuste profülaktikast, levitasid sanitaarhariduslikku kirjandust, sisustasid tervisenurki jne. Raviastutused tugevdasid kontrolli sanitaar-epidemioloogilisest režiimist kinnipidamise üle lasteasutustes. Süvendati lasteasutuste töötajate sanitaaralaseid teadmisi. Meditsiinitöötajad tutvustasid personalile veel kord metoodilist juhendit profülaktilisest desinfektsioonist ja desinfektsioonist ägedate soolenakkuste puhul. Mitmes lasteasutuses toimusid sanitaarmiinimumi kursused ja sööklatöötajatele täiendavad õppused.

Metoodilise juhendamise kõrval kontrollisid sanitaartöötajad asulate heakorda ja sanitaarseisundit. Sanitaar-

eeskirjade rikkumise eest trahviti 12 vastutavat isikut ning kolm asutust suleti.

Laialdast tervishoiupropagandat tegid meditsiinitöötajad. Väljaspool raviastutust pidasid nad 104 loengut ja 96 vestlust, lisaks sellele 12 vestlust raviastutustes.

Loengutele ja vestlustele lisaks korraldati küsimuste-vastuste õhtuid ja temaatilisi õhtuid (Raasiku ja Tuhala kultuurimajas jm.). Kosel ja Loksal toimusid kohalikud raadiosaated. Raviastutustes ja mitmetes ettevõtetes ilmus seinaleht ja sisustati tervisenurki.

Mitmed ettevõtmised toimusid koos kultuuritöötajatega. Keilas, Kehras, Nissis, Sakus ja mujal näidati sanitaarhariduslikke filme. Nendele eelnes arsti loeng.

Ajalehes «Harju Elu» ilmus rubriigis «3.—9. septembrini — tervisenädal» neli artiklit.

Tervisenädal aitas rajoonis parandada sanitaaringimusi ning tõsta elanike sanitaarkultuuri. Seetõttu on perioodiliselt korraldatavatel tervisenädalatel üksikult korraldatavate sanitaarhariduslike ürituste ees ilmsed eelised.

Harju Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam

Arstiteaduse ajaloost

F. R. KREUTZWALDI KOLM SENITUNDMATUT KIRJA AASTAST 1838

ABEL NAGELMAA VIKTOR KALNIN
Tartu

UDK 61(091)

Eesti NSV Teaduste Akadeemia F. R. Kreutzwaldi nimelise Kirjandusmuuseumi käsikirjade osakonnas leidub kolm F. R. Kreutzwaldi seni avaldamata kirja¹, mis pakuvad huvi arstiteaduse ajaloo seisukohalt. Need kir-

jad on muuseum saanud Karl Johann von Seidlitz'i järeltulijatelt. Seepärast on tõenäoline, et kirjade adressaadiks

¹ KM KO, F 64, M 6:10, 5 lehel. Kirjad ilmuvad F. R. Kreutzwaldi kirjavahetuse I köites, mida praegu ette valmistatakse.

oligi K. Seidlitz. Seda kinnitab ka kirjade sisuga tutvumine.

K. Seidlitz (1798...1885) sündis Tallinnas, õppis aastail 1815...1821 Tartu ülikoolis arstiteadust, lõpetades selle arstiteaduse doktori kraadiga (3). Väitekiri käsitles silmahaigusi eestlastel (6). Ajavahemikul 1822...1826 töötas K. Seidlitz Peterburi mereväehospidalis arstina, seejärel täiendas teadmisi kaks aastat välismaal, ka Pariisis. Aastail 1828...1829 võttis ta osa Vene—Türgi sõjast ja võitles Ast-rahanis kooleraepideemiaga. 1830. aastal määrati ta Peterburi mereväehospidali peaarstiks, 1836. aastal ka sadama meditsiiniinspektoriks (1, 4). Nendel aastatel kasutas K. Seidlitz haigete uurimisel tollal uusi, objektiivseid füüsilisi uurimismeetodeid — perkussiooni ja auskultatsiooni (8). N. Pirogovi kinnitust mööda rakendas K. Seidlitz neid meetodeid hospitaal- ja erapraktikas esimesena Venemaal (9). Esimesena Venemaal võttis ta pleuriidi ravis kasutusele sellise meetodi nagu *paracentesis thoracis* (5) ning esimesena pani ette kunstliku õhkrinna rajamise tuberkuloosi ravis (7). Aastail 1837...1847 oli K. Seidlitz Peterburi Meditsiinilises Kirurgiaakadeemias sisehaiguste professor, ühtlasi siseministeeriumi meditsiininõukogu konsulteeriv liige. 1845. aastal sai ta päranduseks Tartu lähedal asunud Meeri ja Unipiha mõisa, mille ta hiljem maha müüs, ise aga asus elama Tartusse (4, 7). Seejärel võib arvata, et F. R. Kreutzwaldi olid K. Seidlitziga sidemed ka hiljem, seda enam, et K. Seidlitz oli õpetatud Eesti Seltsi liige ja üks Eestimaa Kirjanduse Ühingu asutajaid Tallinnas (4).

F. R. Kreutzwaldi kirjad K. Seidlitzile on ühed varajasemad säilinud kirjavahetusest ning pakuvad huvi seetõttu, et neis näeme teda kui tähelepanelikku ja asjatundlikku internisti.

F. R. Kreutzwald esitab kirjades ühe tervikliku haigusloo. Patsiendiks on olnud paruniproua Sophie von Hahn (sünd. von Graimberg), kes oli pärit Mannheimist ning abielus tollal Peter-

buris elanud ja siseministeeriumi teenistuses olnud Kuramaa paruni Paul von Hahniga (2). Nähtavasti on F. R. Kreutzwald kirjutanud K. Seidlitzile kui tunnustatud internistile ja hiljuti professoriks ning meditsiininõukogu konsulteerivaks liikmeks saanud isikule patsiendi enda soovil.

Esimene kiri pärineb 4. oktoobrist 1838. Adressaadi nime sellest ei selgu. Kirja algus (või oli see haigusloo saatekiri?) puudub (vt. tahvel VI). F. R. Kreutzwald oli patsiendi, kellel enne paari päeva jooksul esinenud kerge palavik, läbi vaadanud 2. oktoobril. F. R. Kreutzwald kirjeldab üksikasjalikult haiguse kliinilist pilti ja leiab, et haigusprotsess on katarraalset laadi, sest kõikide haiguste puhul seltsivat katarraalsed soolte ärrituse nähud. Ta on kasutanud sümptomaatilist ravi tollal käibel olnud vahenditega. 4. oktoobri õhtuks ilmunud patsiendil nahale leetrilööve. F. R. Kreutzwald hindas haiguse prognoosi soodsaks, seda enam, et patsiendil alanud menstruaatsioon.

Teine kiri 8. oktoobrist 1838 on pealkirjastatud «Tema Ekstsellentsi paruniproua von Hahni haiguse kulg». F. R. Kreutzwald kirjutab, et eelmises kirjas toodud katarraalsed nähud arenesid 5. oktoobri ööl vastu 6-ndat leetriteks, mis aga paistavad healoomuliseks jäävat ning oma normaalse käigu läbi tegevat. Nahalööve oli täielikult välja löönud. Esinesid mõõdukas palavik koos närvisüsteemi mõningase erutusega, nõrk kõha lokaalsete valudeta; seedimine funktsioneeris üsna korrapäraselt, menstruaatsioon kulges normaalselt nagu päevilgi, mil tervis hea oli. Ravimite andmise peale rinnasiirupi kõha vaigistamiseks ja palderjani-leotise närvierutuse alandamiseks arvas F. R. Kreutzwald selles haigusstaadiumis mittevajaliku olevat. Vajaliku arvas ta olevat pärast palaviku kadumist ka higistamisele kaasa aidata. F. R. Kreutzwald on kasutanud tollal levinud toa pimendamise võtet, et leetrihaige silmade valutundlikkust vähendada. Seoses viimasega mainib ta, et

sellele kirjale saabuvat vastust võib patsient juba ise lugeda.

Kirjast võib järeldada, et F. R. Kreutzwaldi patsiendiks oli ka paruniproua poeg Adolf, pärastine sõjaväelane ja mõisaomanik Kuramaal. Ta õppis Võrus Krümmeri kasvatusasutuses², mille arstiks F. R. Kreutzwald teatavasti oli. Viimane mainib kirjas, et Adolf on juba paranemas, kuid ei tohi veel koolis ega ema vaatamas käia. Küllap oli paruniproua tulnud Võru poega vaatama, siin haigestunud ning seeläbi F. R. Kreutzwaldi ravialuseks saanud.

Kolmas kiri 27. detsembrist 1838 on adresseeritud «Kõrgestisündinud härra kolleegiuminõunikule, kõrgestiaustatud härra kolleegile». Selle on F. R. Kreutzwald kirjutanud seoses adressaadi palvega³ saata mõned märkmed paruniproua tervisliku seisundi kohta. F. R. Kreutzwaldi kolmas kiri on nagu paruniproua haiguse ja selle ravi kokkuvõte — epikriis. Selgub, et leetrite paranemisjärk kujunes aeglaseks ja kaasnesid tüsistused. Oktoobri lõpul omandas keel endise oleku, söögiisu paranes, kõhulahtisus ja -kinnisus aga vaheldusid endiselt. F. R. Kreutzwald jättis ravimite andmise ära (vt. tahvel V).

8. novembri öhtul leidis ta patsiendi eest kerges palavikus. Öösel enne seda oli tekkinud kõhulahtisus, millega kaasnes kerge koolik; keel oli natuke kaetud, parempoolne maksasagar surumisel mõõdukalt valutundlik. Selle põhjuseks pidas F. R. Kreutzwald kerget külmetust 6. novembril. Ta kirjutas ette dieedi reguleerimise, voodis viibimise, määras ka soojad kõhumähised ja seespidiselt oksejuureleotist, araabia kummit ning oopiumitinktuuri, mis haigusnähud paari päevaga kõrvaldasid. Alles jäi närvisüsteemi kõrgenenud erutus, mille aluseks F. R. Kreutzwald pidas nõrkust. Ta soovitas ajutiselt keha- ja vaimurahu ning 21. novembril kirjutas prooviks eeterlikku raudklooriiditinktuuri. Patsient oli arstimit võtnud ainult kahel päeval ning hir-

must hambaid kahjustada sellest loobunud, mistõttu F. R. Kreutzwald ei saanud ravimi toime üle otsustada.

15. detsembri öhtul tekkinud paruniproual väljaskäimise tõttu äge koolik. F. R. Kreutzwald arvas selle lähtuvat parempoolsest maksasagarast, mis oli veidi tursunud ja surumisel tundlik. Valulisele kõhupiirkonnale asetaski F. R. Kreutzwald soojad mähised, sissevõtmiseks kirjutas oksejuureleotist, koerapöörirohu ja võilillejuure ekstrakte (kõik ravimid kirjutas ta tollal tarvitusel olnud Nürnbergi meditsinaalkaaluühikutes — untsides, drahmides, semiuntsides, semidrahmides, graanides). Sinepitaignaga võidmisel vaibus koolik kohe. Järgmisel öhtul oli koolik kordunud, palavik tõusnud. Peale selle oli jäänud ka maksa valutundlikkus, mida F. R. Kreutzwaldil õnnestus kaotada verelaskmisega, milleks kasutas kaanide abi.

26. detsembril pöördus paruniproua jälle F. R. Kreutzwaldi poole neli päeva kestnud kõhukinnisuse pärast. Selle kõrvaldanud lavemendi manustamine. Sissevõtmiseks määras F. R. Kreutzwald veel viinhappekaaliumi ja võilillejuure ekstrakti.

Eespool mainitud sümptoome kokku võttes nõustus F. R. Kreutzwald K. Seidlitziga arvamusega, et haiged on maks, mao ja soolte limanahad. Ta arvas, et maksas on ummistused, mis ühelt poolt takistavad sapieritust, teiselt poolt aga soodustavad haiges elundis hüperemiat. Soolte limanaha ärritus tulevat F. R. Kreutzwaldi arvates nähtavasti haige asteenilisest seisundist.

Edaspidiseks soovitas ta lahustavaid vahendeid ja mõruaineid härjasapi samaaegse sissehõõrumisega, suvel

² ENSV RAKA, f. 402, nim. 2, s.-ü. 8523, l. 105.

³ Seidlitz'i vastuseid Kreutzwaldile pole leitud. Arvatavasti andis ta need edasi paruniprouale.

⁴ V. Priessnitz (1790... 1851) — austria talupoeg, vesiravi propageerija ja vesiravila asutaja 1826. a. Gräfenbergis, praegu Tšehhoslovakkia SV-s.

vadakuuri. Kõige tõhusamaks pidas F. R. Kreutzwald vesiravi, mis tema praktikas neli aastat tagasi oli suurepäraselt abi toonud mitmesuguste haigusvormide puhul, mille aluseks on «tõkestused abdoomenis». Et paruniproua kavatses järgmisel suvel välismaale reisida, siis soovitas F. R. Kreutzwald igasuguste mineraalveeallikate asemel Priessnitzi vesiravilat Gräfenbergis.⁴ Ta oli veendunud, et selline raviviis normaliseeriks mitte üksnes limanahkade ja maksa funktsiooni, vaid mõjuks ülihästi eriti närvisüsteemile.

F. R. Kreutzwald ei pidanud Võrus viibimist üksilduse ja üksluisuse tõttu patsiendile hästi mõjuvaks — see kahjustavat närvisüsteemi nagu korduv ühtede ning samade akordide võtmine head muusikariista. Lõpuks tänas F. R. Kreutzwald «kõrgesti lugupeetud härra ametivenda» suure heatahtlikkuse eest, millega see tema raviviisi hinnanud on.

See oli F. R. Kreutzwaldil ka kõrgemast seisusest patsiente. Ta on kon-

sultatsiooni saamiseks pöördunud Peterburi professori poole, kes tema ravimeetodeid on tunnustanud.

KIRJANDUS: 1. Album academicum der Kaiserlichen Universität Dorpat. Dorpat, 1889. — 2. Deutsch-baltisches biographisches Lexikon 1710—1960. Köln—Wien, 1970. — 3. Recke, J. F., Napiersky, K. E. Allgemeines Schriftsteller- und Gelehrten-Lexikon der Provinzen Livland, Esthland und Kurland. Mitau, 1832, IV. Bd. — 4. Recke, J. F., Napiersky, K. E. Nachträge und Fortsetzungen. Mitau, 1859, I. Bd. — 5. Schmidt, J. F. De empyemate et sequela pleuritidis. Diss. inaug. med. Dorpat, 1834. — 6. Seidlitz, C. J. De praecipuis oculorum morbis inter Esthonas obviis. Diss. inaug. med. Dorpat, 1821. — 7. Багдасарьян С. М. Очерки истории высшего медицинского образования. К истории Военно-медицинской академии. М., 1959. — 8. Калинин В. В. В кн.: Из истории медицины, т. V. Рига, 1963, 183—193. — 9. Пирогов Н. И. Собрание сочинений, т. 2. М., 1959.

*Eesti NSV TA Keele ja Kirjanduse
Instituut*

TRÜ Arstiteaduskonna hügieenikateeder

MILLAL EESTIS ESMAKORDELT RÕUGEID PANDI!

LEMMING ROOTSMÄE

Tartu

UDK 615.375(091)

Pärast vaktsineerimise kasutuselevõttu Edward Jenneri poolt 1796. a. hakkas see rõugepookimise meetod kiiresti levima ja jõudis 1800. a. ka Venemaale. Kirjanduse andmeil toimusid esimesed vaktsineerimised Riias 1800. a. ja Moskvast 1801. a.

Eestis võttis vaktsinatsiooni senistel andmetel esimesena kasutusele Tallinnas Harju kreisi arst Gottlob Andreas Friedrich Schütz 1800. a. lõpul või 1801. a. algul (2). Uuemal andmeil võib esimesi vaktsineerimisi Eestis nihutada veelgi varajasemale ajale. Tallinna lin-

nafüüsiku ja politseiarsti Karl Johann Nybergi ettekandest 4. novembril 1805 Eesti kubermangu arstivalitsusele selgub, et tema on veiserõugeid pookinud juba 28. märtsil 1800 ja sealt peale kuni 4. oktoobrini 1805 teinud seda kokku 85 lapsele* (vt. foto tahvlil VI). Kui seda seletust uskuda, siis võib küll K. J. Nybergile omistada esimese vaktsineerija au nii Baltikumis kui ka kogu tolaeagsel Venemaal.

* ENSV RAKA f. 31, nim. 50, s.-ü. 168, l. 16.

Karl Johann Nyberg sündis Tallinnas 1759. a. Pärast arstiteaduse doktori kraadi saamist Jena ülikoolis 1783. a. anti talle õigus tegelda vabakutselise arstina Venemaal. Aastatel 1784... 1788 töötas ta Paldiskis kreisiarstina, oli siis 1792. a. alates Tallinna linnafüüsik (esimesel neljal aastal dr. Hermann Bluhmi adjunktiks), päris 1796. a. tõe-

näoliselt endale ka politseiarsti koha, kuni ta 1810. aastal ametist tagasi astus. Ta suri Tallinnas 1812. a. (1).

KIRJANDUS: 1. Brennsohn, I. Die Aerzte Estlands. Riga, 1922, 287—288. — 2. Gustavson, H. Meditsiinist vanas Tallinnas. Tln., 1969, 47.

Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam

Konverentsid ja nõupidamised

EESTI NSV OTORINOLARÜNGOLOOGIDE V KONVERENTS peeti 21. ja 22. juunil 1973. Tartus. Teadlasi ja praktiseerivaid arste oli kogunenud üle 150. Külalisesinejaid oli peaaegu kõikidest Nõukogude Liidu juhtivatest keskustest, kokku 15 linnast.

Konverentsi avas Eesti NSV tervishoiuministri asetäitja O. Tamm. Tervituskõne pidas Tartu Riikliku Ülikooli rektor professor A. Koop.

Peale kahe plenaaristungi toimus neli sektsiooniistungit, kus esitati 75 ettekannet ja arutati 35 ettekannet varem ilmunud materjalide põhjal.

Ülevaate otorinolarüngoloogiast 80 aasta jooksul Eestis andis Eesti NSV Otorinolarüngoloogide Teadusliku Seltsi esimees, Eesti NSV teeneline teadlane professor E. Siirde. Esineja rääkis, et kuigi kõrva-, nina- ja kurguhaigusi on Tartu ülikoolis lugenud kirurgid või terapeudid juba 1843. aastast alates, rajas otorinolarüngoloogia kui iseseisva distsipliini Tartu ülikoolis ja järelkult ka Eestis professor H. Koppel (1864... 1944).

Uusi andmeid Corti elundi kuulmisrakkude elektronmikroskoopilise ja histokeemilise uurimise kohta esitas Leningradi teadlaste kollektiiv (M. Plužnikov, B. Mletšin, V. Anitsin jt.). Kõrgsageduslik heli (4000 Hz) tugevusega 100 dB ja kestusega kuni 4 tundi ei põhjusta veel kuulmisrakkude kahjustust, kui sellele järgneb tunniline puhkus (vaikus). Kuue tunni kestusega heliärritusele peab järgnema 6-tunniline ja 9- kuni 12-tunnilisele heliärritusele 60 tunni pikkune puhkus.

Audioloogiaalaseid küsimusi puudutasid

V. Sargava, T. Siirde, I. Jakovleva, A. Kängsepp jt. Kõrva reograafiast kõnelesid A. Kravtšenko, G. Kortšagov, A. Abramova, toksoplasmooosi osatähtsusest kuulmishäirete tekkes lastel kõneles M. Kukk. Kuulmise iseärasustest eksudatiivse keskkõrvapõletiku puhul rääkisid I. Goldmann ja I. Riman. Mitmes ettekandes oli juttu otoskleroosi kirurgilisest ravist (H. Kruuse, D. Kiiraja, V. Gukovitš jt.) ja vestibulaaraparaadi uurimist elektronüstagnograafi abil (H. Alev, K. Kuldma, J. Müürsepp, A. Bartenjeva jt.).

Ninahaigustest käsitleti peamiselt allergilise rinopaatia etiopatogeneesi (N. Loogna, A. Luts, L. Burmeister), nina limaskestast funktsionaalset seisundit (A. Luts, E. Lillak, S. Sibul, K. Mirazizov jt.), diagnoosimist (A. Jents, S. Sibul, A. Luts) ja ravi (A. Jents, V. Rodin kaasautoritega, S. Sibul, Z. Umanov ja L. Tšerevko).

Tonsillide patoloogiast olid esikohal ettekanded, mis selgitasid antigeen-antikeha reaktsioone (E. Gaudin jt.), vere biokeemilisi muutusi (A. Ševtšenko kaasautoritega) ja töötingimuste osatähtsust tonsilliitide geneesis (A. Vainštein). Toksilis-allergilise ja lihtsa kroonilise tonsilliidi vormi diferentsiaaldiagnoosimist lokaalse ja perifeerse leukotsütoosi alusel käsitles autorite kollektiiv E. Siirde juhtimisel. Suulaemandlite morfoloogilis-histokeemilisest ja kliinilis-laboratoorsest uurimisest kõnelesid autorite kollektiivid S. Grobšteini ja T. Mjasnikova juhtimisel.

Kõrivähi probleeme arutasid mitme autorite kollektiivi esindajad: I. Voznessenskaja, A. Škaudöbin, A. Kravtšenko, V. Sillastu,

V. Liiv, L. Mičevicius, U. Siirala ettekanne, milles kõneldi larüngektoomia läbi teinud haigete klubist, oli saadetud Helsingist. E. Siirde ja V. Särğava kõnelesid kõri elektromüograafiast ja fonatsiooni uurimisest ostilloskoobi abil. L. Ahu esitas andmeid kõrihaiguste funktsionaalse röntgendiagnoosimise kohta.

L. Buhmani ja E. Begaki ettekanne käsitles trahheotoomia komplikatsiooni lapsee respiratoorsete viirushaiguste puhul ja nende röntgendiagnoosimist. Traheotoomia vajadus lapsel esineva respiratoorse viirushaiguse puhul põhjustas elavat diskussiooni. Leiti, et aerosooli sissehingamine kuuma vee auruna (lapse viimine vannituppa) on algava hingamispuudulikkuse korral kõige tõhusam.

Mitu ettekannet oli otorinolarüngoloogia kutsepatoloogiast (A. Vainstein, V. Rodin, V. Ostapkovitš, A. Luts, A. Brofman, S. Sibul).

Konverentsi ettekanded publitseeriti kogumikus.

Arvid Luts

EESTI NSV FARMATSEUTIDE I KONGRESS toimus 25. ja 26. oktoobril 1973 Tallinnas. Kongressile on sõjajärgseil aastail eelnenud 14 apteegitöötajate teaduslik-praktilist konverentsi.

Kongressist võttis osa 291 delegaati ja 26 külalist. Kuulati ära 22 ettekannet.

Avasõna ütles Eesti NSV tervishoiuministri esimene asetäitja E. Kama. Kongressi põhi-teemat «Eesti NSV elanikkonna varustamine ravimitega ja selle edaspidise parandamise abinõud NLKP XXIV kongressi otsuste valguses» käsitles I plenaaristungil pikemas ettekandes Apteekide Peavalitsuse juhataja I. Podolski. Ettekandest selgus, et vabariigi apteegivõrk on tihedamaid Nõukogude Liidus. Uusi apteekte vajame ainult linnade uutesse elamurajoonidesse. Maa-apteekide olukorda aga tuleb parandada ja paigutada neid ümber kooskõlas maa-asulate väljaarendamisega. Selleks et ära kasutada apteegimajanduse sisemisi reserve, seisab ees üleminek uuele planeerimis- ja majandusliku stimuleerimise süsteemile.

Ülevaate farmaatsia teadusliku uurimise põhisuundadest esitas A. Tentsova. Ravimtaimede tundmaõppimise ja ravimite valmistamise ning nende analüüsi meetodite väljatöötamise kõrval pööratakse Nõukogude Liidus suurt tähelepanu ka organisatsioonilis-majanduslikele uurimistele. Kokku uuritakse ligikaudu 500 teemat.

Eesti NSV apteekte iseloomustas allakirjutanu ja rääkis nende väljaarendamisest.

II plenaaristungil tehti kokkuvõtteid Kont-



Eesti NSV farmatseutide I kongressilt.

rollanalüüsi Kesklaboratooriumi tööst (D. Luik) ja uurimustest töö teadusliku organiseerimise valdkonnas (E. Jürgenson). Ravi-asutuse apteegi töö korralduse kogemustest kõneles M. Reinhold. Eesseisvat majandusreformi tutvustas I. Plaan ja Apteekide Peavalitsuse süsteemi raamatupidamise reorganiseerimist B. Hein.

26. oktoobril jätkus töö ravimtaimede uurimise ning ravimite tehnoloogia, farmakoloogia ja analüüsi sektsioonis. Ogaõuna uurimist käsitlesid V. Koppel, I. Tammaru, A. Kruse ja J. Tammeorg. Teine tähtsam vabariigi teadlaste uurimisobjektiks olev taim on kummel, mille kohta oli kaks ettekannet. E. Arak tõestas, et kummelit võiks edukalt kasvatada meie majandites. Lühike ülevaade bambus-rohu eri liikides esinevate antitumoroosse toimega polüsahhariidide uurimisest saadi T. Ilo-metsalt.

Teises sektsioonis oli huvipakkuvamaks A. Tentsova ettekanne biofarmaatsiast. Käsitleti veel pindaktiivseid aineid (L. Kirsch), põlvitamiinipreparaatide koostist ja analüüsi (I. Kruse, M. Paavo) ning Eesti NSV elanike toitumist (E. Vagane).

III plenaaristungil kõnelesid farmaatsia ajaloost J. Tammeorg ja H. Gustavson. Tehti teatavaks apteegiasutuste ajaloo koostamise võistluse tulemused.

Muule lisaks peeti ära ka Eesti NSV Farmaatseutide Teadusliku Seltsi aruande-valimiskoosolek. Seltsi töö aruande ajavahemikul 1967...1973 esitas seltsi esimees J. Tammeorg ja revisjonikomisjoni aruande M. Reinhold. Seltsi auliikmeteks valiti proviisorid-veteranid V. Pasmel, E. Karu ja B. Mirov. Seltsi juhatus on nüüd järgmine: J. Tammeorg (esimees), I. Podolski, P. Zobel, S. Pedak, D. Luik, H. Kangro, E. Vagane, H. Paris, M. Reinhold, L. Tungla, S. Tomingas, L. Kaasikmäe, H. Sikut, E. Paugus, O. Toots. Revisjonikomisjoni valiti E. Kuik (esimees), A. Karus, A. Loderaud.

Piia Zobel

TERVISHOIUORGANISAATORITE NÕUPIDAMINE toimus 14. septembril 1973. a. Paides. Kokku olid tulnud linnade tervishoiuosakondade juhatajad, rajoonide peaarstid ja nende asetäitjad. Niisuguseid iga-aastasi nõupidamisi korraldatakse 1969. aastast alates. Esimene peeti Tartu rajoonis, järgmi-

sed Jõgeva, Kingissepa ja Haapsalu rajoonis. Nende eesmärk on ravi- ja profülaktikaasutuste töö parandamine ning rajoonide (linnade) raviasutuste tegevusega tutvumine.

Paides olid arutelu teemadeks tervishoiuasutuste töö korraldus viiepäevasel töönädalal, rahaliste vahendite otstarbekas kasutamine tervishoiuasutustes, meditsiinitöötajate kutse-etiika, ajutise töövõime kaotusega haigestumine, arstiabi Paide rajoonis ja arenguperspektiivid. Sellealastel teemadel rääkisid tervishoiuministri esimene asetäitja E. Kama, ministeeriumi osakonnajuhatajad M. Palignõmm ja J. Luberg, ravivalitsuse juhataja N. Ajasta ja Paide rajooni peaarst S. Ratnik. Sõna võtsid M. Sikk, H. Noor, P. Rahu ja U. Noorväli.

Niisugused nõupidamised, kus tutvustatakse ka raviasutuste tööd, aitavad kaasa haiglate töö paranemisele, end õigustanud töövormide evitamisele ja vigade ärahoidmisele.

Niin Ajasta

RAHVUSVAHELINE SÜMPOOSION, millest võtsid osa Eesti NSV ja Ungari RV teadlased, arstid ja farmatseudid, toimus 11. septembril 1973. aastal Tallinnas ning oli korraldatud Nõukogude Liidu ja Ungari RV teaduslase koostööna. Sümpoosionil tehti kokkuvõtteid uemate Ungari RV-s toodetavate ravimpreparaatide üks aasta kestnud aprobeerimise tulemustest Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna kliinikutes, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kliinilistes osakondades ning vabariigi suuremates haiglates.

Ungari RV toodab enam kui 500 patenteeritud ravimit ja ekspordib oma farmaatsiatööstuse tooteid ligikaudu 90 riiki.

Sümpoosioni avas Eesti NSV tervishoiuministri esimene asetäitja E. Kama. Osavõtjaid tervitas firma «Medimpex» teaduslik direktor arstiteaduse doktor E. Zajta. Ettekandeid oli 28, millest Eesti NSV teadlased ja arstid esitasid 19, ungarlased üheksa. Sisehaiguste ravis kasutatavaid preparaate käsitleti 19, psühhiaatrias ja neuroloogias kasutatavaid üheksas ettekandes.

Uus β -blokaator trasikoor oli vaatluse alla võetud professor E. Besermeni ja arstiteaduse kandidaat J. Varga (Budapest), professor J. Riivi ja kaastöötajate ning arstitea-

Wissenschaftliche Beschreibung der Insel Hahnhaug von F. R. K.

Die im vorigen Bericht angeführten naturhistorischen Auffassungen gelten
für die Insel von S. zum O. u. W. im Verlauf der Küste, welche einen
gehobenen Spaltenlauf bildet, von welchem der Lauf der Insel
zum O. u. W. hin verläuft. Die Insel ist durch den Verlauf der
einigen Abhängigkeit der Insel, welche, nach dem Verlauf der
Längsrichtung, abwärts fließt, abwärts im Allgemeinen gegen
den O. u. W. hin verläuft. Die Insel ist von S. zum O. u. W. hin
verläuft. — Die Insel ist von S. zum O. u. W. hin verläuft.
Die Insel ist von S. zum O. u. W. hin verläuft.

F. R. Kreutzwaldi kirja algus K. J. von Seidlitzile 4. oktoobrist 1838. aastast paruniproua von Hahn haiguse kohta.

L. Rootsmäe

Tableau von der Insel Hahnhaug, welches am 20ten
März 1800 bei dem 4ten October 1808 von dem
ersten wissenschaftlichen Besuche

Wiederholte Anzahl	Die Insel ist von S. zum O. u. W. hin verläuft	Die Insel ist von S. zum O. u. W. hin verläuft	Die Insel ist von S. zum O. u. W. hin verläuft	Die Insel ist von S. zum O. u. W. hin verläuft
55	81	3	1	Die Insel ist von S. zum O. u. W. hin verläuft

Verfasser: Carl. Nyberg
Hahnhaug.



Sümposiooni presiidiumis. Vasakult: professorid E. Besermeni, V. Küng ja N. Elštei, Eesti NSV tervishoiuministri esimene asetäitja E. Kama, arstiteaduse doktor E. Zajta, Eesti NSV tervishoiuministri asetäitja O. Tamm. O. Juhani foto

duse kandidaat B. Libermani ja kaastöötajate, arstiteaduse kandidaatide O. Voloži ja T. Kaljuste töödes. Mitmes töös käsitleti kardioloogia kasutatava lidoflasiini toimet hüperlipideemia korral, samuti diureetikumravi. Uute preparaatide (reasek, bišpaan) kasutamisel gastroenteroloogias peatusid E. Mate (Budapest) ning Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi gastroenteroloogiaosakonna töötajad.

Baltiksi ja maripeeni ravitoimest pulmonoloogias rääkisid arstiteaduse kandidaat E. Raukas, arstiteaduse doktor L. Jannus kaastöötajatega, samuti H. Ede Budapestist. Professor L. Päi kaasautoritega andis hinnangu liigesehaiguste ravis kasutatavale uuele preparaadile oksinasiinile.

Kogemused stugerooni toimest närvihai-guste korral kajastusid professor E. Raudami, L. Urani ja kaasautorite (Budapest) töödes. Tartu psühhiaatrite (professor J. Saarma, arstiteaduse kandidaadid M. Saarma, L. Mehilane, J. Liivamägi jt.) kuus ettekannet, samuti ungari teadlase G. Haicsi teaduslik töö käsitlesid uute psühhotroopsete ravimpreparaatide kasutamist.

Sümposioonile üldhinnangut andes peab märkima, et Ungari RV teadlaste tööd olid

üldistavat laadi, Eesti NSV arstiteadlaste ja praktiseerivate arstide uurimused seevastu rajatud konkreetsete tähelepanekute analüüsile.

Sümposioonist osavõtjaid oli ligikaudu 200, nende hulgas EKP Keskkomitee tervishoiusektori juhataja L. Jakobson ja Tallinna Linna TSN Täitevkomitee esimehe asetäitja Z. Šiškina.

Pole kahtlust, et sümposioon aitas kaasa Ungari RV ja NSV Liidu vaheliste arstiteaduslike sidemete edasisele tugevnemisele.

Natan Elštei

KANTSEROGEENSETE N-NITROSOÜHENDITE SÜMPOOSION peeti 25. ja 26. oktoobril 1973. a. Tallinnas. See oli nimetatud teemal esimene üleliiduline üritus, millest võtsid osa onkoloogid-eksperimentaatorid, biokeemikud ja hügienistid kahekümnest uurimisasutusest.

Ettekannetes, mida oli kokku 55, käsitleti kolme uurimissuunda.

1. N-nitrosoühendite toime uurimine morfoloogia aspektist, transplatsentaarne kantserogenees ja onkoimmunoloogia. Sellest valdkonnast esitasid uurimistulemusi ka Eksperi-

mentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teadurid E. Põldvere, L. Kesa, V. Kadakas, J. Ehvest, O. Kurtenkov, S. Bogovski.

2. N-nitrosoühendite uurimisest biokeemia aspektist kõnelesid L. Kildema, L. Teras, R. Birk, M. Isok.

3. Kantserogeensete nitrosoamiinide ja nende sünteesiks vajalike nitraatide sisaldusest toiduainetes esitasid tööd M. Rooma ja H. Lutsoja Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist ning J. Kann kaasautoritega TPI toiduainete tehnoloogia kateedrist. Viimases on esmakordselt Nõukogude Liidus väga täpsetel kromatograafilistel meetoditel määratud nitrosoamiinide sisaldust kokku kolmekümnes kalasaaduses ning saadud uudeid tulemusi. Uurimised selles suunas toimuvad koostöös Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teaduritega.

Sümposioonil esitasid akadeemik L. Šabad, J. Kann, G. Gortalum ka uuemaid välismaa teadlaste tulemusi. Eespool nimetatud teadlased olid nõukogude delegatsiooni koosseisus osa võtnud rahvusvahelisest nitrosoamiinidealastest nõupidamisest, mis toimus professor P. Bogovski poolt organiseerituna 16. kuni 17. oktoobrini 1973. a. rahvusvahelises vähiuurimise keskuses Lyonis.

Sümposioonist kokkuvõtet tehes andis akadeemik L. Šabad Tallinna teadlaste uurimistele kõrge hinnangu, eriti rõhutades morfoloogiliste ja biokeemiliste tööde kompleksust. Sümposiooni töö tulemused on tähtsad ühelt poolt kantserogeneesi mehhanismide tundmaõppimisel, teiselt poolt annavad need uusi andmeid vähktõve hügieeniliste ja tehniliste profülaktikaabinõude väljatöötamiseks. Sümposioon kulges väga pingeliselt, vaidlustega. Töötati välja üksikasjalik resolutsioon, milles soovitatakse selliseid sümposioone korraldada iga paari aasta tagant. Ühtlasi määrati Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut üheks koordineerivaks keskuseks biokeemiliste uurimiste alal. Sümposiooniks ilmus 92-leheküljeline kogumik «Канцерогенные N-нитрозосоединения — действие, синтез, определение».

Georg Loogna

II ÜLELIIDULINE KARDIOLOOGIDE KONGRESS, kus käsitleti ainult südame isheemiatõbe, toimus 26. kuni 30. juunini

1973. aastal Moskvas. Kongressist võttis osa üle 200 delegaadi ja külalise; meie vabariigist 12 delegaati.

Seitsmel temaatilisel plenaar- ja kaheksal sektiooniistungil kuulati ligikaudu 200 ettekannet, peale selle kuulus 179 ettekannet arutamisele trükitud teeside alusel. Eesti NSV kardioloogidelt oli neli ettekannet.

Kongressi avas NSV Liidu tervishoiuminister B. Petrovski, kes tutvustas kardioloogia praegust olukorda ja arenguperspektiive. Eelkõige rõhutas minister kardioloogide kaadri spetsialiseerumise ja kvalifikatsiooni tõstmise vajadust. Arstide täiendamise institutides tuleb luua kardioloogiakateedrid, ateroskleroosi valdkonnas korraldada kompleksset uurimistööd. Südame ja veresoonte haigusi põdevate haigete dispanseerimine on vaja viia uutele alustele. Seni on Nõukogude Liidus dispanseersel arvel kaks miljonit kardioloogilist haiget, kuid kõikidest südame isheemiatõbe ja hüpertooniatõbe põdevatest haigetest on seejuures arvel vaid 30%. On rõõmustav, et koronaarkirurgia areneb hoogsalt ka meie maal.

Ettekannete ja sõnavõttudega esinesid peaaegu kõik NSV Liidu silmapaistvad kardioloogid. Külalisi oli sotsialismimaadest, USA-st (kardiokirurg M. DeBakey), Saksa FV-st ja Rootsist.

Põhiettekandes käsitles Üleliidulise Kardioloogide Seltsi esimees akadeemik P. Lukomski müokardiinfarkti patogeneesi. On jõutud seisukohale, et koronaartromboosi osa müokardiinfarkti tekkes on keskmiselt 30...40%. Suuremad erinevused üksikute autorite andmetes sõltuvad uurimisviisist ja infarkti tekkimise momendist möödunud ajast. Anatoomilise teguri kõrval, milleks põhiliselt on ateroskleroosiline koronaarsklerosis, peab müokardiinfarkti patogeneesis arvestama veel funktsionaalset laadi tegureid, eeskätt müokardi mikrotsirkulatsiooni ja ainevahetust. Umbes 10%-l juhtudest võib transmuraalne infarkt tekkida koronaarterite üsna väheste muutuste foonil. Et südame isheemiatõbi on tüüpiline humaanhaigus, siis ei ole eksperimendi teel saadud tulemused küllalt adekvaatsed selle haiguse patogeneesi selgitamiseks.

Diskuteerides südame isheemiatõve mõiste üle, ei nõustu akadeemik P. Lukomski mõnede klinitsistide ja morfoloogide (A.

Strukov) arvamusega, et see on grupimõiste erinevate haiguste integreerimiseks. Ta arvab, et tegemist on ühtse, erinevates haigusvormides avalduva patogeneetilise ühikuga. Ka kliinilise diagnoosi vormistamisel südame isheemiatõve korral ei ole veel ühtseid seisukohti, mistõttu hilisemad täiendavad diskussioonid osutuvad vajalikuks.

Kommenteerides üksikuid tähtsamaid küsimusi, võiks mainida järgmist.

Südame isheemiatõve epidemioloogilisel uurimisel on ainult siis väärtus, kui see toimub rangelt unifikatsioonilt (I. Šhvatsabaja, V. Metelitsa). Kahjuks eksitakse selle nõude vastu sageli. Võtlus südame isheemiatõve vastu saab senisest edukam olla üksnes ühtse spetsialiseeritud süsteemi korral: spetsialiseeritud vältimatu abi → spetsialiseeritud kardioloogiaosakond → rehabilitatsiooniosakond → kohalik kardioloogiasanatoorium → kardioloogiadispenser (Z. Januškevičius, R. Ahrem-Ahremovič, I. Bõkov).

Kardioloogiliste haigete dispanserimise kõige efektiivsemaks struktuuriühikuks tuleb pidada kardioloogiadispenserit või -kabinetti, nii nagu need töötavad Kaunases, Vorošilovgradis, Novosibirskis ja mujal (Z. Januškevičius, I. Bõkov, J. Nikitin). Selliste dispanserite asutamist kongressil ametlikult veel ei sanktsioneeritud, mistõttu lähemas tulevikus toimub südame isheemiatõbe põdevate haigete arvevõtmine veel jaoskonnaarstide vahendusel kardioreumatoloogia-kabinettide juhtimisel. Kohalikke võimalusi ära kasutades võib südame isheemiatõbe põdevate haigete dispanserimiseks luua spetsialiseeritud instantse (B. Petrovski, P. Lukomski).

Antikoagulantide ja fibrinolüütiliste preparaatide ordineerimist müokardiinfarkti akuutses staadiumis peeti üldiselt soovitatavaks, kuigi nende osas letaalsuse vähendamisel kaheldi (I. Ganelina, A. Borohov). Antikoagulantide permanentsest kasutamisest müokardiinfarkti profülaktikas ettekanedeid ei olnud. Südame isheemiatõve diagnoosimisel tuleb muude meetodite kõrval laialdasemalt rakendada koronarograafiat (A. Smetnjov, I. Rabkin, I. Šhvatsabaja, A. Marcinkevičius jt.). Selle rakendamisega seoses kerkib päevakorra kroonilise (ja ka ägeda) koronaarpuudulikkuse kirurgiline ravi. M. DeBaey poolt tehtud 3000 müokardi revas-

kulariseerimisoperatsiooni puhune letaalsus on keskmiselt 5%, viimastes seeriates koguni kuni 2%. Nii välismaa kui ka meie autorite publitseeritud andmeil on ka hilistulemused head.

Kõige otstarbekama võttena soovitatakse müokard revasculariseerida, luues aordi ja pärgarterite vahel ühenduse (M. Knjazev, A. Pokrovski jt.). Muidugi ei tohi üleolevalt suhtuda ka südame isheemiatõve ravimisel seni kasutusel olnud ja üha rohkem täiustavatesse konservatiivse ravi võtetesse, kaasa arvatud aktiivne profülaktika ja rehabilitatsioon füüsilise koormuse kasutamisega (N. Kaverina, V. Popov, A. Vinogradov, L. Mjasnikov, V. Almazov, A. Dubinski, A. Matussova, B. Kuševski, R. Ahrem-Ahremovič, M. Mirahhimov, R. Dibner jt.).

Kongressi töö tulemused üldistati põhjalikus resolutsioonis. Pöörduti NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi poole ettepanekuga koostada südame isheemiatõve vastu võitlemise plaan.

Seltsi esimeheks valiti uuesti akadeemik P. Lukomski. Meie vabariigist kuuluvad seltsi uude juhatusse professor K. Kõrge ja allakirjutanu.

Jaan Riiv

ÜLELIIDULINE NÕUPIDAMINE MEDITSIIINISTATISTIKA ALAL toimus Minskis 18. kuni 21. septembrini 1973.

Põhiettekanne «Statistiline informatsioon tervishoiu arengu käesoleval etapil» oli NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi meditsiinistatistikaosakonna juhatajalt G. Tsernovnõilt. Ta rõhutas tõepärast algandmete, operatiivsema tsentraliseeritud analüüsi ning informatsiooni töötlemise süsteemile ülemineku vajadust. Statistilise informatsiooni kogumisest, selle töötlemisest erinevatel meetoditel, arvutustehnika kasutamise kogemustest ning võimalustest rääkisid Z. Preobraženskaja, A. Romenski ning E. Trubin N. Semaško nim. Üleliidulisest Sotsiaalhügieeni ja Tervishoiuorganisatsiooni Teadusliku Uurimise Instituudist, I. Slutšanko ja E. Šigan Arstide Täiendamise Keskinstituudist, ka liiduvabariikide esindajad. Huvi-
tav oli E. Šigani ettekanne tervishoiuasutuste tegevuse hindamise uudsest meetodikast. A. Romenski rääkis üleliiduliselt korraldatud kompleksel elanike tervisliku seisundi uuri-

misel (aastail 1969...1971) saadud andmete töötlemisest. Üldse kuulati 16 ettekannet ja sõnavõttu.

Nõupidamisest osavõtjatele tutvustati statistiliste andmete töötamise seisukohalt paremate Minski haiglate, Valgevene NSV Tervishoiu Ministeeriumi Arvutuskeskuse ja Onkoloogia Instituudi saavutusi elektronarvutustehnika kasutamisel.

Nõupidamisest võtsid osa I. Levin Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumist ja allakirjutanu Tallinna Vabariiklikust Haiglast.

Kaie Kink

IV ÜLELIIDULINE NAKKUSHAIGUSTE BIOKEEMIA JA MORFOLOOGIA KONVE-

RENTS toimus Riias 2. kuni 4. oktoobrini 1973. a. Osa võttis 395 delegaati, neist 150 väljastpoolt Läti NSV-d. Esindatud olid infektsionistid, morfoloogid, biokeemikud jt.

Töötati kolmes sektsioonis: 1) soolenakkused, 2) piisnakkused (sealhulgas meningokokkidest põhjustatud nakkused ja ägedad respiratoorsed viirusnakkused) ning 3) viirushepatiit.

Sektisioonides kuulati üle 60 ettekande. Põhiline osa konverentsil esitatud töödest on trükkis avaldatud.

Samas toimus ka kolestaasi ja maksarak-

kude puudulikkuse alane üleliiduline sümposium, mida juhatas akadeemik A. Blüger.

Konverentsist võtsid osa ka TRÜ Arstiteaduskonna nakkushaiguste kateedri dotsent E. Tammepõld ja allakirjutanu. Kaks tööd oli nimetatud autoritelt, millest üks esitati ettekandena.

Konverentsi lõpp-plenaaristungil olid kõne all peamised tuleviku ülesanded infektsioonpatoloogia alal: latentsete infektsioonide uurimine, nakkushaiguste patoloogia uurimisel biokeemiliste ja morfoloogiliste meetodite kasutamine, morfoloogide, biokeemikute ja klinitsistide vaheliste sidemete tihenemine.

Joel Aasav

II ÜLELIIDULINE GASTROINTESTINAALSE ENDOSKOPIA SÜMPOOSION

toimus 1973. aasta 2. kuni 5. oktoobrini Dušanbes. Võrreldes Tallinnas 1970. aastal asetleidnud I sümposiumiga, oli temaatika mõneti avardunud ja osavõtjate arv suurem. Kõrvuti ösofago-, gastro- ja laparoskoopiaga oli seekord päevakorras ka töid duodeno- ja koloskoopia valdkonnast. Väliskülalised esitasid mitmeid ettekandeid. Professorid Z. Mařatka ja I. Wittmann käsitlesid vastavalt ösofago- ja koloskoopiat, neist esimene urgentset endo-



II üleliidulisest gastrointestinaalse endoskoopia sümposiumist osavõtjaid: paremalt neljas professor I. Wittmann (Ungari RV) ja kuues professor Z. Mařatka (Tšehhoslovakkia SV).

skoopiat seedetrakti algusosa verejooksude korral. Demonstreeriti filme laparoskoopiast ja koloskoopiast.

Kodumaised osavõtjad pärinesid paljudest linnadest ja vabariikidest, enim ettekandeid oli siiski Moskva ja Dušanbe gastroenteroloogidelt. Väärrib märkimist tõik, et uurimistöös kasutatakse kõikvõimalikke, kuid ainult kiudoptikaga instrumente. Parimaks seni toodetuid peetakse otsevaatega panendoskoope firmade «Olympus» (Jaapan) ja ACMI (USA) toodangust. Need võimaldavad ühe uurimise vältel vaadelda söögitoru, magu ja kaksteistsõrmiksoole algusosa, võtta koetükikesi ja pildistada. Pealegi on nad varustatud nn. külma valgusega.

Mis puutub sümposiooni töö sisulisse külge, siis oli mitut laadi ja mitmesuguse tasemega ettekandeid. Osa esinejaid demonstreeris lausa elementaarset haavandi ja vähi diagnoosimist, kuid samal ajal tutvustati ka kliinilise suunitlusega huvitavaid uurimusi. Nii näiteks jättis õige soodsa mulje V. Smagini ja kaasautorite (Moskva) töö, milles veenvalt tõestati duodenoskoopia eeliseid röntgenuuringu ees kaksteistsõrmiksoole haavandi diagnoosimisel. Kui mitte arvestada paigutist meetoodilist vajakajäämist, siis pakkusid suurt huvi H. Mansurovi juhtimisel Tadžiki NSV-s tehtud epidemioloogilist laadi endoskoopilised uurimised. Püüti selgitada kroonilise gastriidi, maopolüpoosi ja -vähi esinemissagedust erinevates etnilistes rühmades. Üllatas gastriidi sage esinemine Tadžikistanis (60...70%-l elanikest). Sümposioonil selgus mitmeid küsitavusi. Tõestamatult kasutati mõisteid «bulbiit», «püloriit», «hemorraagiline polüpoos» jt. Ei ole veel ühtset seisukohta seedetrakti hemorraagiade ja erosioonide diagnoosimisel ja ikka veel tekib üksteisest möödarääkimisi maovähi varajases diagnoosimises.

Eesti NSV oli sümposioonil esindatud vaid käesolevate ridade kirjutaja ja kaasautorite töödega, mis kaugeltki ei peegelda seedetrakti endoskoopiat meie vabariigis. Meil näib olevat saanud halvaks traditsiooniks mitte esitada omi töid üleliidulistel foorumitel. Ja veel: juba praegu võib kahetsusega nentida, et endoskoopia instrumentaariumi poolest oleme enamikust vennasvabariikidest maha jäänud. Näiteks ainuüksi ühes Dušanbe gastroenteroloogia raviasutuses oli 12 töökorras

kiudendoskoopi, mida intensiivselt kasutati. Kummatigi töötame me oma vabariigis peamiselt «Olympus GFB» tüüpi gastroskoopidega, mis kiudoptikaga endoskoopidega võrreldes on eilne päev. Ei ole liialdatud väide, et praktilise gastroenteroloogia tulevik seotub lahutamatult endoskoopia arenguga.

Sümposiooni resolutsioonis peeti ülimalt vajalikuks korraldada ka edaspidi gastrointestinaalse endoskoopia sümposioone iga kolme aasta järel.

Vello Salupere

**I ÜLELIIDULINE MEDITSIIINIAJALOO-
LASTE KONGRESS** peeti 10. kuni 13. oktoobri 1973 Kišinjovis. Osa võttis ligikaudu 200 delegaati liiduvabariikidest, külalisi märksa enam. Esindatud olid ka Euroopa sotsialismimaade meditsiiniajaloolased. Kongressi korraldamise peaaraskused kandsid Üleliiduline Meditsiiniajaloolaste Teaduslik Selts ja Moldaavia NSV Tervishoiu Ministeerium.

Probleemteemadeks olid meditsiiniajaloo teaduslike uurimiste põhisuunad NLKP XXIV kongressi otsuste valgusel, meditsiiniajaloo historiograafia ja allikateõpetus, meditsiiniajaloo õpetamine. Huvitavamad ettekanded kolmel plenaaristungil olid professoritelt M. Barsukovilt, B. Petrovilt, J. Lissitsõnilt, M. Kuzminilt, A. Georgijevskilt («Historiograafia tähtsus meditsiiniajaloolastes uurimustes»), P. Zabludovskilt, G. Krjutšokilt jt. («Meditsiiniajaloolase hariduse teoreetilised ja organisatsioonilised alused»).

Kokkuvõtteid tehti 12 sektsioonis järgmistel teemadel: sotsiaalhügieeni ja tervishoiu ajalugu, tervishoiu ajalugu liiduvabariikides (ühel istungil käsitleti tervenisti Moldaavia NSV tervishoiu ajalugu), meditsiiniajaloo historiograafia ja allikateõpetus, meditsiiniajaloo õpetamine, kõrgema meditsiinilise hariduse ajalugu, eksperimentaalmeditsiini ajalugu, kliinilise meditsiini ajalugu, mikrobioloogia ja epidemioloogia ajalugu, sõjaväemeditsiini ajalugu, medikute osavõtt revolutsioonilisest liikumisest, meditsiiniajaloo muuseumid, üldmeditsiini ajalugu.

Kongressi kavas oli kokku 360 ettekannet, mistõttu polnud võimalik kõike kuulata ja arutada ühes auditooriumis. Kõigest täielikku

ülevaadet anda on võimatu. Pealegi ilmus kongressi ettekannetest mahukas kogumik.

Eesti NSV-d esindasid delegaatidena S. Ahelik Eesti NSV TA Ajaloo Instituudist ja allakirjutanu. Esimene rääkis Eesti tervishoiu ajaloo (1917...1940) arhiivimaterjali alusel, teine kõrgema meditsiinilise hariduse ajaloo Eestis ja Tartu teaduskeskuse tähtsusest mikrobioloogia ja epidemioloogia arendamisel. Dotsent M. Lõvi ettekande teemaks oli «Hambaarstliku hariduse ajalugu Eestis».

Oli korraldatud näitusi, nagu «Nõukogude meedikute ennatsalgav töö Suure Isamaasõja aastail», «Moldaavia NSV tervishoid nõukogude võimu aastail», «Rariteete Riikliku Teadusliku Meditsiinilise Keskraamatukogu fondidest», «N. Semaško nim. Üleliidulise Sotsiaalhügieeni ja Tervishoiuorganisatsiooni Teadusliku Uurimise Instituudi meditsiiniajaloo osakond» jt.

Viimasel plenaaristungil kuulati Üleliidulise Meditsiiniajaloolaste Teadusliku Seltsi tegevuse aruannet aastaist 1946...1972, kinnitati seltsi uus põhikiri ja valiti juhtivad organid. Endine kauaaegne esimees professor M. Barsukov, V. I. Lenini võitluskaaslane, valiti seltsi auesimeheks. Uueks seltsi esimeheks sai professor J. Lissitsõn, Üleliidulise Meditsiinilise ja Meditsiinilis-Tehnilise Informatsiooni Teadusliku Uurimise Instituudi direktor. Eesti NSV-st valiti seltsi uude juhatusse allakirjutanu.

Resolutsioonis rõhutati historismi tähtsust meditsiiniajaloolastes uurimistes, koostöö vajadust teiste meditsiinierialade esindajatega, samuti ajaloolaste, filosoofide ja bioloogidega, meditsiiniajaloolaste seltside tegevuse aktiviseerimist liiduvabariikides. Peeti vajalikuks Üleliidulise Meditsiini- ja Tervishoiuajaloo Muuseumi asutamist, meditsiiniajaloo õpetamise täiustamist jm.

Viktor Kalnin

VIII ÜLELIIDULINE FTISIAATRITSE KONGRESS toimus Moskvas 15. kuni 18. oktoobrini 1973. Plenaaristungite päevakorras olid tuberkuloositorje organisatsioon, kemoterapia, tuberkuloosi spetsiifiline profülaktika ja klassifikatsiooni muutmine. Istungid toimusid seitsmes sektsioonis —

tuberkuloosi kemoterapia, kirurgilise ravi, lastetuberkuloosi, dispanseerimise, bronholoogia, mikrobioloogia ja kopsuvälise tuberkuloosi alal.

Avaistungil oli põhiettekanne «Peamised ülesanded tuberkuloosihagestumuse edasiseks vähendamiseks NSV Liidus» NSV Liidu tervishoiuministri esimeselt asetäitjalt S. Burenkovilt. Ta analüüsis tuberkuloositorjet ja selle tulemusi liiduvabariikides. Edusammudele vaatamata esineb võitluses tuberkuloosiga veel mitmel pool puudusi ja tuleb ette selleks eraldatud vahendite sihipäratut kasutamist. Rõhutati vajadust parandada vaksineerimist ja revaksineerimist, samuti haigete ravi. Tuleb hoolt kanda selle eest, et kõik inimesed saaksid fluorograafiliselt uuritud. Ettekandes märgiti tunnustavalt Eesti NSV-s tehtud tööd. On vaja laiendada uurimisi tuberkuloositorje hindamiseks majanduslikust seisukohast, uurimisi tuberkuloosi epidemioloogia matemaatilise prognoosimise alal. Tuberkuloositorje mudeli väljatöötamiseks soovitati kasutada raale. Selleks kõigeks on maa eri piirkondades rajatud eksperimentaalbaasid. Ka Eesti NSV on kinnitatud üheks selliseks baasiks.

Kemoterapiaistungil ja -sektsioonis äratas huvi tuberkuloosi krooniliste vormide ravi rifampitsiini ja etambutooliga.

Professor A. Mitinskaja analüüsis tuberkuloosi vastu tehtavate kaitsepoogete tõhusust. Vaktsinatsioon on üks olulisemaid tegureid, mille tulemusena haigestumus laste ja noorukite hulgas on järsult vähenenud. Esi- ja teisejärgulise tuberkuloositorjes saadud tulemused lubavad tõstatada küsimuse revaktsinatsiooni tähtaegade muutmisest, vähendada nende arvu kooliõpilastel kahele (I ja VIII klassis).

Professor I. Katznova pidas vajalikuks rohkem tähelepanu pöörata täiskasvanute vaksineerimisele ja revaksineerimisele, eriti sellele, et vaksineeritaks kõik mitteinfitseeritud täiskasvanud.

Tekkis diskussioon mitmete tuberkuloosi kliiniliste vormide, nagu tuberkuloosne intoksikatsioon, koldeline kopsutuberkuloos, kaverniline kopsutuberkuloos jt., klassifikatsiooni võtmise üle. Kongress uut klassifikatsiooni lõplikult vastu ei võtnud. See anti komisjonile läbi vaadata.

Kongressile esitati Eesti NSV-st kolm ette-

kannet: plenaaristungil allakirjutanult ja H. Pullissaarelt, sektsioonides E. Kaselt ja S. Lavretšovilt.

Kongressi lõpul toimus Üleliidulise Ftisiaarite Teadusliku Seltsi aruande-valimiskoosolek. Uueks seltsi juhatuse esimeheks valiti Tuberkuloosi Keskinstituudi direktor professor A. Homenko. Eesti NSV-st valiti seltsi juhatusse E. Kase, H. Pullissaar ja allakirjutanu.

Endel Kama

GRIPISÜMPOOSION. Üleliidulises Gripi Teadusliku Uurimise Instituudis Leningradis toimus 17. kuni 19. oktoobrini 1973. a. sümposioon teemal «Akuutsete respiratoorsete viirushaiguste epidemioloogia ja profülaktika abinõude tõhusus. Gripi ja muude akuutsete respiratoorsete haiguste kliinik, diagnoosimine ja ravi».

Sümposioonil tõstatatud küsimused on eriti aktuaalsed 1973/1974. aasta sügystalvel, sest prognoosi silmas pidades on oodata epideemiat, mida põhjustavad gripiviirused A₂ ja B.

Põhietekanne oli akadeemik A. Smorodintsevit, kes rõhutas elanikkonna vaktsineerimise vajadust (vähemalt 70% igas kollektiivis), samuti laste kohustusliku vaktsineerimise vajadust. Üleliiduline Gripi Teadusliku Uurimise Instituut soovib gripi-vaktsiini kasutada täiskasvanuil intranasaalselt kaks korda 30-päevase vaheajaga, lastel aga peroraalselt.

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige professor V. Beljakov (Leningrad) peatus gripi epidemioloogia uurimisel. Professor L. Zakstelskaja (Moskva) käsitles gripiviiruse ökoloogiat. Ta esitas seroloogiliste ja epidemioloogiliste uurimiste tulemusi, millest selgub, et gripiviirus kandub üle inimestelt loomadele ja lindudele. Vastupidine viirushaiguse ülekandumine on alles hüpoteetiline. Uurimine jätkub.

A. Sadrini tööst (Leningrad) selgus, et epideemiaaegne gripihaigestumus on sõltuv peamiselt sotsiaalsetest teguritest (elanike liigne tihedus linnades jms.). Teisel kohal on looduslikud tegurid (karm kliima) ja organismi resistentsuse sesoonsed muutused.

Professor D. Zlõdnikovi töös (Leningrad) oli vaatluse all gripi kliinik. Ettekandes juhiti tähelepanu sellele, et mida vähem on «met-

sik» viirus inimese organismiga adapteerunud, seda tugevamini ilmneb toksikoosisündroom. Kui viirus epideemia ajal teeb läbi korduvaid passaaže, hakkavad prevaleerima katarralsed nähud. Gripi ja akuutsete respiratoorsete haiguste kemoprofülaktikat ja -teraapiat käsitledes esitas professor N. Peršin (Moskva) andmeid oksoliini, amantadiini ja selle analoogide, samuti bonaftooni jm. preparaatide ravitoimest.

Sümposioon toimus uude korra järgi. Suure osa liiduvabariikidest ja eri linnadest esitatud töödest ühendasid Üleliidulise Gripi Teadusliku Uurimise Instituudi spetsialistid neljaks ülevaatlikuks koondettekandeks: gripi ja akuutsete respiratoorsete haiguste epidemioloogia, profülaktika, kliinik ja diagnoosimine ning ravi. Seetõttu võideti palju aega, mis kasutati ära diskussiooniks. Et aga sümposiooniks ettekannete teese ega kogumikku ei ilmunud, läks kuuldust mõndagi kaduma.

Meie vabariigist esitati sümposioonil neli tööd. Gripipuhangu epidemioloogilised iseärasused ja gripi profülaktika abinõud Eesti NSV-s aastail 1972...1973 olid vaatluse all O. Tamme, J. Märtini, A. Vorobjova ja allakirjutanu töös. Täiskasvanute profülaktiliste vaktsineerimiste tulemusi 1973. aasta gripi-epideemia perioodil (gripivaktsiini kasutati peroraalselt) analüüsi üksikasjalikult A. Vorobjova, L. Grinšpuni, K. Subi, V. Mihhailova, L. Jakobišvili, J. Kapelmani ja allakirjutanu ühises töös. Analoo-giline uurimus gripi vastu vaktsineerimise tõhususest lastel oli I. Urmani, V. Mirotšniki, E. Vasjutina, K. Subi ja allakirjutanu töö. Kuidas hinnata organismi humoraalset immuunsust respiratoorsete viiruste suhtes bronhiaalastma ja kopsupõletiku juhtudel, seda vaeti J. Karusoo ja K. Subi uurimuses.

Sümposioonil kavandati gripi ja akuutsete respiratoorsete haiguste profülaktika abinõud.

Ludmilla Priimägi

XXII ÜLEMAAILMNE TUBERKULOOSI-KONVERENTS TOKIOS. See peeti 24. kuni 28. septembrini 1973. a. Delegaate oli umbes 2000 enamikust maailma riikidest. NSV Liidu künneliikmelisse delegatsiooni kuulusid ka Eesti NSV esindajad: TRÜ Arstiteaduskonna dotsent H. Sillastu ja allakirjutanu.

Tokio konverentsi põhiprobleemid olid tervishoiuorganite osatähtsus võitluses tuberkuloosiga; tuberkuloosi vastu võitlemine peamiselt arenguriikides, kus see haigus on veel laialdaselt levinud; tuberkuloositõrje ülesanded ja vormid neis maades, kus haigestumus on väike; tuberkuloosi kemoteraapia, tuberkuloosi patogenees ja tuberkuloosist ohustatud elanikerühmade haigestumine.

Plenaaristungil kuulati Jaapani teadlaste ettekandeid tuberkuloositõrjest Jaapanis. Viimastel aastatel on seal suurt tähelepanu pööratud võitlusele tuberkuloosiga, mis toimub kindla programmi järgi. Laialdaselt tehakse kaitsepookimisi tuberkuloosi vastu, toimuvad elanikkonna röntgenfluorograafilised läbivaatused. Selle tulemusena on ka saavutusi, kuid haigestumine tuberkuloosi on ikkagi suur.

Jaapanis ei ole tervishoiu-, samuti tuberkuloosiasutusi veel küllaldaselt, seega on ka võimalusi ebapiisavalt. Arste on iga 10 000 elaniku kohta kolm korda vähem kui meil.

Paljude kapitalismimaade esindajate tööd käsitlesid tuberkuloositõrje organisatsiooni ja ravi sellest aspektist, kuidas vähemate kulu- tustega tuberkuloosi vastu võidelda. Seda silmas pidades püüti mitmes ettekandes põhjendada lühiajalist statsionaarset ja ambulatoorset ravi (K. Karuge Keeniast, professor G. Brouet Prantsusmaalt, F. Poppe de Figueiredo Brasiiliast). Need sõnavõttud kutsusid

esile kriitilisi hinnanguid järgnevas diskussioonis.

Mitmed ettekanded käsitlesid krooniliste tuberkuloosivormide ravi rifampitsiini ja etambutooliga ning tulemused olid olnud head.

Elav mõttevahetus arenes selle ümber, kumb tuberkuloosi haigestumisel on olulisem, kas endogeenne või eksogeenne tegur. Enamik pidas täiskasvanute haigestumisel olulisemaks endogeenset tegurit.

A. Krebs (Saksa DV) ja G. Neuman (Saksa FV) analüüsisid nende täiskasvanute haigestumist tuberkuloosi, kellel eelnevalt on muutused kopsudes või pleural. Seetõttu soovitakse sellised isikud välja selgitada, neid jälgida ja nende suhtes rakendada profülaktikaabinõusid. Eesti NSV-s on niisugused patsiendid tuberkuloosidisperserites ravil juba 1972. a. alates.

Konverentsil esitasid NSV Liidu esindajad neli ettekannet: professor A. Homenko tuberkuloosi patogeneesist, professor I. Bondarev kemoteraapiast (ravimiga suurtes doosides), professor A. Mitinskaja tuberkuloosi vastu vaksineerimisest NSV Liidus ja allakirjutanu tuberkuloositõrjest Eesti NSV-s ning ühiskonna osast võitluses tuberkuloosiga.

Järgmine taoline konverents otsustati korraldada Mehhikos.

Endel Kama

Arstide seltsides

EPIDEMIOLOOGIDE, MIKROBIOLOOGIDE JA INFEKTSIONISTIDE VABARIIKLIK SELTS

HENDRIK PIHL

Tallinn

UDK 614.258.1«1950/1973»

I. I. Metšnikovi nimeline Epidemioloogide, Mikrobioloogide, Infektsionistide ja Hügienistide Vabariiklik Selts asutati 22. detsembril 1950. aastal. Seltsi asutamiskomisjoni kuulusid E. Närnska, N. Slavnin, A. Striž, E. Želan-

dovskaja, M. Tšetverikova, G. Uibo ja K. Vassiljeva. Seltsi esimeheks valiti G. Uibo, kes tol ajal oli Eesti NSV tervishoiuministri asetäitja ning juhtis sanitaar- ja epidemioloogiaasutuste tööd.

23-aastase tegevuse jooksul on seltsi struktuuris toimunud mitmeid ümberkorraldusi. Kõigepealt tuleb mainida Tallinna filiaali rajamist 1951. a., mille juhatuse esimeheks valiti N. Baranov. Tartu filiaal asutati 1956. a. Selle tegevust hakkas juhtima TRÜ Arstiteaduskonna nakkushaiguste ja mikrobioloogiakateedri juhataja professor F. Lepp. 1964. a. asutati Kohtla-Järve ja Narva ühine filiaal, mida asus juhatama Narva Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarst V. Tšinjajeva. 1967. a. eraldusid seltsist hügienistid, kes koos tervishoiuorganisaatoritega omaette seltsi moodustasid. Sellele vastavalt likvideeriti suhteliselt juba niigi väikesearvuline Kohtla-Järve ja Narva filiaal ning muudeti ka I. I. Metšnikovi nimelise seltsi nime.

Vabariikliku seltsi juhatuse esimees- teks on olnud G. Uibo (1950...1953), A. Jannus (1954...1956), K. Vassiljeva (1957...1965), J. Teras (1965...1968) ja H. Pihl (1. oktoobrist 1968. a. kuni siiani).

Seltsi Tallinna filiaalis on juhatuse esimeheks J. Reinaru ja Tartu filiaalis A. Lenzner. Mõlemaid on nendele koh- tadele valitud korduvalt.

Põhikirja järgi on seltsi peamine ülesanne erialase uurimistöö arenda- mine vastavalt vabariigi vajadustele, tervishoiuorganite teaduslik-metoodi- line abistamine, liikmete kvalifikat- siooni tõstmine ja arstiteaduse saavu- tuste populariseerimine.

Tegevus toimub vabariikliku seltsi ja filiaalide juhatustes aasta algul läbi- arutatud ja kinnitatud plaanide koha- selt. Vabariikliku seltsi plaan esitatakse ka I. I. Metšnikovi nimelise Epidemio- loogide, Mikrobioloogide ja Infektsio- nistide Üleliidulise Seltsi juhatusele ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi õpetatud nõukogule. Nendele esitatakse ka aastaaruanne.

Selts korraldab süstemaatiliselt koos- olekuid, millel esitatakse ettekandeid epidemioloogia, mikrobioloogia ja nak- kushaiguste alalt. Selts on olnud üks kaasorganisaatoreid sümposiumide, konverentside ja kongresside korralda-

misel. Neil puhkudel ilmuvad trükist- ettekannete kogumikud. Tuleks nime- tada 1967. a. toimunud diskussiooni viro- loogia alal, sümposiumi 1969. a., kus oli vaatluse all soolenakkushaiguste epide- mioloogia, ägedate soolenakkus- ja vii- rushaiguste konverentsi 1970. a. ja ente- roviiruste sümposiumi 1971. a.

Epidemioloogide, mikrobioloogide, in- feksionistide ja hügienistide vabariik- lik kongress on meil toimunud kahel korral. Esimene korraldati Eesti NSV 25. aastapäeva tähistamiseks 1965. aastal, teine sanitaar- ja epidemioloogia- teenistuse 50. aastapäeva äramärkimi- seks 1972. aastal. Viimasel esitati muu kõrval ka I. I. Metšnikovi nimelise seltsi töö aruanne ja valiti uus juhatuse. Vaba- riikliku seltsi juhatusse kuuluvad L. Grinšpun, A. Jögiste, H. Kreek, A. Kuu- sik, M. Martson, A. Lenzner (esimehe asetäitja), H. Pihl (esimees), J. Rein- aru (esimehe asetäitja), Z. Saar, V. Tapupere, A. Tetsov (sekretär) ja A. Vorobjova (laekur). Revisjonikomisjoni valiti A. Fominõhh, I. Urman ja R. Vod- ja (esimees).

Sümposiumidest, konverentsidest, kongressidest ja ka tavalistest töökoos- olekutest on osa võtnud mitmed NSV Liidu silmapaistvad arstiteadlased, nagu akadeemikud A. Bilibin, V. Ždanov, E. Tarejev, M. Tšumakov, professorid E. Novgorodskaja, G. Svet-Moldavski, K. Tokarevitš, M. Vorošilova jt.

Seltsi 20 aasta tegevuse tähistamise istungil Tallinnas olid üleliidulise seltsi peasekretär G. Belikov ja juhatuse liige V. Mihhailovski (vt. foto). Seltsi liikmed on omakorda teaduslikke ette- kandeid esitanud Moskvas, Leningradis ja teistes vennasvabariikide keskustes. Mitme Eesti NSV arstiteadlase ja prak- tiseeriva arsti tööd olid arvatud XV üleliidulise epidemioloogide, mikrobi- loogide ja infektsionistide kongressi programmi Tbilisis 1971. a., samuti võetud 1972. a. Moskvas toimunud XVI üleliidulise hügienistide ja sanitaar- arstide kongressi päevakorda.

Seltsi ligi kahesajast liikmest on 24,5% -l kandidaadi- või doktorikraad. Tavaks on saanud arutada kaitsmisele

I. I. Metšnikovi nimelise Epidemioloogide, Mikrobioloogide ja Infektsionistide Eesti Vabariikliku Seltsi 20. aastapäeva pidulikul istungil. Vasakult: I. Masik, A. Kuusik, Z. Saar, J. Reinaru, O. Tamm, G. Belikov, V. Mihailovski.



esitatavaid dissertatsioone ja neid approveerida seltsi koosolekutel. Vabariikliku seltsi juhatus planeerib aastas vähemalt kaks ühist koosolekut Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi õpetatud nõukogu epidemioloogia probleemikomisjoni (esimees A. Jannus). Nendel on arutatud teadusliku uurimistöö planeerimist ja epidemioloogia aktuaalseid küsimusi. Selliste nõupidamiste tulemusena on Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumile tehtud mitmeid ettepanekuid sanitaar-epidemioloogilise olukorra parandamiseks vabariigis.

Kõige vilkam tegevus toimub Tallinna ja Tartu filiaalis. Nendes linnades korraldatavatest koosolekuteist võtavad osa samuti lähikonna rajoonide sanitaar- ja epidemioloogiajaama töötajad ning muude ametkondade arstid. Maarajoonide arstide huvides on aegajalt korraldatud ka väljasõiduistungeid. Näiteks on Tallinna filiaali spetsialistid viibinud Kohtla-Järvel ja Rakveres. Koos hügienistide ja tervishoiuorganisaatorite seltsiga korraldati 1973. aastal nõupidamine Paides ja Tartus, millest olid osa võtma kutsutud ka sanitaar- ja epidemioloogiajaamade peaarstid. Samal aastal organiseerisid vabariikliku seltsi juhatus ja epidemioloogia probleemikomisjon koosoleku Pärnus.

Vabariikliku seltsi juhatus saab regu-

laarselt I. I. Metšnikovi nimelise Epidemioloogide, Mikrobioloogide ja Infektsionistide Üleliidulise Seltsi juhatuse presiidiumi koosolekute protokollide ärakirju, mis annavad informatsiooni üleliidulise seltsi probleemidest.

I. I. Metšnikovi nimelise Epidemioloogide, Mikrobioloogide ja Infektsionistide Üleliidulise Seltsi juhatuse valiti XV kongressil Tbilisis Eesti NSV-st O. Tamm ja allakirjutanu. Üleliidulise seltsi juhatuse presiidium on mitmeid meie seltsi liikmeid autasustanud I. I. Metšnikovi ja L. Pasteuri mälestusmedaliga.

Seltsil on sidemeid sotsialismimaade ja teiste riikide arstiteadlaste, organisatsioonide ja asutustega. 1964. a. korraldati I. I. Metšnikovi nimelise seltsi liikmetele turismireis Tšehhoslovakkia SV-sse, 1966. a. Saksa DV-sse ja 1972. a. Bulgaaria RV-sse. Rühmiti või üksikult on mitmed arstiteadlased osa võtnud välisriikides korraldatud nõupidamistest, konverentsidest ja ülemaailmsetest kongressidest, kus on ette kantud ka oma teaduslikke töid (A. Jannus, L. Priimägi, R. Silla, V. Tapupere, S. Jöks jt.). Selles suhtes tuleb eriti esile tõsta Eesti NSV Teaduste Akadeemia Zooloogia ja Botaanika Instituudi protozoologiasektorit eesotsas J. Terasega, kes arvukatel välismaistel kokkutulekutel on tutvustanud oma

saavutusi algloomade uurimise alal. Vabariikliku seltsi juhatusel on kirjavahetus Pasteuri Instituudiga Pariisis, kust muu kõrval on saadud fotosid ja kirjandust, mis on abiks olnud I. I. Metšnikovi 125. ja L. Pasteuri 150. sünni-aastapäeva koosolekute korraldamisel.

I. I. Metšnikovi nimelisel Epidemioloogide, Mikrobioloogide ja Infektsionistide Vabariiklikul Seltsil tuleb liik-

mete arvu edaspidi veelgi suurendada. Ühtlasi on tarvis parandada koostööd teiste vabariigis tegutsevate arstide seltsidega. Süvendamist vajab ka suhtlemine vennasvabariikide spetsialistide ja rajataguste teadlastega.

*Tallinna Epidemioloogia,
Mikrobioloogia ja Hügieeni
Teadusliku Uurimise Instituut*

Juriidilist nõuannet

PIDEVA TÖÖSTAAŽI ARVUTAMISE UUED EESKIRJAD

MAIRE PELLA

Tallinn

1. juulist 1973. a. muudeti tööliste ja teenistujate pideva tööstaaži arvutamise korda. 13. aprillil 1973. a. kinnitas NSV Liidu Ministrite Nõukogu oma määrusega nr. 252 «Eeskirjad tööliste ja teenistujate pideva tööstaaži arvutamiseks riikliku sotsiaalkindlustuse toetuste määramisel» (edaspidi «Eeskirjad»), koondades sellega kõik pideva tööstaaži säilitamise sätted ühte põhilisse seadusandlikku akti. «Eeskirjades» tehti mitmeid olulisi muudatusi.

Üldhaigestumise juhtudel oleneb ajutise töövõimetuse toetuse suurus esmajärges pidevast tööstaažist ja ka ametiühingusse kuuluvusest. Nii vanaduspensioni kui ka I ja II grupi invaliididele invaliidsuspensiooni määramisel sõltub pensionilisand pikaajalisest pidevast töötamisest. See kehtib ka üldhaigestumise tagajärjel surnud tööliste ja teenistujate perekondadele toitjakaotuse pensioni määramisel.

Pideva tööstaaži arvestamine ajutise töövõimetuse toetuse, sünnitustoetuse ja pensionilisandi arvutamiseks toimub

nüüd ühiste eeskirjade alusel. On ainult kaks erinevust.

Esiteks, töölistele ja teenistujatele ajutise töövõimetuse toetuse määramisel tehakse pidev tööstaaž kindlaks viimase pideva töötamise kestuse järgi enne töövõimetuse tekkimist. Pensionilisand pideva tööstaaži eest arvutatakse aga sõltumata sellest, millal töölistel või teenistujal see pidev tööstaaž oli — kas enne pensioni taotlemist või kunagi varem.

Teise erinevuse määrab kindlaks «Eeskirjade» punkt 8, mis puudutab ajutise töövõimetuse toetuse määramiseks vajaliku pideva tööstaaži kindlakstegemist endistel kolhoosnikel.

Sellest punktist lähtutakse üksnes ajutise töövõimetuse toetuse, mitte aga pensionilisandi määramisel. Üldreeglina ei arvata kolhoosiliikmena töötamist tööliste ja teenistujate üldisesse ega pidevasse tööstaaži.

Konsultatsiooni korras pole võimalik kommenteerida kõiki «Eeskirjade» sätteid, tooksime esile vaid olulisemad.

«Eeskirjadega» lihtsustati pideva tööstaaži kindlaksmääramise aluseid tunduvalt. Varajasema seadusandluse põhjal oli pideva tööstaaži säilitamiseks mitu võimalust. Mõnel töölepingu lõpetamise juhul pidev tööstaaž ei katkenud, kui vaheaeg töös ei olnud üle ühe, kahe või kolme kuu; teistel juhtudel aga, kui töötaja asus tööle ühe, kahe või kolme kuu jooksul.

«Eeskirjadega» on kindlaks määratud üks üldreegel: ühelt töölt teisele üleminekul säilib pidev tööstaaž sel tingimusel, kui vaheaeg töötamises ei ole üle ühe kuu. Seda juhul, kui «Eeskirjadega» või seadusandluse teiste normidega ei ole kehtestatud teisiti. See säte hõlmab enamikku töölt vabastamise juhtudest. Loetleda neid vaja ei ole, sest «Eeskirjadega» on kindlaks määratud erandid, mil üldreeglit ei rakendata.

Erandid moodustavad kolm põhilist töölt vabastamise põhjuste kategooriat. Esimesse kuuluvad põhjused, millega kaasnevad soodustused uues töökohas tööle asumise tähtaegades (peamiselt kaks või kolm kuud), et pidev tööstaaž säiliks. Teine kategooria ühendab need põhjused, mille puhul pidev tööstaaž säilitatakse töö vaheaja pikkusele vaatamata. Kolmandasse kategooriasse kuuluvad töölt vabastamise põhjused, mil pidev tööstaaž katkeb uuele tööle asumise tähtajast sõltumata.

Pidev tööstaaž katkeb tööle asumisel pärast töölepingu lõpetamist järgmistel alustel:

1) töölepingu või töösisekorra eeskirjadega ettenähtud kohustuste mõjuva põhjuseta süstemaatiline mittetäitmine (ENSV TööK § 37 p. 3);

2) mõjuva põhjuseta töölt puudumine (sealhulgas ebakainena tööl viibimine) ehk tööluus (ENSV TööK § 37 p. 4);

3) kohtuotsuse jõustumine, millega tööliisele või teenistujale on mõistetud vabadusekaotus, paranduslik töö väljaspool töökohta või muu karistus, mis teeb võimatuks senise töö jätkamise (ENSV TööK § 33 p. 7);

4) administratsiooni usalduse kaotus töötaja vastu, kes vahetult tegeleb kaubalisrahaliste väärtustega (ENSV TööK § 264 lõige 1 punkt 2);

5) kasvatuslikke funktsioone täitva töötaja poolt vääritud teo toimepanek, mis on kokkubotimatu tema senise tööga (ENSV TööK § 264 lõige 1 punkt 3);

6) ametiühinguorgani nõudmine (ENSV TööK § 42);

7) alluvuse korras vallandamine distsiplinaarkaristusena (ENSV TööK § 264 lõige 1 punkt 1) või vastavalt distsiplinaarmäärustikele;

8) muude süütegude toimepanek, mille eest seadusandlus näeb ette töölt vallandamise.

Täiesti uutal alustel toimub töövahekorra lõpetanud töötajate pideva tööstaaži säilitamine (alates 1. juulist 1973. a.) seoses invaliidisuse, haiguse või ajutise töövõimetusega, mis on kestnud üle nelja kuu.

Pidev tööstaaž säilib neil siis, kui vaheaeg töös ei ole üle kolme kuu. Seda osa käsitleme üksikasjalisemalt, nagu seda näeb ette «Eeskirjade» punkti 4 alapunkt b:

1. Tööle asumisel pärast ajutise töövõimetuse lõppemist, mis kooskõlas seadusandlusega tõi kaasa endiselt töölt vallandamise (ENSV TööK § 37 p. 5).

Kolmekuuline tähtaeg arvutatakse juhul alates töövõime taastumise päevast, milleks on vastavalt eeskirjadele arstliku konsultatsioonikomisjoni (AKK) otsuse tegemise päev.

2. Tööle asumisel pärast invaliidisuse tõttu töölt vallandamist või pärast invaliidide vallandamist teistel alustel (peale nende aluste, kui pidev tööstaaž katkeb), mille järgi ei ole kehtestatud soodsamaid tingimusi pideva tööstaaži säilitamiseks.

Kolmekuuline ajavahemik arvatakse siin päevast, milleni oli kindlaks määratud invaliidisus. Seega juhul, kui isik hoidub kõrvale taasläbivaatamisest arstlikus tööekspertiisikomisjonis (ATEK-is), arvatakse kolmekuuline ajavahemik ikka päevast, mil invaliidisus lõppes, kuigi otsus selle lõpetamise kohta puudub.

Kui aga invaliid asus uuesti tööle invaliidisuse ajal, pärast invaliidisuse tõttu töölt vabastamist, säilib pidev tööstaaž töötamise vaheaja pikkusele vaatamata.

3. Tööle asumisel pärast vallandamist, kui töötaja oli arsti otsuse alusel osutunud oma

ametikohale või tööle mittevastavaks tervisliku seisundi tõttu, mis takistab senise töö jätkamist (ENSV TööK § 37 p. 2).

Varem, kuni 1. juulini 1973. a. kehtinud seadusandluse kohaselt aga pidev tööstaaž eespool nimetatud põhjustel töölt lahkunuil säilis, olenemata töö vaheaja pikkusest. Uuele kohale üleminekuks on «Eeskirjades» ette nähtud soodustused. Töölistel ja teenistujatel, kes nendel alustel olid töölt vallandatud enne 1. juulit 1973, pidev tööstaaž töötamise vaheaja kestusest olenemata säilib, kui nad asusid tööle enne 1. oktoobrit 1973.

Vanaduspensionäride osas tingimused ei muutunud. Ka uute eeskirjadega neil pidev tööstaaž säilib, olenemata töötamise vaheaja kestusest, töölepingu lõpetamisel omal soovil seoses vanaduspensionile minekuga või pärast vanaduspensionäri töölt vallandamist teistel alustel, välja arvatud «Eeskirjades» nimetatud põhjused, mille puhul pidev tööstaaž katkeb.

Uuendusena näevad «Eeskirjad» ette, et see säte laieneb ka pensionäridele, kes saavad pensiooni teistel alustel, näiteks pensiooni väljateenitud aastate eest, teaduslikele töötajatele ettenähtud pensiooni jne., kui neil samal ajal on õigus vanaduspensionile.

«Eeskirjadega» muudeti osaliselt ka pideva tööstaaži säilitamise eeskirju kõrgemasse, keskeriõppeasutusse, aspirantuuri või kliinilisse ordinatuuri õppima asujate teenistujate osas. Endiseks jäi põhimõte, et õppeaeg pidevat tööstaaži ei katkesta, küll aga õppeaega selle hulka ei arvata. Töölistel või teenistujatel säilitatakse pidev tööstaaž, mis neil oli enne õppeasutusse õppima asumist, millele liidetakse pidev tööstaaž pärast õpingute lõpetamist.

Kuni 1. juulini 1973. a. ei olnud tähtis, millal töötaja pärast õpingute lõpetamist tööle asus. Selles osas korda muudetigi ja nimelt: õppeaeg kõrgemas või keskeriõppeasutuses (sealhulgas ettevalmistusosakonnas), aspirantuuris või kliinilises ordinatuuris ei katkesta pidevat tööstaaži sel juhul, kui vahe-

aeg töölt vabastamise päeva ja õppeasutusse vastuvõtmise päeva vahel ei ületa vallandamise alusest olenevalt «Eeskirjadega» kehtestatud tähtaegu ning kui vaheaeg õppimise lõpetamise või õppeasutusest väljaarvamise päeva ja tööle asumise päeva vahel ei ole üle kolme kuu.

Isikutel, kes on lõpetanud õppeasutuse (aspirantuuri, kliinilise ordinatuuri) või kes sealt on välja arvatud enne tähtaega, enne 1. juulit 1973, ja kes on tööle asunud enne 1. oktoobrit 1973, säilib pidev tööstaaž olenemata vaheaja kestusest õppeasutusest ennetähtaegse väljaarvamise päeva ja tööle asumise päeva vahel.

Emade ja laste huvidest lähtudes on «Eeskirjadega» kindlaks määratud, et rasedatel ja kuni aastaste laste emadel säilib pidev tööstaaž, kui nad asuvad uuesti tööle kuni lapse aastaseks saamiseni. See soodustus käib ka nende emade kohta, kes lapse on lapsendanud sünnitusmajast.

Lõpuks tuleb tähelepanu juhtida veel sellele, et enne 1. juulit 1973. a. määratud pensioone «Eeskirjade» kehtestamisega ümber ei arvutata.

«Eeskirjades» ettenähtud pideva tööstaaži kindlakstegemise kord kehtib 1. juulist 1973. a. ajutise töövõimetuse ja lapse sündimise puhul sünnitustoetuse maksmisel. Seejuures pidevat tööstaaži ajavahemiku eest enne 1. juulit 1973. a., mis on arvatud tööraamatu sissekanete järgi NSV Liidu valitsuse otsuste alusel ühelt töölt teisele üleviimise korral, uuesti läbi ei vaadata.

Pidevat tööstaaži rasedus- ja sünnitustoetuse määramisel enam vaja arvutada ei ole, sest NSV Liidu Ministrite Nõukogu 26. juuli 1973. a. määruse nr. 530 kohaselt makstakse 1. detsembrist 1973 naistöölitele ja -teenistujatele, sealhulgas ka neile, kes ei ole ametiühinguliikmed, ning naiskolhoosnikutele rasedus- ja sünnitustoetust täispalga ulatuses tööstaažist olenemata.

Tallinna Vabariiklik Haigla

ELMAR RÕIGAS 60-AASTANE

13. novembril 1973 sai 60-aastaseks Eesti NSV Teaduste Akadeemia Zooloogia ja Botaanika Instituudi protozoologiasektori vanemteadur arstiteaduse kandidaat Elmar Markuse p. Rõigas.

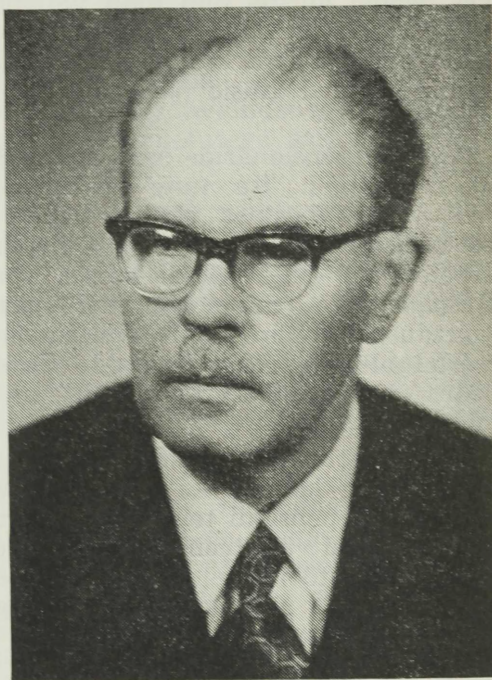
Pärast Tartu ülikooli lõpetamist 1940. aastal töötas juubilar algul jaoskonnaarstina Surjus, sõjajärgsel perioodil aga juba dermatoveneroloogina Narvas, Vabariiklikus Kuuda Leprosoriumis ning Vabariiklikus Naha- ja Suguhaiguste Dispanseris.

1957. aastal siirdus E. Rõigas teaduslikule tööle Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituuti, kus ta 1961. a. kaitses kandidaadiväitekirja. 1964. a. anti talle vanemteaduri kutse mikrobioloogia ja dermatoveneroloogia alal.

Juubilar on viljakas teadlane, kelle sulest on ilmunud üle 80 teadusliku töö. Korduvalt on ta oma töö tulemusi ette kandnud kodumaistel, vabariikidevahelistel ja üleliidulistel konverentsidel, samuti Poola RV-s, Soomes ja Prantsusmaal. 1969. a. sai ta kaks autoritunnistust protozooloogiliste uurimismeetodite täiustamise eest.

E. Rõigas võtab aktiivselt osa ühiskondlikust elust. Ta on kahe arstide teadusliku seltsi liige ja Protozooloogide Üleliidulise Ühingu Eesti osakonna laekur. Korduvalt on teda valitud ametiühingukomitee esimeheks ja ka teistele juhtivatele kohtadele ühiskondlikes organites.

Juubilarile on südamelähedane ka sanitaarharidustöö. Rohkete loengute ja populaarteaduslike kirjutiste auto-



rina ajakirjanduses, «Küsimustes ja Vastustes», «Tervise ABC-s» ning ENE kaastöölisena on ta levitanud meditsiinilisi teadmisi rahva hulgas.

E. Rõigast on autasustatud rinnamärkidega «NSV Liidu sanitaarkaitse eesrindlane» (1956. a.) ja «Tervishoiu eesrindlane» (1966. a.). 1961. aastast on ta I kategooria dermatoveneroloog.

Soovime juubilarile tugevat tervist ja uusi leide teadustöös.

Kolleegid

BIBLIOGRAAFILISI KARTOTEEKE MEDITSIINILISES RAAMATUKOGUS

Aerosoolid, elektroaerosoolid, aeroionisatsioon. Kirjandust aastaist 1971...1972. Vene keeles 35, võõrkeeltes 82 nimetust. Koostanud M. Mänd.

Anestesioloogia ja reanimatoloogia. Kirjandust aastaist 1971...1972. Vene keeles 176, võõrkeeltes 193 nimetust. Koostanud M. Mänd.

Anestesioloogia ja reanimatoloogia. Kirjandust aastaist 1972...1973. Vene keeles 51, võõrkeeltes 187 nimetust. Koostanud A. Kadai.

Bakterioloogilised ja füsioloogilised muutused naise suguelundites rasedusvastaste vahendite kasutamisel. Kirjandust aastaist 1971...1973. Vene ja võõrkeeltes 109 nimetust. Koostanud A. Kadai.

Infarktihaigete ravi organisatsioonilised küsimused. Kirjandust aastaist 1971...1972. Vene keeles 37, võõrkeeltes 67 nimetust. Koostanud M. Mänd.

Infektsiosne hepatiit. Seerumhepatiit. Kirjandust aastaist 1968...1972. Vene keeles 440 nimetust. Koostanud M. Mänd.

Koekultuuride morfoloogia. Kirjandust aastaist 1971...1972. Vene ja võõrkeeltes 106 nimetust. Koostanud A. Kadai.

Kroonilised pneumooniad lastel. Kirjandust aastaist 1970...1973. Vene keeles 119 nimetust. Koostanud A. Kadai.

Kõhunäärmehaiguste röntgendiagnoosimine. Kirjandust aastaist 1971...1972. Vene ja võõrkeeltes 43 nimetust. Koostanud M. Soosaar.

Pneumooniad varaealistel lastel. Kirjandust aastaist 1971...1972. Vene ja võõrkeeltes 39 nimetust. Koostanud P. Palo.

Pneumooniad varaealistel lastel. Kirjandust aastaist 1972...1973. Vene ja võõrkeeltes 40 nimetust. Koostanud A. Kadai.

Reumatism. Kirjandust aastaist 1971...1972. Vene keeles 123, võõrkeeltes 82 nimetust. Koostanud M. Mänd.

Reumatoidartriit. Kirjandust aastaist 1971...1972. Vene ja võõrkeeltes 134 nimetust. Koostanud M. Soosaar.

Tuberkuloosi epidemioloogia, profülaktika, organisatsioonilised küsimused. Kirjandust aastaist 1971...1973. Vene keeles 105, võõrkeeltes 67 nimetust. Koostanud A. Kadai.

Vältimatu abi kõhuõone kirurgiliste haiguste puhul. Kirjandust aastaist 1971...1972. Vene ja võõrkeeltes 70 nimetust. Koostanud P. Palo.

Vältimatu abi kõhuõone kirurgiliste haiguste puhul. Kirjandust aastaist 1972...1973. Vene ja võõrkeeltes 111 nimetust. Koostanud A. Kadai.

Malle Kont

MULJEID HOLLANDI-REISILT

UDK 614.2(492)

Rahvusvahelise Uroloogide Seltsi kongressil Amsterdamis, millest ilmus teade «Nõukogude Eesti Tervishoiu» eelmises numbris, viibis Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri peaarsti asetäitja arstiteaduse kandidaat Joosep Beltšikov. Palusime J. Beltšikovi jagada lugejatega oma reisimuljeid.

«Mille poolest reis huvi pakkus?»

«Reis oli huvitav juba selle poolest, et 12-liikmeline NSV Liidu Tervishoiu Ministeriumi delegaatide ja teadlaste turismi-grupp, kes kongressist osa võttis, oli teine Nõukogude spetsialiseeritud meedikute rühm, kes Hollandi kuningriiki külastas. Esimene viibis seal mõned aastad tagasi rahvusvahelisel tuberkuloosikongressil. Hollandi kolleegide huvi meie tervishoiuorganisatsiooni ja raviasutuste töö vastu osutus väga elavaks. Nagu meie, nii nemadki on vastastikutest erialastest kontaktidest ja kogemuste vahetamisest siiralt huvitatud.»

«Kas oli võimalusi tutvuda ka sealsete tervishoiuasutuste tööga?»

«Aega jäi üle äärmiselt napilt, üht-teist siiski nägime. Näiteks võimaldati meil üksikasjaliselt jälgida tööd Leideni ülikooli kliinikutes.

Leiden, 75 kilomeetrit Amsterdamist, on vana kultuurikeskus. Ülikool, asutatud 1575, on maa vanim, botaanikaaed pärineb aastast 1587, tähetorn, rajatud 1633. aastal, on üks vanemaid maailmas. Vaatamisväärsuste hulka kuulub ka Rembrandti sünnimaja.

Kliinikute viiekorruselises peakorpuses töötavad suur polikliinik ja 800 voodikohaga statsionaar. Erilist huvi pakkus meile kliinikute territooriumil asuv neerude siirdamise keskus «Eurotransplant», mille tegevus hõlmab juba paljusid Euroopa riike. Neerude siirdamisega tehti Leidenis algust 1966. aastal professor M. Vinki juhendamisel pärast katseid koertega. Nüüdseks ollakse nii kaugel, et konserveeritud ja siirdamiseks ettevalmistatud neerud saadetakse «Eurotransplanti» mitte üksnes Hollandist, vaid keskuse

kõikidest liikmesriikidest. Retsipiendid on siirdamise ootel registreeritud, hoolikalt tüpi-seeritud ning sobiva neeru saabumisel — valik tehakse raali kaasabil — kutsutakse nad operatsiooniks kohale.

1971. aastani hoiti opereeritud esimestel siirdamisjärgsetel nädalatel äärmiselt ranges isolatsioonis. Hiljem veenduti, et sellel pole nii suurt tähtsust, kui algul oli arvatud, ja otsustati liigsetest ettevaatusabinõudest loobuda. Et viimastel aastatel ei ole ette tulnud ühtki niisugust tüsistust nagu näiteks nakkuslik hepatiit, räägib igal juhul eeskujulikult korraldatud põetamisest. Kõiki retsipientide ravitakse immunodepressantidega ning nad viibivad statsionaaris keskmiselt 14 päeva. Ainult kaks nädalat! Mõistagi saab seda seletada ainult personali kvalifikatsiooni ja ülimalt ratsionaalse töökorraldusega. Mis personali puutub, siis töötab «Eurotransplandi» kolm kirurgi, kolm terapeuti, kellest üks on nefroloog, ja seitse õde.

1966. aastast alates on Leidenis siiratud 141 neeru ning hilistulemused lubavad tulevikku vaadata küllalt optimistlikult. 97 patsiendil funktsioneerib uus neer hästi. 23 vajavad perioodilist hemodialüüsi. 21 juhul haiget päästa ei õnnestunud.

Tutvusime ka kliiniku tehisneerukeskusega, mille tarvis peakorpuses on eraldatud 20 voodikohta. Sealgi avaldas muljet operatiivsus ja laitmatu organisatsioon. Näiteks kroonilise neerupuudulikkusega haiged, kes vajavad aegajalist hemodialüüsi, võetakse pärast ambulatoorselt tehtud analüüsi haiglasse sisse kindlal ajal, kell 18.00. Kõik ettevalmistused dialüüsiks on selleks ajaks tehtud. Kui patsient on õhtust söönud, heidab ta voodisse ja aparaadid lülitatakse sisse. Nii toimub dialüüs enamasti nendel tundidel, mil haige magab. Kell 8.00 võib ta haiglast lahkuda ning jälle oma töö juurde asuda nagu igal hommikul.

Tehisneerukeskust teenindavad kaks arsti, üks assistent, kes tavaliselt on kas noor praktilik viibiv arst või viimase kursuse üliõpi-

lane, ja 12 öde. Juba arvulistest vahekordadest on selge, millisel määral töökoormus langeb ödede õlgadele. Seejuures tuleb arvestada, et tegemist on keeruka spetsialiseeritud tööga, mis nõuab küllaldaselt erialateadmisi ja pidevat enesetäiendamist.

Teistest raviasutustest oli meil võimalik külastada Tilburgi onko-radioloogianstituuti. Instituut teenindab ümmarguselt 1,5 miljonit elanikku ning on varustatud ajakohase kiiritusravi-aparatuuriga. Personal saab kiiritamise protseduuri jälgida televiisoriekraanil, patsiendi kiiritusvälja ulatus määratakse kindlaks seadeldisega, mis töötab raali abil.»

«Kas meditsiinitehnika alal oli muidki uudiseid?»

«Oli. Ja isegi mitmeid. Kongressihoones oli korraldatud suur meditsiinitehnika näitus, kus üle 40 firma demonstreeris uroloogidele vajalikke uudseid endoskoope, kirurgilist instrumentariumi, röntgendiagnostika aparate ja uusi põetusvahendeid. Peale selle saime Amsterdami ülikooli kliinikus osa võtta meditsiinitehnika demonstratsioonist, mille korraldas Jaapani firma «Olympus». Teatavasti toodab see ettevõtte mitmesuguseid fiiberoptikaga endoskoope ja on oma kvaliteetse aparatuuri poolest hästi tuntud meiegi vabariigis.

Auditooriumi ees oli haige, kelle parema neeru häirete kohta röntgenoloogilised uurinud ei olnud selgust toonud. Tsüstoskoobi abil juhiti paremasse kusejuhasse demonstreeritav kateeter, millest nagu mandraän oli läbi viidud veel teine, peenem ja fiiberoptikaga varustatud kateeter. Viimast võiks võrrelda silmaga, mis kõike teele ettejuhtuvat võimaldab näha mitte üksnes tsüstoskoopia abil, vaid mis pildi suurendatult üle kannab ka televiisoriekraanile. Võisime selgesti jälgida, kuidas kateeter mööda kusejuha üles neeruvaagnasse suunati, seal pöörde tegi ja seejärel neerukarika üles otsis. Sealst siis häirete põhjustaja, neerukarikas peetunud neerukivi, kätte leiti.

Uue endoskoobi väärtus on muidugi suur. Kui röntgenikiired kaugeltki alati selget vastust ei anna, millest kontrastaine täitumise defekt põhjustatud on, siis uudsete kateetritega tsüstoskoop võimaldab sõna otseses mõttes oma silmaga näha, millega on tegemist, kas kusekivi või kasvaja. Kui kasva-

jaga, siis ka seda, millisega: polüübi, papilloomi, vähkkasvajaga. Pildi ekraanile projitseerimise võimalusest on peale muu suur kasu pedagoogilises töös noorte arstide ja üliõpilastega.»

«Mida võiks öelda Hollandi tervishoiuorganisatsiooni kohta?»

«Et kuningriigis ei ole ühtset tervishoiusüsteemi, nagu kapitalismimaades tavaliselt, et erahaiglate kõrval töötavad vähesed riiklikud ning linnaomavalitsuste tervishoiuasutused, teadsime muidugi juba varem. Kuid ometi oli võõrastav kuulda, et isegi ülikoolikliinikuid majandatakse samal printsiibil kui eraraviasutusi. Teadsime sedagi, et arstiabi on kallis, kuid et see siiski nii kallis on, üllatas meid ometi. Kuulsime haiglates, et voodikoha kasutamine kaheinimesepalatis maksab keskmiselt 180...200 kuldnat ööpäevas. Meie väeringus teeb see 40...50 rubla. See on tasu üksnes ulaluse ja söögi eest. Meditsiinilise teenindamise, iga uuringu, protseduuri, operatsiooni eest tuleb maksta eraldi ja tariifid on kõrged. Näiteks seesama ühekordne hemodialüüs, millest rääkisins eespool, maksab keskmiselt 200 kuldnat (50 rubla). Kui ei oleks kindlustussüsteemi, siis oleks keskmise sissetulekuga töötajal, kes teenib 800...900 kuldnat kuus (25...40% sellest läheb tavaliselt maksudeks), enda ravimine võimatu.

Üldiselt kehtiva korra kohaselt on töölisel ja teenistujal haiguse vastu kindlustatud ning kindlustusmaks, küllalt soliidne summa, kasseeritakse sisse iga kuu kogu töötamise aja kestel. Haigestumise korral kannab kindlustusselts ravikuludest 80...90%. Ülejäänud osa peab haige tasuma oma taskust. Kuid ka see ei ole sugugi odav. Kui juhtub, et ta on sunnitud haiglas viibima 20 või 30 päeva, siis tuleb voodikoha ja toitlustamise eest maksta meie rahasse arvestatult 100 või 150 rubla, ravikulud peale selle.

Kindlustussüsteem on lai ja hõlmab kõikvõimalikud elujuhtumid. Näiteks kindlustatakse end sageli matuste puhuks, sest matus maksab keskmiselt 2000 kuldnat (500 rubla). Kulukas on hollandlasele isegi sünnitamine. Haiglas võetakse sünnitusabi eest 1000 kuldnat (250 rubla), kuid seda kulu kindlustusselts välja ei maksa — sünnitamist peetakse igäühe eraasjaks. Enamik naisi, kellel on ette

näha normaalne sünnitus, haiglasse ei lähe. Kuigi ka koju kutsutud akušöör-günekoloogi tasu on suur, piirdub see 250 kuldnaga, ja kui otsustatakse ämmaemanda kasuks, pääseb perekond mõnevõrra kergemini. Omajagu huvi pakkus meile üldiselt kehtiv komme, mille kohaselt sünnitamise juurde, toimugu see haiglas või kodus, kutsutakse sünnitaja abikaasa.

Nõukogude tervishoiukorraldusega harjunud inimesel on raske mõista, et isegi kiirabi võib olla tasuline. Kuid nii see on — kiirabi väljakutse eest esitatakse Hollandis abisaanule arve. Üksnes sel juhul, kui abi vajatakse tänaval, kannab kulud linnavalitsus, kellele kiirabi otseselt allub. Linnades olevat seetõttu päris tavaline, et väiksema sissetulekuga kodanik, kellel kiirabi vaja, püüab kas või viimast jõudu kokku võttes kõigepealt tänavale jõuda, et alles siis kiirabi välja kutsuda lasta. Arsti kiirabibrigaadis ei ole. Autoga saabub kohale kvalifitseeritud velsker. Sel kohal töötavad ainult mehed.

Arstiabi kallidusel on kummalisel kombel ka mingi erandlikult positiivne külg. Haigeid uuritakse maksimaalselt ambulatoorsetes tingimustes, et statsionaarse ravi aega miinimumini redutseerida ja seega kokku hoida nii haige kui ka personali aega («aeg on raha!») ning materiaalseid kulutusi. Operatsiooni eel viibib haige statsionaaris tavaliselt mitte rohkem kui ööpäeva. Miinimumini on viidud ka operatsioonijärgne ravi. Et mind eelkõige huvitas uroloogiline abi, siis võin öelda, et pärast neeru eemaldamist, olgu siis kasvaja või mädase põletikulise protsessi korral jne., on haige keskmine statsionaaris viibimise aeg 12 või 13 päeva.»

«Millise mulje saite Amsterdamist?»

«Üllatas, et Amsterdamis on rohkem kanaleid kui Veneetsias — kanalid tükeldavad linna 90 saareks — ja rohkem jalgrattureid kui Kopenhaagenis. Peaaegu iga elanik oskab ujuda ja jalgrattal sõita, sellel aga on ju mingi seos ka rahva tervisega. Et amsterdamlast igast küljest ümbritseb vesi, siis olevat iga perekonnaisa moraalne kohustus lapsi hiljemalt kuueaastaseks saamisel õpetada end vee peal hoidma. Koolis õpetatakse ujumist süstemaatiliselt esimesest klassist alates, peale selle teevad lapsed läbi vetel-pääste kursuse.

Kultuurieluga tutvumiseks ei jäänud meil eriti palju aega, kuid põgusa mulje saime ka sellest. Amsterdamis on üle 40 muuseumi, juba see arv ise ütleb midagi, nende hulgas mitmed maailmakuulsad. Kõigepealt *Rijksmuseum* (riigimuuseum), mille seinte vahele on koondatud esinduslik hollandi maalikunsti kogu eesotsas Rembrandti šedöövritega. Peaaegu alati on seal tunglemist Rembrandti «Õise vahtkonna» ees. Sügava mulje Rembrandti loomingust saime Haagi hollandi kunsti muuseumis *Mauritshuis*, kus teiste hulgas on eksponeeritud «Doktor Tulpi anatoomia-loeng». Muuseumina on avatud ka Rembrandti maja Amsterdamis Jodenbree tänaval, kus meister elas 1639...1658 ning veetis oma elu õnnelikumad aastad.

Amsterdami *Stedelijk Museum* (linnamuuseum) on rahvusvahelise profiiliga moodsa kunsti varamu, kus 1850. aastast alates tänapäevani on esitatud sellised otsijad nagu Monet, Cézanne, Matisse, Mondrian, Chagall, Malevitš, Picasso, Lifšits jt. Eriti arvukalt on eksponeeritud ameerika ja euroopa kunsti pärast 1950. aastat. Jõudsume ära käia ka *Stedelijk Museumi* kõrval paiknevas *Vincent van Goghi* riiklikus muuseumis, mis asub eriti selleks ehitatud ajakohase arhitektuuriga hoones ning mille avamisest oli möödunud alles kuu. Suure teerajaja loominguga ja tema ajajärgu paremaks mõistmiseks esitatakse ka tema kuulsa kaasagsete ja sõprade Manet', Gauguini ja Toulouse-Lautreci maale, jooniseid, akvarelle.

Maailmakuulus *Concertgebouw*-orkester jäi meist kuulmata, ei olnud kontserdihoogaeg. Maja Prinsengracht nr. 263, kus Anne Frank end 1942. kuni 1944. aastani natside eest varjas ja oma vapustava, maailmakirjandusse läinud päeviku kirjutas, on nüüd muuseumina avatud. Kahjuks jõudsin seda näha ainult väljastpoolt. Huvitava elamuse saime *madame Tussaud'* vahakujude kabinetis; selgus, et sellel Londoni panoptikumil on filiaal ka Amsterdamis. Nägime teemandi lihvimist, tarbekunstiala, milles hollandlaste käes on juba sajandeid juhtiv koht. Amsterdamis on ümmarguselt 20 teemandi lihvimise töökoda ning ainus sellealane kool Euroopas.

Peale Amsterdami ja Haagi vaatasime sõjas maatasa tehtud ja nüüd uuesti ülesehitatud

Rotterdamis ning kaluriküla Volendamis, kus kohalikud elanikud kannavad veel praegugi kauneid rahvarõivaid. Lõpuks käisime Zaandamis, linnakeses, kus Peeter I kunagi õppis laevaehituskunsti. Zaandamis viibis tsaar kolmel korral. Tema mälestusele on pühendatud majamuuseum, mille eest eeskujulikult hoolitsetakse.»

«Mis jättis kõige sügavama mulje?»

«Hollandi rahva töökus. Nende suur korraarmastus. Nende lastearmastus. Nende vastutuleikkus, mida on nimetatud ka hollandlaste rahvuslikuks hobiks.»

Vestles Bruno Rokks

Uusi ravimeid

BIOSSSED (*Biossedum*, Биоссед).

Biossed on vesiekstrakt, mida toodetakse taimest.

Sedum maximum (suur kukehari) *Crassulaceae* (paksuleheliste) sugukonnast.

Preparaat on helekollast värvust, läbipaistev, omapärase lõhnaga vedelik, mille pH 5,0...6,0.

Farmakoloogiliselt kuulub ta biostimulaatorite rühma. Parandab ainevahetust ja regeneratsiooni, suurendab hemoglobiinisaldust, erütrotsüütide, leukotsüütide ja trombotsüütide hulka. Ravimile on iseloomulik üldtoniseeriv, põletikuvastane, maasekretsiooni normaliseeriv toime. Biossed on vähese toksilisusega.

Arstim on näidustatud täiendava ravi vahendina ainevahetuse ja kudede regeneratsiooni stimuleerimiseks oftalmoloogias, kirurgia- ja stomatoloogiapraktikas.

Preparaati manustatakse parenteraalselt, süstides naha alla või lihasesse. Täiskasvanuile süstitakse 1...2 ml, maksimaalselt 3...4 ml ööpäevas; alla viie aasta vanustele lastele aga 0,2...0,3 ml, üle viie aasta vanustele 0,5...1 ml. Ravikuuriks kasutatakse 20...30, vajaduse korral kuni 45 ampulli. Ravikuuri võib korrata kahe- kuni neljakuulise vaheajaga.

Oftalmoloogias kasutatakse preparaati 0,3...0,5 ml subkonjunktiivselt, ravikuuriks 10...25 süsti. Sidekestakotti instilleeritakse ravimit 1...2 tilka neli kuni kuus korda päevas. Silmavanne tehakse preparaadiga iga päev 15...20 minuti jooksul, ravikuur kestab 20 päeva. Elektrofooresiks määratakse ravimit iga päev kolme, viie kuni seitsme minuti vältel kuni 20 seanssi.

Stomatoloogiapraktikas kasutatakse aplikatsioonidena, elektrofooresina ning igemestesse süstimiseks. Aplikatsioonid tehakse 1...2 korda päevas à 15...20 minutit, ravikuuri kestus 15...30 päeva. Elektrofooresiks või süstimiseks kasutatakse 1...2 ml preparaati iga päev või ülepäeviti, ravikuuriks 30 seanssi.

Ravimi kasutamise vastunäidustuseks gastriiti ja haavandtõbe põdevatel haigetel on aküülia, ka pahaloomulised kasvaja.

Väikelastel, kes põevad allergilisi haigusi, võib süstekohal mõnikord tekkida paikne reaktsioon hüperemiana või nõgestõve laadi lööbena. Kõrvalnähud mööduvad tavaliselt ruttu.

Ravimit väljastatakse ampullides, igas 1 ml. Säilitatakse toatemperatuuril, kuivas ja pimedas kohas.

RIBOFLAVIINMONONUKLEOTIID (*Riboflavinum mononucleotidum*, Рибофлавина мононуклеотид).

Keemiliselt riboflaviinmonofosfaatnaatrium. Bioloogilise toime poolest sarnane fermentide ja vitamiinidega. Riboflaviini fosforileerimisel tekkiv riboflaviinmononukleotiid on koferment, mis vastab organismi biotransformatsioonil riboflaviinist tekkivale ühendile.

Valkudega ühinenult kuulub organismi hapendus-taandusprotsessi reguleerivate fermentide koostisse. Võtab osa valkude ja rasvade ainevahetusest, vajalik ühend normaalse nägemise tagamiseks.

Kasutatakse B₂-hüpopitamiinooosi ja avitaminoosi (ariboflavinoosi) korral, samuti silmahaiguste (keratiitide, konjunktiivitide, sarvkesta vigastuste ning tuhmumise, nägemishäirete) ja nahahaiguste (krooniliste ekseemide, neurodermatiitide, dermatoside jm.) ravis. Preparaadil on üldtugevdav toime toitumishäirete ja neurasteenia korral. Vees lahustuva aina on riboflaviinmononukleotiid manustatav parenteraalselt. Kodumaa ravimitööstus laseb välja riboflaviinmononukleotidi 1%-list lahust ampullides, igas 1 ml.

Silmahaiguste raviks süstitakse 1%-list lahust lihasesse 0,2...0,5 ml 10...15 päeva, samal ajal süstitakse konjunktiivile alla 0,1...0,5 ml 8...15 päeva.

Nahahaiguste, toitumishäirete ja neurasteenia korral süstitakse täiskasvanuile 1 ml

10%-list lahust naha alla üks kord päevas 10...15 päeva; lastele süstitakse samades annustes 3...5 päeva järjest, seejärel kaks kuni kolm korda nädalas. Ravikuuriks 15...20 ampulli.

Ravimiampulle säilitatakse valguse eest kaitstult.

TAVEGÜÜL (*Tavegyl*, Тавегил).

Keemiliselt metüülpürrolidiini derivaat, mis esineb difumaraadina. Farmakoloogiliselt antihistamiinse antianafülaktilise ja antiöksudatiivse toimega ravim. Spetsiifiline, selektiivselt toimiv histamiini antagonist, millel puudub märgatav sedatiivne kõrvaltoime.

Laia terapeutilise rakendusala ravim. Näidustatud ägedate ja krooniliste allergiliste protsesside korral: ülemiste hingamisteede allergilised haigused (allergiline ja vasomotorne riniit, krooniline nohu), äge ja krooniline nõgestõbi, Quincke ödeem, erineva etioloogiaga sügelemine, allergilised nahahaigused, ravimallergia korral kaasnevad eksanteemid, kontaktdermatiidid, röntgendermatiidid, mittespetsiifilised nahareaktsioonid. Preparaat on ägedate ja krooniliste ekseemide ravis kasutusel täiendava vahendina.

Farmakoloogiliselt ja kliiniliselt on kindlaks tehtud tavegüüli prolongeeritud toime.

Optimaalseks päevaseks annuseks täiskasvanuile on 2 mg, s. o. 2 tabletti tavegüüli, millest üks võetakse sisse hommikul, teine õhtul. Raskema allergilist laadi haiguse korral võib annust suurendada 3...4 mg-ni päevas.

6...12 aasta vanustele lastele antakse tavegüüli $\frac{1}{2}$ tabletti korraga kaks korda päevas. Alla 6 aasta vanuste laste annuste kohta kirjanduses andmed puuduvad.

Kõrvaltoimena võivad tundlikel patsientidel suuremate tavegüüliannuste võtmisel tekkida väsimus, unisus, peavalu, iiveldus, seedehäired, kõhukinnisus, suu kuivamine.

Ettevaatust nõuab annuse suurendamine autojuhtidel. Neil tuleks eelnevalt kindlaks teha individuaalne tundlikkus preparaadi suhtes. Keelatud on samal ajal tarvitada alkoholi.

Preparaati toodetakse Ungari RV-s. Originaalpakendis 20 tabletti à 1 mg. Uus, defitsiitne ravim.

Aino Jürison

Quaestiones linguae Estonicae in medicina

KAS SKANNER, SKENNER VÕI SKÄNNER?

ESTER KINDLAM

Tallinn

Et koos esemetega muudelt maadelt tulevad ka nende nimetused, see on keeleelus täiesti tavaline nähtus. Tähtis on sealjuures, et niisugused uued nimetused saaksid sobiva, meie ortograafia-põhimõttele vastava kirjakuju kohe algul või vähemalt väga aegsasti, sest juhul, kui nad juba on jõudnud vildakalt või koguni keelevastaselt laiemasse käibesse minna, võib nende tagantjärele õgvendamine üsnagi raskeks osutada. Teatavasti on harjumusel keeles suur jõud.

Juba mõnda aega on meie arstide käsutada aparaat, mida inglased kutsu-

vad *scanner*'iks. Loomulikult on liikvel ka selle nimetuse eestipärane vaste, ja seda mitte ainult suulises pruugis, vaid trükisõnaski. Seni on võimalik olnud teda näha kolmel kujul: *skanner*, *skenner*, *skänner*.

Kolm kirjapilti ühe sõna tarvis on ka kõige leebeloomulisemale ortograafiasüsteemile liig. Missuguse peaksime neist välja valima?

Inglise sõnad, mille rõhulises silbis on *ä*-na häälduv *a*, käibivad eesti keeles kolmel kujul:

1) kirjapildile vastavalt *a*-listena (*barrel*, *baronet*, *gangster*, *matš*, *skalp*,

standard, tank, tramm jt.); see on varem laensõnade kihistis;

2) e-listena (*džemm, stend, trekk, tšempion*); nende vastuvõtmisel on oma mõju avaldanud vene keel kui vahendajakeel;

3) inglise keele hääldusele vastavalt ä-listena, nagu *brändi, bänd, džäss, dändi, händikäp, jänki, mänedžer, släng, kätgut* (muide, viimane peaks õieti olema *kätgat*, kuid pärast mõnda aega kestnud kõikumist on stabiliseerunud sellise «segatüübina», kus esimene pool on häälduspärane, teine aga jäänud kirjapildijärgseks, mis jälle kord tõendab traditsiooni raskesti ületatavat mõju).

Kolmas, ä-line inglise laenude rühm on kõige suurem, sest keelekorraldus on siia järjest sõnu juurde suunanud. Nimelt hakati ligemale neli aastakümnet tagasi rakendama inglise keelest võetud sõnades häälduspärast ortograafiat. Selle seisukoha fikseeris toleaegne silmapaistev keelekorraldaja Elmar Muuk järgmiselt: «Inglispärased võõrsõnad kirjutatakse, niivõrd kui eesti fonetiline süsteem seda võimaldab, eesti õigekirjutuse reeglite kohaselt ligikaudu nii, nagu neid inglise keeles hääldatakse» («Eesti Keel» 1935, lk. 180). Seda üldpõhimõtet aluseks võttes kinnitaski omaaegne juhtiv õigekeelsusorgan Eesti Kirjanduse Seltsi keeletoimkond inglise [æ] vasteks ä. Ja sealtpeale on keeleinimeste püüdeks olnud, kuivõrd nad jaole on pääsenud, juhtida vastavaid võõrsõnu just siia rühma. Uuematest sellekohastest tulnukatest võiks mainida näiteks *kämpingut* ja *bädmintoni* (=sulgpall). Nüüd peaks siia lisanduma ka meid huvitav aparaadinimetus, mille õige kirjakuju on *skänner*.

Kui skänner kord juba tööle on pandud, tekib otsemaid vajadus ka vastava verbi järele, mis tähistaks selle aparaadiga töötamist. Inglise keeles on *scanner*'i lähtealuseks verb *to scan*, mis tähendab: üksikasjalikult vaatlama, täpselt uurima; pilti täppideks lahutama; skandeerima (värsimöödu kohaselt lugema). Eesti keelde võiks siit otseüle-

kandena saada verbi *skännima* (nagu *flirt* on andnud *flirtima, spurt spurtima, stepp steppima* jne.). Grammatiliselt korrektne tuletis, on tal kummatigi küljes väike iludusviga: tema kõlaline külg vaevalt et soodustab tema vastu soosingu tärkamist (assotsieeruvad paratamatult sellised verbid nagu *plõnnima, jonnima, tõnnima*) isegi siis, kui me talle sisuks annaksime 'skänneriga töötama'.

Seni on juhused olnud näha nimetatud tähenduses käibimas kolmesugust verbikuju: *skenneerima, skaneerima* ja *skänneerima*. Nii et jällegi seisame valikuvajaduse ees. See, et esimeses silbis peab olema *ä*, on eespoolsest juba selgunud. Me lähtume siin ikka inglise sõnast, sest kuigi *scan* tuleneb ladina verbist *scandere* (=tõusma), ei tarvitse tema etümoloogia meie kirjapilti mõjutada: inglise sõna on ladina lähtesõnast juba liiga kaugele läinud (küll on see seos täiesti ilmne *skandeerima*-verbi puhul). Järelikult langevad esimene ja teine variant ära (teisel juhul on pealegi nimisõna ja verbi vahel *n*-ides vahe). Jääb üle *skänneerima*. Kuidas sellesse suhtuda?

Verbi *skänneerima* puhul pole tegu õigekeelsusliku *fair play*'ga. Nimelt on siin inglise tüvele liidetud prantsuse verbitunnus *-er*, millist kombinatsiooni keelekorraldus üldiselt püüab vältida. Aga olgugi õigekeelsuspõhimõtete järgi mitte eriti soovitatav tüüp, poleks *skänneerima* siiski ka pretseedenditu juhtum meie keelepraktikas. Vaatamata keelekorraldajate tõrjuvale hoiakule on juba sisse lipsanud sellelaadilisi segaverbe nagu *finišeerima, dispetšeerima, intervjueerima, konveieriseerima, kokseerima, nokauteerima* jne. Nähtavasti tunnetab keelekasutaja eeri-sufiksit lihtsalt kui rahvusvahelist sufiksit ja liidab ta rahumeeli võõrtüvedele. Nii et parema lahenduse puudumisel peaks leppima ja võiks kuidagi leppida ka *skänneerima*-verbiga.

Kui aga siiski püüda täiesti korrektselt lahendust leida, siis annaks ehk tuge üks hiljutine ettepanek, mille te-

gi Keele ja Kirjanduse Instituudi leksikoloogiaspektori juhataja E. Raiet, soovitades *früiseri*-nimelise masinaga töötamist tähistada verbiga *früiserdama*, mitte aga verbiga *früiseerima*. See hüva leid *früiserdama* viib mõtte verbile

skännerdama. Tuletuse õigekeelsuse nimel tuleks ehk just seda sõnakuju teistele võimalustele eelistada ja aidata tal keelepraktikasse juurduda.

*Ajakirja «Keel ja Kirjandus»
toimetus*

Kroonika

Eesti NSV Ministrite Nõukogu Presiidiumi istungil 3. detsembril 1973. a. oli arutusel kardioloogiline arstiabi ja kardioloogiaalane uurimistöö vabariigis. Vabariigi valitsus võttis vastu otsuse, milles kohustati Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi koos Eesti NSV Kõrgema ja Keskerihariduse Ministeeriumiga koostama ülevabariigilise kardioloogiakeskuse rajamise ja kardioloogiaalase teadusliku uurimistöö perspektiivplaani. Kardioloogiakeskus rajatakse Tartusse ehitatava kardioloogiakliiniku ja Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna koostööna.

Samuti peeti vajalikuks tõhustada südamehaiguste varajast diagnoosimist, laiendada südamehaigete dispanseerimist ning kardioreumatoloogია- ja funktsionaaldiagnostika kabinettide tegevust, moodustada kogu ööpäev töötavad kardioloogilise kiirabi brigadid. Otsuses on kavandatud luua taastusravi- ja järelraviosakonnad, samuti sanatoorsed osakonnad müokardiinfarkti ja rinnaangiini põdenute tarvis.

Koit Leet

30. augustil 1973. a. oli Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumi ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumi ühisel istungil kõne all meditsiinitöötajate töö tervishoiuasutustes viiepäevasel töönaldal (Viljandi rajooni tervishoiuasutused, Vabariiklik Sadama Haigla, Tallinna Tõnismäe Haigla).

Kolleegium võttis vastu otsuse, milles linnade, tervishoiuosakondade juhatajaid, rajoonide ja vabariiklike raviasutuste paarste kohustati tööd korraldama selliselt, et täidetud oleksid järgmised nõuded:

— meditsiiniline abi peab olema elanikele kättesaadav igal nädalapäeval;

— polikliinikute töö olgu laupäeviti korraldatud selliselt, et oleksid rahuldatud elanike vajadused, seejuures arstide ning ravikabinettide töökoormus oleks normaalne;

— kõik eriarstid peavad haigeid vastu võtma ka laupäeviti, kui nad töötavad ettenähtud koormusega;

— haigla koormus olgu ühtlane kõikidel nädalapäevadel, nädalapõl hospitaliseeritud hakatagu uurima viivitamatult, plaaniliselt

hospitaliseeritudel tehtagu võimalikult rohkem uuringuid juba polikliinikus;

— laupäeviti olgu kättesaadav ka stomatoloogiline abi, olgu avatud ka hambaproteesimisosakonnad;

— vabariigilise alluvusega linnades ning rajoonikeskustes on terapeudid ja pediatrid kohustatud tegema koduseid visiite ka laupäeviti.

TSN täitevkomiteedele ja ametiühinguorganitele tehti ettepanek kaasa aidata tööajakadude vähendamisele, mis on tingitud polikliinikute põhjendamatust külastamisest töö ajal. Selle ärahoidmine aitaks polikliinikute tööd normaliseerida ning kaoks alakoormus öhtutundidel ja laupäeviti.

24. oktoobril 1973. a. arutati Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumi istungil kodanike kaebuste, ettepanekute ja avalduste lahendamist. Otsuses märgiti, et sel alal on veel palju puudusi. Vead saavad alguse vormistamisest. Sageli ei peeta kinni kirjadele vastamise tähtaegadest ja kaebusi lahendatakse formaalselt, mis põhjustab korduvaid kaebusi. Samuti ei selgitata välja kaebuste tõelisi põhjusi ega võeta midagi ette viimaste kõrvaldamiseks. On veel raviasutusi, kus töökultuur on madal ja haigetesse suhtutakse tähelepanematult, isegi hoolimatult. Kaebuste üks olulisi põhjusi on see, et arstid kirjutavad vastutustundetult patsientidele välja defitsiitseid, eriti välismaise päritoluga ravimeid, isegi neid, mida meil ei kasutata.

1. novembril 1973. a. toimunud Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ja Eesti NSV Sotsiaalkindlustuse Ministeeriumi kolleegiumide ühisel istungil oli arutusel hooldusaluste meditsiinilise teenindamise ja sanitaarolukord sotsiaalhoolduse asutustes.

Otsustati pöörduda Eesti NSV Riikliku Plaanikomitee poole palvega kapitaalvahustuste planeerimisel rohkem silmas pidada sotsiaalhoolduse asutusi, arvestades nende arvu suurendamise vajadust, samuti paluda Tallinna Linna TSN Täitevkomiteed kiirendada Iru Invaliidide kodu 200 voodikohaga juurdeehituse lõpuleviimist.

Niin Ajasta

Tallinna Tööraha Saadikute Nõukogu istungjärgul 21. septembril 1973. a. kuulati tervishoiuosakonna juhataja U. Meikase ettekannet Tallinna elanike meditsiinilisest teenindamisest, milles muu hulgas toodi esile järgmist.

Käesoleval viisaastakul on Mustamäel ja Lasnamäel avatud uued, ajakohased polikliinikud, mis on Baltimaade suuremad ja mis on võimelised vastu võtma 1200 patsienti päevas. Uksed avas samuti kaasaegne Vabariiklik Naha- ja Suguhaiguste Dispanser Hiil, töötab 260 voodikohaga Pelgulinna Haigla Sünnitusmaja. Noorukite Polikliinik, mis hakkas tööle 1973. aastal, on NSV Liidus ainuke omalaadne, teenindades Tallinna noorukeid vanuses 15...18 aastat. Hiiule on üle viidud Tallinna I Lastehaigla. Uued ruumid on avaramad ning tervishoiunõuetele igati vastavad. Spetsialiseeritud arstiabi areng aga nõuab haiglavoodite arvu suurendamist, milleks esimesed sammud on ka astutud. Lisaks Pelgulinna Sünnitusmajale kerib 800 voodikohaga kiirabihaigla, alustatakse 300-kohalise lastehaigla ehitust. Jätkuvad 240 voodikohaga meremeeste haigla ehitustööd. See kõik on olnud hädavajalik, sest nagu muudiski rahvamajandusharudes, nõuab ka tervishoiu areng ja arstiteaduse edasimineku eelkõige tugevat materiaal-tehnoloogilist baasi.

Tallinna tervishoiutöötajate sihipärane tegevus on vilja kandnud. Möödunud aastal oli laste suremus Tallinnas kõigi aegade madalaim. Laste vältimatu abi ühendamine täiskasvanute kiirabiga on kiirendanud arstiabi andmist äkitselt haigestunud lastele. Polikliinikutes töötavad eriarstid — gastroenteroloogid, vasoloogid, traumatoloogid, lastekirurgid ja —ortopeedid, nefroloogid jt. Enamikul erialadel on suudetud vähendada arstide tunnikoormust vastuvõttudel. Katseliselt on Tõnismäe Haigla Polikliinikus antud haigele õigus ise endale arsti valida. Tallinnas on iga 100 töötaja kohta haigusjuhte ja ajutise töövõimetuse tõttu kaotatud päevi vähem kui vabariigis keskmiselt. Meditsiinitöötajate kvalifikatsiooni tõstmisega tegeldakse intensiivselt, mida kinnitavad ka saavutused arstide teaduslikus töös (dissertatsioonid, teaduslikud ettekanded, teaduslikud artiklid trükisõnas jms.). NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi kontrollbrigaadi koostatud aktis «Polikliinilisest abist Eesti NSV-s» on NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumile tehtud ettepanek võtta Tallinna polikliinikud üleliiduliseks eesrindlike kogemuste kooliks.

U. Meikas peatus ka puudustel. On vaja luua tingimusi laste reanimatsiooniks ja intensiivraviks. Palju on tarvis veel ära teha sünnitusmajades ja naistenõuandlates. Eriarstide vastuvõtule pääsemine pole alati lihtne ega kiire. Laupäeviti ja õhtutundidel töötavad arstid alakoormusega. Stomatoloogiapolikliinik vajab avaramaid ruume. Polikliinikute registratuurile kaadri voolavus on

suur, on ilmenud ambulatoorsete kaartide kaotsimineku, ette tulnud haigetega ebaviisakalt käitumise juhtumeid. Erialase kvalifikatsiooni tõstmisel tuleb kohati esile ükskõiksust. Tõsisemalt on tarvis suhtuda patientide töölt ajutiselt vabastamise. Kõige rohkem tekitab muret aga kaadri, eriti noorema meditsiinipersonali vähesus tervishoiuasutustes. Raskusi on olnud ka keskastme meditsiinipersonali ametikohtade täitmisega. Vakantseid arstikohti on kiirabis, jaoskondades, mõnes koolis.

Linnanõukogu tervishoiu- ja sotsiaalkindlustuskomisjoni esimees L. Tammai rõhutas kaasettekandes meditsiinilise abi kvaliteedi parandamise vajadust nakkushaiguste ravis. Ta rääkis ka Tallinna Nakkushaigla uute hoonete hädavajalikkusest ja peaarstide asetatjate madalast majandusalasest kvalifikatsioonist. L. Tammai pidas probleematiliseks lastepolikliinikute ühendamist Tallinna Merimetsa Haigla, mis oma profiililt on laste nakkushaigla.

Sõnavõtjad puudutasid elanike meditsiinilist teenindamist mitmest küljest. Eesti NSV tervishoiuminister A. Goldberg väljendas muret kiirabihaigla ehitustööde tempo pärast, sest ehitusega tegelevad organisatsioonid ei tule kõige vajalikuga toime ettenähtud ajaks. Vajame juurde sanatoorseid lasteasutusi, kus ravitaks nii mittespetsiifilisi kopsuhaigusi põdevaid kui ka kesknärvisüsteemi kahjustustega ning kuulmis- ja kõnehäirete all kannatavaid lapsi.

Tallinna TSN Täitevkomitee esimehe asetatja Z. Siškina ütles kiitvaid sõnu nendele meditsiinitöötajatele ja tervishoiuasutuste töötajatele, kes koostöös partei-, ametiühingu- ja komsomoliorganisatsioonidega on viinud tallinlaste meditsiinilise teenindamise vastavusse tänapäeva nõuetega. See kõik on tulnud pingelise töö, asjalikkuse ja nõudlikkuse viljana. Z. Siškina rõhutas tervishoiuküsimuste olulisust täitevkomitee töös, kusjuures väga tähtsaks peetakse tööajakadude vähendamist. Sõnavõtja tegi mõne tehase juhtkonnale etteheiteid töötingimuste parandamise ükskõikse suhtumise pärast, kuna üle poole haigusjuhtude üldarvust on külmetushaigused. Samuti pidas ta oluliseks, et ettevõtete juhid peaksid leidma võimalusi tervishoiupunktidest töötajate materiaalseks stimuleerimiseks, sest nende töö kajastub otseselt ettevõtte tööviljakuse suurenmises. Meedikute lastele leitagu kohti tehase lasteaias, suuremat tähelepanu pööratagu tervishoiutöötajate korterolude parandamisele. Tallinna tervishoiuasutused tunnevad puudust sanitaarautodest.

Sõna võtsid veel saadikud T. Valg, A. Geiman, A. Kuusik, H. Viikholm ja M. Lessina. Istungjärgul võeti vastu otsus Tallinna elanike meditsiinilist teenindamist veelgi täiustada.

Koit Leet

23. novembril 1973. a. peeti Tallinnas Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee VI pleenum.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Sanitaar- ja Epidemioloogiavalitsuse juhataja I. Masik andis ülevaate sanitaaralase töö korraldusest vabariigis. Kõik ministeeriumid on üheksandal viisaastakul endale kohustuseks võtnud kaasa aidata inimeste, nende toidu ja ümbruskonna sanitaarkaitsele. Eri ametkondade tegevusplaaniid on kooskõlastanud sanitaarjärevalveorganid ja Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu. Plaanide täitmist kontrollivad sanitaartöötajad ja ametiühinguorganisatsioonid. Kontrollimise tulemusi arutatakse ka eri ministeeriumide kolleegiumidel, millest võtab osa tervishoiu ministeeriumi esindaja.

Peamiste puudustena tõi I. Masik esile seda, et kanalisatsiooni ehitamine ei pea alati sammu elamu- ja tööstusettevõtete ehitusega. Sööklad ja lasteasutused on üle koormatud. Et koormuse reguleerimine võtab veel aega, tuleb nimetatud asutuste töötajalt seda rangemalt nõuda sanitaarrežiimi täpset järgimist.

Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee mittekoosseisulise osakonna juhataja T. Rekk kõneles meditsiinasutuste kontrollimisel ilmnenu puudustest. Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu osakonnajuhataja P. Reinas rääkis sanitaarseisundist tööstusettevõtetes. Sõna võtsid veel mitmed linnade ja rajoonide meditsiinasutuste ametiühingutöötajad.

Kui haigete ravi, nende töövõime taastamine ja mõnede haiguste spetsiifiline profülaktika on meditsiinitöötajate ülesanne, siis haiguste ennetamine ja inimeste tervise tugevdamine on O. Tamme arvates kõikide kodanike kohus. Vabariigi tervishoiuministri asetäitja rääkis sellest, et partei- ja nõukogude organid on linnade sanitaarseisundi parandamisele palju tähelepanu pööranud, asulate heakorrasutuseks on suuri summasid kulutatud. Samas aga kohtab veel mõnede ettevõtete vastutavate töötajate lohakust. Nende distsiplineerimiseks peab O. Tamm rahatrahvidest tõhusamaks avalikku kriitikat ajalehes, raadios ja televisioonis.

Kuulanud ära ka Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee esimehe I. Galanini lõppsõna, võtsid pleenumist osavõtjad vastu otsuse. Selles kohustati Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Sanitaar- ja Epidemioloogiavalitsust tugevdama sanitaareeskirjade täitmise kontrolli ühiskondliku toitlustuse ja kaubandusettevõtetes, tegema kõik väliskeskonna saastamise vältimiseks ja nõudma, et sanitaar- ja epidemioloogiaamad rangemalt kontrolliks raviausutusi. Haridusala, Kõrgemate Koolide ja Teaduslike Asutuste Töötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee kohustati parandama mudilastele ja õpilastele ning nende vanematele tehtavat sanitaarharidustööd. Ametiühin-

gute linna- ja rajoonikomiteesid kohustas pleenum vähemalt kaks korda aastas arutama koos peaarstiga raviausutuste sanitaarseisundi parandamise võimalusi. Erilist tähelepanu tuleb komiteedel pöörata tsehhiarstide töö kontrollimisele ja tööliste töötingimuste parandamisele.

Samas austati ka juubilari, kuuekümneseks saanud D. Otsarit, Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee sekretäri. Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu sekretär J. Jürnaste andis selle puhul talle üle Eesti NSV Ministrite Nõukogu ja Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu ühise aukirja. Vabariigi tervishoiuministri asetäitja O. Tamm andis D. Otsarile üle aukirja, milles Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium juubilarile töö eest tänu avaldas.

Luule Karm

Pärnu ja Sindi sanitaarolukorda vaeti Pärnu Linna TSN istungjärgul 28. septembril 1973. a.

Põhiettekande esitanud linna peasanitaararst H. Kreek rõhutas ägedatesse soolenakkustesse haigestumise vähendamise ning keskkonnakaitse probleemide ülemaailmselt tähtsust.

Vabariigi asulate puhtuse ja heakorra alases ülevaatuses pälvis 1972. a. esikoha Pärnu. Samal aastal osutus ägedatesse soolenakkustesse haigestumine Pärnus väikseimaks vabariigis. Pärnus on alustatud teise silla ehitustöid, mis lubab transiitliikluse südalinna eemale juhtida. On paranenud olmetingimused plaazil, ukсед on avanud uus saun, kooli ja võõrastemaja. Mitu ettevõtet on juba üle viidud koorortlinna uude tööstusrajooni.

Saavutatu kõrval on häirivaid puudusi. Mitmed ettevõtted ei huvitu heitvete puhastuse seadmete ehitamisest, Pärnu jõe vett saastatakse naftatoodetega, näiteks teeb seda teeninduskombinaat.

Mitme kooli söökla olukord osutus muret tekitavaks, mistõttu mõnel pool tuli keelata sooja eine andmine. Haridustöötajad kalduvad olme- ja toitumistingimuste loomist teisejärguliseks pidama. Aastast aastasse on suveks hõivatud internaatkooli ruumid, mistõttu kõrralik remont on seni tegemata. Tuleb tõhustada tervishoiualast kasvatustööd õpilaste hulgas, see kohustus on eriti pedagoogidel.

Puudusi on ilmsiks tulnud toitlustusettevõtetes (õlletehases, kalakombinaadis) ja sanatooriumide sööklates. Toitlustusasutustes töötavate inimeste sanitaar-hügieenilised teadmised on sageli napid. On ilmnenu lugupeidamatut suhtumist sanitaarraamatusse nii omanike, ettevõtete administratsiooni kui ka kontrollorganite poolt.

Alalise sotsiaal- ja tervishoiukomisjoni tööst esitas ettekande T. Tamm, kes rääkis toitlustussanitaariast. On selgunud, et pooled kauplused ei pea kinni sanitaarnõuetest ning

et mitmes tootlustusettevõttes avastati olulisi puudusi, eriti töölissööklates ja einelaudades.

Pikem sõnavõtt oli tervishoiuministri asetäitjalt, vabariigi peasanitaararstilt O. Tammelt. Ta rääkis partei- ja valitsusorganite tähelepanust sanitaarolukorra parandamisel ning elanike sanitaarkultuuri tõstmisel. Suured sanitaaralased puudused on sageli tingitud üksikute juhtivate töötajate vastutustundetust suhtumisest oma kohustustesse. Kaheksa kuu jooksul 1973. a. määras sanitaarteenus vabariigis 2152 rahatrahvi, neist valdav osa tootlustussanitaaria alal. Töötajate premeerimisel peaks arvestatama ka sanitaar- ja hügieeninõuete täitmist. Peasanitaararst pidas oluliseks, et kohalik ajaleht ja raadiosõlm tooksid sanitaaralaseid puudusi veelgi enam esile.

Harvey Tüür

25. oktoobril 1948. a. lõpetas TRÜ Arstiteaduskonna stomatoloogiaosakonna viisteist stomatoloogi, kellest seitse asus tööle Tallinnasse, viis Tartusse, üks Pärnusse ja kaks Rakvere rajooni.

1973. aastal möödus sellest lõpetamisest juba 25 aastat. Sel puhul tuli Tallinnas kokku kaksteist selle lennu lõpetajat. Kõigepealt käidi ühiselt professor V. Hiie haul Metsakalmistul. Lilled asetaskalmule A. Kõdar.

Sõbralikus vestluses meenutati ülikooliaega. Muu hulgas koostati ka väike ankeet, millest ilmnest järgmist. Viieteistkümnest lõpetajast on kogu aeg ühel ja samal töökohal töötanud kümme. Kitsamate erialade järgi: terapeute kuus, kirurge kolm, ortopeede viis. I kategooria on kümnel, kandidaadikraad ühel. Teadmisi täiendamas on käidud kahekümne ühel korral, sellest väljaspool vabariiki kaheksal. Turistina väljaspool kodumaad on viibitud neliteist korda. Elukutse valikuga pole rahul kaks. Abielus on kaksteist, kokku on neil tütreid kaksteist, poegi kümme ja lapselapsi kolm. Lastest on stomatoloogi eriala valinud seni kaks, raviarsti üks. Suur osa lastest õpib veel keskkoolis.

Järgmine kokkutulek otsustati korraldada juba kahe aasta pärast.

Leida Varik

«NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOIU» PREEMIAID

1973. aastal «Nõukogude Eesti Tervishoius» ilmunud töödest hindas toimetuse premeerimiskomisjon koosseisus N. Ajasta, N. Elstein, E. Raudam, I. Laan ja V. Laos paremateks järgmised (autorite nimed tähestikulises järjestuses):

Malle Kundla (Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut) «Südame isheemiatõve patogeneesist», «Nõukogude Eesti Tervishoid» (NET), 1973, 6, 514—519, preemia 25 rubla.

Harri Lõiv (Zooloogia ja Botaanika Instituudi protozoologiasektor) «Imikute nakkusliku diarröa etioloogiline struktuur», NET, 1973, 1, 17—21, ja «Epidemioloogia raviasutustes», NET, 1973, 5, 441—445, preemia 25 rubla.

Rein Oro (Tallinna Tõnismäe Haigla), «Gastroduodenofluorograafia pärast koletsüstektomiat ja maksaväliste sapiteede operatsioone», NET, 1973, 3, 209—212, ja «Maksaväliste sapiteede haigused ja kaksteistsõrmiksoolesisene hüpertensioon», NET, 1973, 2, 120—121, preemia 25 rubla.

Vello Salupere (Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonnasisehaiguste ja

patoloogilise füsioloogia kateeder) «Ägeda pankreatiidi patogenees ja patogeneetiline ravi», NET, 1973, 2, 135—140, preemia 25 rubla.

Komisjon tõstis esile veel järgmised tööd:

Ester Kindlam (ajakirja «Keel ja Kirjandus» toimetuse) «Kas infarktiga haige või infarktihaige?», NET, 1973, 4, 371—372; «Kas on õige öelda geriaatriline haige? günekoloogiline kliinik?», NET, 1973, 5, 470—471, ja «Viirused keelemikroskoobi all», NET, 1973, 6, 553—554.

Silver Koppel (Ed. Vilde nim. Tallinna Pedagoogiline Instituut) «Teadvuse anatoomilis-füsioloogiline substraat», NET, 1973, 6, 502—507.

Avo-Valdur Mikelsaar (TRÜ Meditsiini Kesklaboratoorium) «Mitiesuguste ravimite ja raviprotseduuride toime lootesse ja vast-sündinusse», NET, 1973, 5, 417—422.

Toimetuse kolleegium kinnitas 21. detsembri koosolekul premeerimiskomisjoni otsuse ühel häälel.

KONVERENTSID JA SÜMPOOSIONID 1974. AASTAL

1974. a. on Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumil plaanis korraldada kaheksa konverentsi ja kuus sümpoosioni.

Konverentsid

Veebruaris — Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi XIV teaduslik sessioon põlevkivitööstuse tööhügieenist. Toimub Kohtla-Järvel.

Märtsis — «Südame ja veresoonte haiguste aktuaalseid küsimusi». Organiseerivad Tallinna Vabariiklik Haigla ning Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut. Toimub Tallinnas.

Aprillis — «Sportlaste valik ja ettevalmistus meditsiini seisukohalt ning sportlaste treenituse astme määramine». Korraldavad Vabariiklik Arstlik Kehakultuuri Dispanser ja Vabariiklik Spordimeditsiini Teaduslik Selts. Toimub Tallinnas.

Septembris — 1. XII vabariiklik dermatoveneroloogide konverents teemal «Sugu- ja nahahaiguste profülaktika, diagnoosimise ja ravi aktuaalseid küsimusi». Korraldavad Tallinna Vabariiklik Naha- ja Suguhaiguste Dispanser, TRÜ Arstiteaduskonna dermatoloogiateeder, Vabariiklik Dermatoloogide ja Veneroloogide Teaduslik Selts. Toimub Tallinnas. — 2. «Endokrinoloogia aktuaalseid küsimusi (suhkurtõbi, kilpnäärmehaigused)». Organiseerivad Tartu Vabariiklik Struuma-tõrje Dispanser, TRÜ Arstiteaduskond ja Vabariiklik Endokrinoloogide Teaduslik Selts. Toimub Tartus.

Oktoobris — Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi VIII konverents kahel teemal: «Eesti NSV noorte füüsiline areng ja tervis» ning «Hingamisteede ja soolenakkused». Toimub Tallinnas.

Novembris — 1. «Gastroenteroloogiliste haiguste diagnoosimise ja ravi aktuaalseid probleeme tänapäeval». Korraldavad on Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut ja Vabariiklik Gastroenteroloogide Tea-

duslik Selts. Toimub Tallinnas. — 2. «Tuberkuloosi ja mittespetsiifiliste kopsuhaiguste diagnoosimine, ravi ja profülaktika». Organiseerivad Tallinna Vabariiklik Tuberkuloositõrje Dispanser, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut, Vabariiklik Ftisiaatrite Teaduslik Selts. Toimub Tallinnas.

Sümpoosionid

Veebruaris — VI üleliiduline sümpoosion «Transpordi-ATP funktsioonid». Vastutavad korraldajad TRÜ Arstiteaduskond ja Moskva Riiklik Ülikool. Toimub Tartus.

Mais — «Porfüriinide ainevahetuse füsioloogia ja patoloogia». Organiseerib Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Tööhügieeni ja Kutsehaiguste Instituudi osavõtul. Toimub Tallinnas.

Juunis — 1. «Pärgarterite puudulikkuse kirurgiline ravi». Organiseerivad TRÜ Arstiteaduskond ja NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eksperimentaalse Meditsiini Instituut. Toimub Tartus (Käärikul). — 2. «Kõhuõõne elundite ja veresoonte kirurgia, uroloogia ja intensiivravi aktuaalseid küsimusi». Pühendatud professor A. Linkbergi 75. sünni-aastapäevale. Organiseerivad TRÜ Arstiteaduskond ja Vabariiklik Kirurgide Teaduslik Selts. Toimub Tartus. — 3. «Pahaloomuliste kasvaja, mittespetsiifiliste kopsuhaiguste ning südame- ja seedetraktihaiguste epidemioloogiliste uurimiste metodoloogia aspekte». Organiseerib Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut Moskva Arstide Täiendamise Keskinstituudi osavõtul. Toimub Tallinnas.

Detsembris — «Kombineeritud tuimastusmeetodid ja intensiivravi». Organiseerivad Vabariiklik Anestesioloogide-Reanimatoloogide Teaduslik Selts ja TRÜ Arstiteaduskond. Toimub Tallinnas.

Andrei Sarap

Tähelepanuks!

«Nõukogude Eesti Tervishoiu» toimetuse asub nüüd Kallaku t. 3 (Toompeal).

Postiaadress: Tallinn 200090, postkast 19. Telefon 443-70.

(Здравоохранение Советской Эстонии)

Медицинский журнал Министерства
здравоохранения Эстонской ССР

№ 1
Январь
Февраль
1974

Э. О. Тюндер, Л. А. Роостар, К. А. Пыдер, Х. Х. Тикко, К. Й. Кууль, В. Ю. Мельдер, К. К. Тамм — **О лечении артериальной эмболии и острого тромбоза** (стр. 3)

Приводится анализ лечения 223 больных с эмболией и острым тромбозом бифуркации аорты и магистральных артерий конечностей.

У больных с острой артериальной окклюзией наблюдаются изменения в кислотно-щелочном равновесии в сторону метаболического ацидоза и гипоксии венозной крови ишемических конечностей, а также повышенная свертываемость крови. Биохимические сдвиги крови характеризуют нарушения обменных процессов, которые наиболее интенсивно выражены у больных с абсолютной стадией острой ишемии конечностей.

При выборе метода лечения принималось во внимание общее состояние больного и стадия ишемии. При эмболических поражениях во всех случаях, когда позволяло состояние больного, применялось оперативное лечение. Больные с острым тромбозом в относительной стадии ишемии были подвергнуты консервативному лечению, но при ухудшении состояния кровообращения. У них были произведены восстановительные операции. Гангренозные конечности ампутированы.

Оперативным путем удалось восстановить кровоток в 61,3%, улучшить в 30% случаев, у остальных больных развилась гангрена. Консервативным лечением в 78% случаев достигнуто улучшение кровообращения через коллатеральные артерии, а в 22% из всех конечностей развилась гангрена.

Результаты лечения были тем лучше, чем раньше проводилось лечение, т. к. можно было избежать необратимые процессы в ишемических тканях.

А. Й. Вярмяэ, Х. М. Тихане — **Применение перитонеального диализа у больных почечной недостаточностью** (стр. 8)

В работе рассматриваются показания и противопоказания в клиническом применении перитонеального диализа. Прово-

дится анализ 56 случаев перитонеального диализа у больных почечной недостаточностью. Результаты применения перитонеального диализа показывают, что это хороший метод внепочечного очищения и по своей эффективности уступает лишь гемодиализу. Перитонеальный диализ применялся при лечении рефракторных отеков, азотемии, дисэлектролитемии и корригировании параметров кислотно-щелочного равновесия. Осложнения, как инфекция, боль, перитонизм, гиповолемия, периферический васкулярный коллапс, инфильтрация наружной стенки живота и потеря белков, легко поддаются лечению и не ограничивают клинического применения перитонеального диализа.

А. А. Хаавель — **О связи между группами крови (AB0) и воспалением желчного пузыря** (стр. 11)

Исследована зависимость заболеваемости воспалением желчного пузыря от групп крови (AB0). Исследованию подверглись больные, оперированные по поводу холецистита в центральных районных больницах Рапла, Хийумаа и Кингиссепя. Других заболеваний в анамнезе не было. Контрольную группу составили 1658 доноров, находящиеся на учете в Кингиссепской центральной районной больнице. Материал обработан методом χ^2 . В результате математического анализа выяснилось, что больные холециститом и здоровые люди (доноры) распределяются по группам крови одинаково.

В. А. Трудников — **Осложнения, наблюдающиеся при лечении больных с коксартрозами** (стр. 13)

За последнее десятилетие среди применяемых методов консервативного лечения гидрокортизон нашел широкое применение при лечении некоторых хронических заболеваний конечностей. Несмотря на то, что местное применение гидрокортизона в виде инъекций является весьма простым, большинство авторов все же сообщает об осложнениях в виде флегмон, гнойных артритов и инфильтратов в области введения гидрокортизона.

При введении больших доз гидрокортизона в одну точку под влиянием действия гормона на сосуды наступает их спазм, что приводит к нарушению питания, дегенеративным изменениям и некрозу тканей. Само по себе местное внутрисуставное или параартикулярное применение гидрокортизона не может быть отвергнуто, но оно допустимо при строгом клиническом определении показаний.

Приводятся рентгенограммы 2-х больных, которым неоднократно вводили интраартикулярно гидрокортизон по поводу коксартроза, вследствие чего наступили видимые изменения тазобедренных суставов.

В. К. Лоскит, А. Н. Вапра — Ревматоидный артрит как причина инвалидности (стр. 15)

Проанализированы данные о 102 освидетельствованных больных ревматоидным артритом по материалам актов экспертизы I и II ВТЭК города Тарту.

Инвалидов I группы при первичном освидетельствовании было 5, II группы — 53 и III группы — 44.

По длительности заболевания при первичном освидетельствовании инвалиды распределялись следующим образом: до 1 года — 21, от 2—5 лет — 34, от 6—10 лет — 25, от 11 лет и дольше — 22 человека. По характеру течения заболевания у 56 инвалидов было медленно прогрессирующее и 46 — быстро прогрессирующее течение заболевания.

В период, продолжавшийся от 4—7 лет, под наблюдением находилось инвалидов I группы 8, II группы — 61 и III группы — 31 человек, 2 человека были признаны трудоспособными.

В конце наблюдений не работали 52. Среди больных, сохранивших трудоспособность, оказались лица умственного труда, а также рабочие высокой квалификации. Большое значение при определении инвалидности ревматоидным артритом имеет функциональное нарушение со стороны суставов и характер течения заболевания, а также правильная трудовая установка.

Л. С. Приймаги, А. И. Воробьева, Л. Е. Гриншпун, К. Х. Суби, И. С. Урман, А. Э. Лембер, В. А. Михайлова, Ю. С. Капельман, Л. Х. Якобишвили, Л. Б. Пирятинский — Эпидемиологическая эффективность гриппозной вакцины для перорального применения в период вспышки гриппа в 1973 году (стр. 18)

Изучение эпидемиологической эффективности гриппозной вакцины для перорального применения в условиях эпидемической вспышки гриппа показало, что

общее снижение заболеваемости среди 9184 взрослых лиц, получивших вакцину, по сравнению с 3692 не получившими ее, составило 2,9 раза, при этом у трехкратно привитых — 2,4—4 раза. Проявление интерферогенного действия вакцины выразилось в снижении заболеваемости гриппом и ОРЗ в первую декаду после начала прививок в 3 раза по сравнению с контрольной группой. Однако относительно высокая заболеваемость лиц, получивших вакцину одно- или двукратно, а также лабораторные исследования свидетельствуют о том, что степень иммуногенной и интерферогенной активности исследованной вакцины невелика, поэтому использование ее в качестве средства специфической профилактики гриппа в предэпидемический сезон предпочтительнее, чем в качестве средства экстренной профилактики острых респираторных инфекций.

И. С. Урман, Л. С. Приймаги, В. В. Мирочник, Э. И. Васютина, К. Х. Суби, А. Э. Лембер — Эпидемиологическая эффективность гриппозной вакцины для перорального введения у детей в период эпидемии (стр. 21)

Была изучена эпидемиологическая эффективность и иммуногенная активность гриппозной вакцины для перорального введения производства Московского научно-исследовательского института вирусных препаратов. Вакцина применялась в качестве средства экстренной профилактики гриппа и острых респираторных инфекций у детей в период эпидемии. Всего получило вакцину 1372 ребенка в возрасте от 3 до 7 лет. 1301 ребенок составил контрольную группу. Вакцина вызвала достоверное снижение заболеваемости в группе вакцинированных по сравнению с контрольной в 1,5 раза. Проявление интерферогенного действия вакцины выразилось в снижении заболеваемости в первую декаду после начала прививок в 1,9 раза по сравнению с контрольной группой. Серологические исследования показали относительно невысокую иммуногенную активность вакцины, что подтвердила значительная заболеваемость среди детей, получивших вакцину одно- или двукратно. Поэтому завершенная схема иммунизации данной вакциной как средством специфической профилактики гриппа целесообразнее, чем использование ее в качестве средства экстренной профилактики острых респираторных инфекций.

К. А. Каск, А. А. Васар — Структура питания жителей Эстонской ССР (стр. 23)

В статье на основе физиологических норм приводятся данные о потребности в

продуктах питания населения Эстонской ССР. На основе химического состава потребленных продуктов рассчитано содержание основных питательных веществ в рационе питания. Даны советы для оценки пищевой ценности продуктов питания.

Л. Т. Пяй — Актуальные вопросы терапии ревматоидного артрита (стр. 25)

Приводится обзор современного состояния терапии ревматоидного артрита. На основании анализа литературных данных и пятнадцатилетнего собственного опыта, разбираются узловые вопросы лечения больных. Отмечается, что непосредственный эффект вследствие купирования приступа еще не позволяет судить о наступлении истинной ремиссии заболевания, которая достигается обычно лишь в случае применения комплексной лечебной схемы с учетом этапности мероприятий. Даются основы подобной схемы. Рассматриваются вопросы иммунологической реактивности больных и в связи с этим проблемы иммуносупрессивной и иммуностимулирующей терапии, а также особенности лечения больных в период обострения и в период ремиссии. Излагается точка зрения автора на общепринятые схемы лечения. Отмечаются отрицательные стороны длительной терапии гормональными препаратами. Даются рекомендации в отношении наиболее рациональных терапевтических мероприятий.

Б. М. Шамардин — Микроциркуляция как объект клинического исследования (стр. 29)

К. К. Кутсар — Хронические и латентные вирусные инфекции (стр. 35)

В настоящее время установлено, что большинство вирусов человека и животных способно вызывать латентную или хроническую форму инфекции. Латентная и хроническая вирусная инфекция характеризуется длительным персистированием вируса в организме или клетках. В процессе персистирования вируса происходит изменение его патогенности как в сторону снижения, так и в сторону ее значительного увеличения. Наряду с уже изученными латентными и хроническими инфекциями (цитомегалия, герпес простой, варицелла-зостер, аденовирусы и др.) исследуются хронические инфекции, вызываемые вирусом кори (подострый склерозирующий панэнцефалит, множественный склероз).

К латентным и хроническим вирусным инфекциям относятся также своеобразные

хронически протекающие дегенеративные заболевания, которые включены в категорию так называемых медленных инфекций. Латентные и хронические вирусные инфекции являются важной проблемой современной вирусологии, и вопросы их эпидемиологии, иммунологии, патогенеза и диагностики нуждаются в разработке.

С. Х. Клейтсманн, Ю. Э. Томингас — Новая форма карты для диспансеризации детей болеющих ревматизмом (стр. 40)

Х.-И. Г. Маароос, Н. Б. Сахрис, Т. Х. Кутсар — О диагностике глутенентеропатии (стр. 42)

Приведен случай глутенентеропатии с незначительными клиническими симптомами, но существенными сдвигами по ряду специфических тестов. Глутенентеропатия была диагностирована на основании расстройств всасывания, изменений рельефа слизистой оболочки тонкой кишки при рентгенологическом исследовании и прежде всего субтотальной атрофии ворсинок слизистой оболочки тонкой кишки. Лечение безглютеновой диеты в течение одного месяца дало положительный результат. Наряду с улучшением самочувствия больной, отмечены и изменения в слизистой оболочке тощей кишки, которые заключались в появлении единичных листовидных ворсинок вместо субтотальной атрофии. При продолжении лечения этой диетой весьма вероятно, что состояние слизистой оболочки и ее функция постепенно улучшатся.

О. И. Волож — О некоторых путях улучшения диагностики внутренних болезней (стр. 45)

Р. Р. Биркенфельдт — О недостатках в диагностике внутренних болезней в поликлинике (стр. 48)

Ю. Э. Аамер — Первая помощь при повреждениях глаз (стр. 49)

С. Р. Йыкс — Вирус гриппа и профилактика гриппа (стр. 52)

Подготовка кадров (стр. 56)

- Р. Р. Раннамяэ — Неделя здоровья в Харьковском районе (стр. 57)
- А. Э. Нагелмаа, В. В. Калнин — Три неизвестных письма Ф. Р. Крейцвальда с 1838 года (стр. 48)
- В отделе рукописей Литературного музея им Ф. Р. Крейцвальда АН ЭССР обнаружено три до сих пор неизвестных письма Ф. Р. Крейцвальда. Они получены от потомков профессора Петербургской медико-хирургической академии К. К. Зейдлица. Вероятно, адресатом этих писем и был К. К. Зейдлиц, что подтверждает и ознакомление с их содержанием. Письма свидетельствуют о том, что Ф. Р. Крейцвальд был наблюдательным и сведущим врачом. Он дает в письмах полную историю болезни одной пациентки из высшего сословия, консультируясь с К. К. Зейдлицем.
- Л. Т. Роотсмяэ — Когда была проведена первая вакцинация в Эстонии? (стр. 61)
- Как свидетельствует прилагаемый документ, первая вакцинация против оспы в Эстонии была проведена врачом К. И. Ньюбергом в Таллине 28-го марта 1800 года. Это, по сведениям автора, была первая вакцинация во всей России.
- А. Э. Лутс — V конференция оториноларингологов Эстонской ССР (стр. 62)
- Й. Э. Зобель — Первый съезд фармацевтов Эстонской ССР (стр. 63)
- Н. Р. Аяста — Совещание организаторов здравоохранения (стр. 64)
- Н. В. Эльштейн — Международный симпозиум (стр. 64)
- Г. О. Лоогна — Симпозиум по вопросам канцерогенных N-нитрозосоединений (стр. 65)
- Я. Я. Рийв — II Всесоюзный съезд кардиологов (стр. 66)
- А. А. Кинк — Всесоюзное совещание по вопросам медицинской статистики (стр. 67)
- Ё. Ю. Аасав — IV Всесоюзная конференция по вопросам биохимии и морфологии инфекционных заболеваний (стр. 68)
- В. П. Салупере — Второй Всесоюзный симпозиум по вопросам гастроинтестинальной эндоскопии (стр. 68)
- В. В. Калнин — Первый Всесоюзный съезд историков медицины (стр. 69)
- Э. К. Кама — VIII Всесоюзный съезд фтизиатров (стр. 70)
- Л. С. Приймаги — Симпозиум по вопросам гриппа (стр. 71)
- Э. К. Кама — Всемирная конференция в Токио по вопросам туберкулеза (стр. 71)
- Х. О. Пихл — Республиканское общество эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов (стр. 72)
- М. Х. Пелла — Новые правила исчисления непрерывного трудового стажа (стр. 75)
- Постановлением Совета Министров СССР от 13 апреля 1973 года № 252 утверждены новые «Правила исчисления непрерывного трудового стажа рабочих и служащих при назначении пособий по государственному социальному страхованию». Они применяются с 1 июля 1973 года.
- Теперь, как при назначении пособий по социальному страхованию, так и при назначении надбавок к пенсиям непрерывный трудовой стаж определяется по одним и тем же правилам.
- Юбилейные даты (стр. 78)
- Критика и библиография (стр. 79)
- Впечатления о поездке в Голландию (стр. 80)
- Новые лекарственные препараты (стр. 83)
- Вопросы эстонского языка в медицине (стр. 84)
- Хроника (стр. 86)

Nõukogude Eesti Tervishoid

(Soviet Estonian Health)
Medical Journal of the
Ministry of Health of the Estonian S.S.R.

No. 1
January
February
1974

E. Tünder, L. Roostar, K. Pöder, H. Tikko, K. Kull, V. Mölder, K. Tamm — **The Treatment of Acute Arterial Occlusion** (p. 3)

The results of the treatment of 223 patients with embolism and with acute thrombosis of the aorta and main arteries of the extremities are discussed. It has been found that the results of surgical treatment of acute arterial occlusion are better than those of medicamentous therapy. After surgical treatment the blood supply in the extremities was restored in 103 cases and improved in 47 cases, but 18 cases developed gangrenes. It was noted that the sooner the operation was performed the better the results.

A. Värimäe, H. Tihane — **Peritoneal Dialysis in the Treatment of Kidney Failure** (p. 8)

The article deals with the clinical use of peritoneal dialysis and its indications and contraindications. It also analyses the results of 56 peritoneal dialyses performed in patients with renal failure. Clinical observations suggest that peritoneal dialysis is a suitable method in the management of refractory oedemata, azotaemia, dyselectrolytaemia and acid-base balance disturbances. Complications, such as infection, pain, peritonism, hypovolaemia, peripheral vascular collapse, infiltration of the external abdominal wall and loss of protein are easy to bring under control, and they do not limit the clinical use of peritoneal dialysis.

A. Haavel — **A—B—0 Blood Groups in Patients with Cholecystitis** (p. 11)

Grouping of blood was carried out in 154 patients of Estonian nationality. All the patients were operated on for cholecystitis in the district hospitals of Rapla, Hilumaa and Kingissepa. None of the patients was suffering from any other digestive disorders. A total of 1,658 reserve donors at the Kingissepa Central Hospital served as a control group. The data obtained were statistically analysed by the χ^2 method. The results of the survey showed no statistically significant differences in A-B-0 blood group distribution between healthy persons and patients with cholecystitis.

V. Trudnikov — **Complications in the Treatment of Coxarthrosis** (p. 13)

V. Loskit, A. Vapra — **Rheumatoid Arthritis as a Cause of Disability** (p. 15)

A total of 102 invalids with rheumatoid arthritis were examined. According to the degree of disability the patients fell into the following disability groups: 5 patients belonged to the first, 53 to the second and 44 to the third invalid group. On the basis of the duration of the disease they were distributed as follows: up to one year — 21, from 2 to 5 years — 34, from 6 to 10 years — 25 and 11 years and more 22 male patients. In 56 cases the disease has a protracted and in 46 cases a rapidly progressing course. During the 4—7-year observation period the same invalids had been redistributed into the following groups: group I — 8 patients, group II — 61 patients and group III — 31 patients, whereas 2 patients were considered capable of working. At the end of the observation period 52 invalids did not go to work.

Among patients with reduced working capacity were mental workers and highly qualified persons. Functional disorders and the course of rheumatoid arthritis and also working conditions are of great importance in disability assessment.

L. Priimägi, A. Vorobyova, L. Grinshpun, K. Subi, I. Urman, A. Lember, V. Mihhailova, J. Kapelman, L. Jakobishvili, L. Pirjathinsky — **The Efficacy of an Oral Influenza Vaccine during an Influenza Outbreak in 1973** (p. 18)

The efficacy of an oral influenza vaccine was studied under the epidemic conditions in 1973. It has been shown that, in a group of 9,184 people, the vaccination with the oral influenza vaccine brought about a 2.9-fold decrease in the incidence of influenza, compared with that in the control group of 3,692 unvaccinated subjects, whereas a three-dose vaccination reduced the incidence 2.4 to 4 times. As a result of its interferon-inducing effect, the vaccine caused a 3-fold reduction in the incidence of influenza and acute respiratory diseases, compared with that in the control group. But a relatively high incidence of acute respiratory diseases, however, among the subjects who received one- or two-dose vaccination, and corresponding laboratory data point to a low level of immunogenic and interferon-inducing capacity of the vaccine studied. So the authors would prefer to use it as a specific prophylactic against influenza during a pre-epidemic period, rather than as a preventive measure against acute respiratory diseases.

I. Urman, L. Priimägi, V. Mirotschnik, E. Vasjutina, K. Subi, A. Lember — **Studies of the Efficacy of an Oral Anti-Influenza Vaccine in Children During an Outbreak** (p. 21)

K. Kask, A. Vasar — Dietary Studies in the Estonian SSR: Elements of Nutrition (p. 23)

The article furnishes data on the normal nutritional requirements which were calculated on the basis of the chemical composition of the food. It also includes information on the essential food elements in everyday dietary of the population. Directions for the evaluation of nutritive properties of several foods are given.

L. Päi — Current Views on the Treatment of Rheumatoid Arthritis (p. 25)

In this article the author presents a survey of the treatment of rheumatoid arthritis. On the basis of literary data and his own 15-year experience, he deals with some key problems of the treatment of rheumatoid arthritis. The author points out that it is impossible to judge a remission of the disease by the short-term benefits obtained by controlling a rheumatic attack. A true remission of the disease can be achieved by employing a complex, prognostically orientated, gradual treatment scheme. Guidelines for such a scheme are given in this article.

Immunological reactivity of patients, immunosuppressive and immunostimulant therapy and some characteristic features in the treatment of patients during exacerbation and remission are also discussed.

The author's viewpoint on current treatment schemes are expounded in view of the ill-effects a prolonged therapy can produce. A more rational treatment for rheumatoid arthritis is suggested.

B. Schamardin — Microcirculation as an Object of Clinical Study (p. 29)

K. Kutsar — Latent and Chronic Viral Infections (p. 35)

Nowadays it is well established that a majority of human and animal viruses can cause latent and chronic infections. A latent and chronic viral infection is characterized by a long persistence of virus in the body or tissue culture. Such viral persistence may lead to a fall or a rise in the pathogenicity of virus. Together with some well-known latent and chronic infections (e. g. cytomegalia, herpes simplex, varicella-zoster, adenoviruses, etc.) some chronic infections associated by measles viruses (subacute sclerosing panencephalitis, multiple sclerosis) are being studied. Some chronic degenerative diseases, so-called slow infections, have also been included into this group of infections. Latent and chronic infections represent an important problem in present-day virology; the problems of their epidemiology, immunology, pathogenesis and diagnosis require further studies.

S. Kleitsmann, J. Tomingas — A New Personal Record Card Pattern for Rheumatic Children (p. 40)

H.-I. Maaros, N. Sachris, T. Kutsar — Diagnosis of Gluten Enteropathy (p. 42)

A case of gluten enteropathy is described. Clinically the patient was suffering from a latent form of malabsorption. Intestinal function

tests showed steatorrhea and a decreased d-xylose absorption in the small intestine. Subtotal villous atrophy was observed in jejunal mucosal specimens. After a gluten-free diet the improvement of mucosa in the small intestine and x-ray patterns became obvious.

O. Volozh — Some Possible Improvements in Diagnosis of Internal Diseases (p. 45)

R. Birkenfeldt — Some Shortcomings in Diagnosis of Internal Diseases in the Polyclinic (p. 48)

Ü. Aamer — First Aid in Eye Injuries (p. 49)

S. Ioks — Influenza Virus and Prevention of Influenza (p. 52)

Training of Personnel (p. 56)

Medical Education (p. 57)

A. Nagelmaa, V. Kalnin — Fr. R. Kreutzwald's Three Unknown Letters Dating from 1838 (p. 58)

L. Rootsmäe — When Was the First Vaccination Carried Out in Estonia? (p. 61)

The accompanying photo-copy of a document bears witness of the fact that the first vaccination in Estonia against smallpox was carried out by doctor K. I. Nyberg in Tallinn on March 28, 1800. As far as we know, that was the first vaccination in the whole tsarist Russia.

Conferences and Medical Meetings (p. 62)

H. Pihl — The Republican Society of Epidemiologists, Microbiologists and Infectionists (p. 72)

Juridical Consultation (p. 75)

Dates (p. 78)

Reviews and Bibliography (p. 79)

A Visit to the Netherlands (p. 80)

New Drugs (p. 83)

Some Questions of the Estonian Medical Language (p. 84)

Chronicle (p. 86)

SISUKORD

Teoria ja praktika

- E. TÜNDE, L. ROOSTAR, K. PÖDER, H. TIKKO, K. KULL, V. MÖLDER, K. TAMM — Arteri emboolia ja ägeda tromboosi ravi 3
- A. VÄRIMÄE, H. TIHANE — Peritoneaaldialüüs neerupuudulikkuse ravis 8
- A. HAAVEL — ABO-süsteemi veregrupid ja sapipõiepõletik 11
- V. TRUDNIKOV — Ravitüsistused koksartroosi põdevatel haigetel 13
- V. LOSKIT, A. VAPRA — Reumatoidartriit invaliiduse põhjustajana 15
- L. PRIIMÄGI, A. VOROBJOVA, L. GRINSPUN, K. SUBI, I. URMAN, A. LEMBER, V. MIHAILOVA, J. KAPELMAN, L. JAKOBISVILI, L. PIRJATINSKI — Peroraalselt kasutatava gripivaktsiini tõhusus 1973. a. gripipuhangu ajal 18
- I. URMAN, L. PRIIMÄGI, V. MIROTSNIK, E. VASJUTINA, K. SUBI, A. LEMBER — Peroraalselt kasutatava gripivaktsiini epidemioloogiline tõhusus lastel puhangu ajal 21
- K. KASK, A. VASAR — Eesti NSV elanike toitumisstruktuur 23

Ülevaated

- L. PÄI — Reumatoidartriidi ravi 25
- B. SCHAMARDIN — Mikrotsirkulatsioon kui kliinilise uurimise objekt 29
- K. KUTSAR — Kroonilised ja latentsed viirusnakkused 35

Tervishoid. Töö teaduslik organiseerimine

- S. KLEITSMANN, J. TOMINGAS — Reumat põdevate laste uus dispanseerse kaardi vorm 40

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

- H.-I. MAAROS, N. SACHRIS, T. KUTSAR — Gluteenenteropaatia diagnoosimine 42

Mõttevahetus

- O. VOLOŽ — Sisehaiguste diagnoosimise parandamise mõnedest võimalustest 45
- R. BIRKENFELDT — Mõnedest sisehaiguste diagnoosimise puudustest poliikliinikus 48

Abiks velskritele ja õdedele

- Ü. AAMER — Esmaabi silmakahjustuste korral 49
- S. JOKS — Gripiviirus ja gripi profülaktika 52

Kaardi ettevalmistamine

- H. JANES — Ingeborg Veldre bioloogiadoktoriks 56

Sanitaarharidustöö

- R. RANNAMÄE — Tervisenädal Harju rajoonis 57

Arstiteaduse ajaloost

- A. NAGELMAA, V. KALNIN — F. R. Kreutzwaldi kolm senitundmatut kirja aastast 1838 58
- L. ROOTSMÄE — Millal Eestis esmakordselt roungeid pandi? 61

Konverentsid ja nõupidamised

- A. LUTS — Eesti NSV otorinolarüngoloogide V konverents 62
- P. ZOBEL — Eesti NSV farmatseutide I kongress 63
- N. AJASTA — Tervishoiuorganisaatorite nõupidamine 64
- N. ELSTEIN — Rahvusvaheline sümposium 64
- G. LOOGNA — Kantserogeensete N-nitrosühendite sümposium 65
- J. RIIV — II üleliiduline kardioloogide kongress 66
- K. KINK — Üleliiduline nõupidamine meditsiinistatistika alal 67
- J. AASAV — IV üleliiduline nakkushaiguste biokeemia ja morfoloogia konverents 68
- V. SALUPERE — II üleliiduline gastro-intestinaalse endoskoopia sümposium 68
- V. KALNIN — I üleliiduline meditsiini-ajaloolaste kongress 69
- E. KAMA — VIII üleliiduline ftisiaatrite kongress 70
- L. PRIIMÄGI — Gripisümposium 71
- E. KAMA — XXII ülemaailmne tuberkuloosikonverents Tokios 71

Arstide seltsides

- H. PIHL — Epidemioloogide, Mikrobioloogide ja Infektsionistide Vabariiklik Selts 72

Juriidilist nõuannet

- M. PELLA — Pideva tööstaaži arvutamise uued eeskirjad 75

Tähtpäevad

- Elmar Rõigas 60-aastane 78

Kriitika ja bibliograafia

- M. KONT — Bibliograafilisi kartoteeke Meditsiinilises Raamatukogus 79

Välismaalt

- Muljeid Hollandi-reisilt 80

Uusi ravimeid

- A. JÜRISON — Biossed, riboflaviinmononukleotiid, tavegüül 83

Quaestiones linguae Estonicae in medicina

- E. KINDLAM — Kas skanner, skenner või skänner? 84

Kroonika

- Meditsiiniuudiseid lühidalt 17, 20, 39, 55

Tallinna Parfümeeria ja Toidurasvade Kombinaadi



majonees

on valmistatud päevalilleõlist, munapulbrist, suhkrust, äädikast ja sinepist

majonees

sisaldab küllastamata rasvhappeid, E- ja A-vitamiini, organismile tähtsaid ehituskomponente — fosfatiide — ja mineraalsooladest kaltsiumi ning fosforit

majonees

on väärtuslik, vajalik ja maitsev toiduaine