



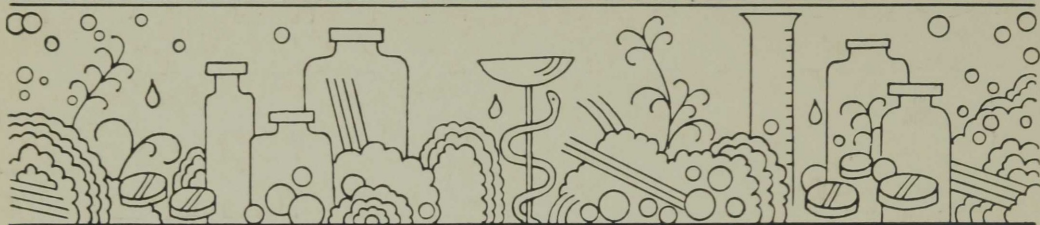
ISSN 0134—2320

NÕUKOGUDE EESTI **TERVISI- HOID**



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

3 · 1985



SOLUTIO CLOPHELINI

0,125⁰/₀-, 0,25⁰/₀- ja 0,5⁰/₀-line klofeliinilahus

Klofeliinilahust kasutatakse silmatilkadena glaukoomi korral. Toimeefekt põhineb paiksel adrenomeetilisel ja osaliselt resorptiivsel toimel, sest preparaat imendub silma limaskestast kaudu.

Ravi alustatakse 0,25⁰/₀-lise lahusega. Nõrgalt väljendunud toime korral kasutatakse 0,5⁰/₀-list lahust, kõrvalnähtude ilmnemisel 0,125⁰/₀-list lahust.

Ravimi annuseks on üks tilk klofeliinilahust 2...4 korda päevas.

BACLOFEN

Sünonüüm: *Lioresal*

Baklofeen on üks mõjusamaid tänapäeval kasutatavaid müorelaksante. Ravim on näidustatud *sclerosis multiplex*'i, pea- või seljaajust lähtuvate skeletilihaste spastiliste seisundite korral. Baklofeen tugevdab valuvaigistite toimet. Ravi alustatakse 5 mg-st kolm korda päevas. Iga kolme päeva järel suurendatakse annust 5 mg võrra seni, kuni saavutatakse maksimaalne ööpäevane annus (60...75 mg).

Ravimit võetakse sisse söögi ajal.

Baklofeeni toodetakse Poola RV-s 10- ja 25-milligrammist tablettidena.

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI 1985 · XXVIII AASTAKÄIK

SISU

TERVISHOIJUHT TÄNAPÄEVAS

V. Rätsep — Juhtkiri 163

TEORIA JA PRAKTIKA

R. Birkenfeldt — Riskitegurid haiguste profülaktikas 166

V. Kask — Puberteediaaliste tütarlaste profülaktilised läbivaatused 168

A. Tooming — Glaukoomi varajane avastamine 173

M. Pärlist, S. Velbri — Immuunpuudulikkus retsidiveeruvaid ja kroonilisi hingamisteede haigusi põdevatel lastel 176

T. Pook, L. Pook — Alkohoolikute surmapõhjused lahangu andmeil 178

J. Eha — Koronarograafiaieiu kirjeldamise skeem 182

ÜLEVAATED

R. Salupere — Maosekretsiooni ergutite valik 186

M. Majass — Krüptorhismi etiopatogeneesi ja ravi 189

TERVISHOIJUTÖÖ KORRALDUS

A. Luts, K. Kotsar — Arstiabi ja audioloogia ülesanded kurtide ning vaegkuuljate integratsiooni programmis 192

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

I. Freiberg — Lastekirurgi töökogemusi
A. Haavel — Sapiteede transpapiilaarne dreenimine 199

MÖTTEVAHETUS

L. Allikmets — Mida taotleb füto-teraapia? 201

40 AASTAT VÕIDUST

E. Tallmeister — Meedikuna rivis Suure Isamaasõja aastatel 204

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

I. Maaros — Teaduslikke kutseid 206
Kaitsti kandidaadiväitekirju 206

Tallinna Meditsiinikooli lõpetajaid 1985. aastal 207

Tartu Meditsiinikooli lõpetajaid 1985. aastal 208

ARSTITEADUSE AJALOOST

H. Gustavson — Apteekide juubelid 208

V. Kalnin — Sada aastat Hans Schotteri sünnist 211

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

A. Liiv — Vabariiklik psühhiaatrite ja psühholoogide seminar 213

A. Liiv — Esimene kohtupsühholoogia ekspertiisi alane nõupidamine 213

L. Mitt — Leiutus- ja ratsionaliseerimisalane seminarnõupidamine 213

M. Lõvi-Kalnin — VIII Läti NSV stomatoloogide konverents 214

E. Vagane — Vitaminoloogia ja toitumishügieeni probleemikomisjonide ühispleenium 214

L. Allikmets — VI üleliiduline sümpoosion füsioloogiliselt aktiivsete ainete otsingute alal 215

M. Lõvi-Kalnin — Üleliiduline stomatoloogiaalane seminarnõupidamine 215

ARSTIDE SELTSIDES

E. Lepasaar — Eesti Stomatoloogide Seltsi 30. aastapäev 216

L. Tamm — Eesti Lastearstide Seltsi juhatusel laiendatud pleenium 217

M. Lõvi-Kalnin — Üleliidulise Stomatoloogide Seltsi ja Stomatoloogia Teadusliku Uurimise Keskinstituudi ühis-
konverents 217

MEIE JUUBILARE 218

Felix Raudkepp, Zinaida Saar, Rimma Sudakova, Laine Villako, Arvi Sillam, Maret Veske, Enno Kross, Leo Ora, Leida Kesa, Maie Gustavson, Jaan Martin, Udo Reino, Laine Paavel, Maarja Rooma, Anatoli Tetsov

UUSI RAVIMEID

A. Jürison — Kortomütsetiin, oksodoliin 222

IN MEMORIAM

Kaljo Rägo 26. XI 1921 ... 15. III 1985 223

KRIITIKA JA BIBLIOGRAAFIA

E. Vagane — Raamat leivast ja inimese toitumisest 224

J. Riiv — Veel kord pilk tagasi 1984. aasta «Nõukogude Eesti Tervishoiule» 226

KROONIKA 228

Eesti NSV teadlaste publikatsioone välismaal 235

Eesti NSV teadlaste lõpetatud uurimusi 235

Artiklite venekeelsed resümeed 236

Artiklite ingliskeelsed resümeed 239

«Nõukogude Eesti Tervishoid»

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

Москва Г 200, «Международная книга».

Toimetuskolleegium

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

Toimetusnõukogu

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

Korrektor L. Art. Tehniline toimetaja H. Brus. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19, Kallaku 3. Tel. 444-370. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pärnu mnt. 8, tel. 44 24 84. Ladumisele antud 15. 04. 1985. Trükkimisele antud 29. 05. 1985. Trükiarv 5800. Ofsetpaber nr. 1. 70×100/16. Trükipoognaid 5,0. Tingtrükipoognaid 6,5. Arvestuspooignaid 8,88. Tell. nr. 1447. MB-06117. EKP Keskkomitee Kirjastuse trükikoda, Tallinn, Pärnu mnt. 67-a.

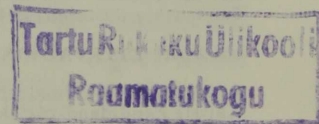
Журнал «Ньюкогуде Ээсти Тервисхойд» (Здравоохранение Советской Эстонии). Выходит 6 раз в год. На эстонском языке. Резюме на русском и английском языках. Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР. Издательство «Периодика», Таллин. Тираж 5800. Печ. лист. 5,0. Усл.-печ. лист. 6,5. Уп.-изд. лист. 8,88. Заказ № 1447. MB-06117. Типография Издательства ЦК КП Эстонии, Таллин, Пярну маантез, 67-а.

© Kirjastus «Perioodika».
«Nõukogude Eesti Tervishoid»

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

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

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



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

Tervishoiujuht **tänapäevas**

1985. aasta NLKP erakorralisel märtsipleenumil rõhutati, et meie ühiskond on oma arengus jõudnud murrangulise ajajärku. Partei ja rahvas alustavad suurt pööret NSV Liidus rajatud sotsialistliku ühiskonna täiustamiseks. Objektiiivselt on see pööre tingitud vajadusest kvalitatiivsete muudatuste järele kõigis ühiskonnaelu sfäärides. Selle kõige elluviimine nõuab loomejõudude koondamist ja töötajate algatusvõime arendamist, ühiskonna parteipoliitilise juhtimise parandamist, samuti rahvahulkade organiseerimis- ja ideoloogiatoote vormide ning meetodite täjustamist. Partei peamine strateegiline ülesanne on arenenud sotsialismi täiustamine. Selle käigus tuleb kõik ühiskonnaelu valdkonnad viia kvalitatiivselt uuele arengutasemele. Kõige olulisem on seejuures majanduse arendamine. On ju majandus kogu sotsiaalse, poliitilise ja vaimse progressi alus.

On küpsenud vajadus suurte ja kvalitatiivsete muudatuste järele materiaaltehnoloogilises baasis ning kogu ühiskondlike suhete süsteemis. Sotsiaal-majandusliku arengu uued tingimused, ülesannete ulatuslikkus ja keerukus eeldavad nüüdisaegset majandusmõtlemit. Mida enam demokratiseerub juhtimine, seda enam peab majanduse arengut arvestav mõtlemisviis kujunema ühiskondliku teadvuse osaks. Esmajärjekorras tuleb loobuda mahunäitajatest majandusliku ja sotsiaalse arengu hindamisel. Põhitähelepanu tuleb koondada rahvamajanduse lõpptulemusele.

Arenenud sotsialismi täiustamise idee peab olema aluseks ka kogu ideoloogia ja kasvatustööle. Tähtsaim on kasva-

tada igas inimeses töö vajaduse mõistmist, arusaamist, et on tarvis kohusetundlikult töötada üldiseks hüvanguks.

Propaganda efektiivsuse määravad eeskätt teaduslikkus, tõepärasus ja reaalsustunne. Need on vajalikud niihästi kriitikamaterjali kui ka meie edusamme käsitlevate andmete esitamisel. Ideoloogiatoote peab jõudma iga inimeseni. Poliitõppe mõte seisnebki selles, et igauks mõistaks partei poliitikat tänapäeva seisukohalt, oskaks rakendada teadmisi ning mõistaks selgelt oma kohust ning täidaks seda. See aga nõuab diferentseeritud ideoloogiatooteid ja elanikkonna eri rühmade huvide tundmist.

Tervishoiuvõrgu arendamine ning arstiabi täiustamine on meie sotsiaalpoliitika üks esmaseid ülesandeid. Uus majanduse arenguliin — intensiivmajandamine — eeldab uut laadi mõtlemist, uute lahenduste leidmist. Tervishoiuvahendite ja materiaalsete ressursside kasutamise ökonoomsuse hindamiseks tuleb lähtuda eelkõige eesmärgist tagada arstiabi maksimaalne kättesaadavus ja ravi tõhusus. Tähtis probleem selles valdkonnas on voodifondi otstarbekas kasutamine. Voodifondi puudulik kasutamine vähendab arstiabi kättesaadavust ning on riigile majanduslikult kahjulik, sest haiglavoodit finantseeritakse ka siis, kui voodikohad on täitmata. Seejuures tuleb silmas pidada haiglaravi kestust. Tähtis on, et haigeid ravitaks kiiremini ja rohkemal arvul. Sellise voodikohtade parema kasutamise eesmärgil on esitaks vaja suurendada ambulatoorsete ja polikliiniliste uuringute mahtu. Teiseks on vaja avada järeldravi- ja taastusraviosakondi.

Ei ole kõik veel korras planeerimisega tervishoiusüsteemis, mille peaeesmärk ja sisu on rahva tervise tugevdamine, haigestumuse, invaliidisuse ja surmuse vähendamine, inimese eluea ja töövilimise eluperioodi pikendamine. See on saavutatav arstiabi jaoskonnaprinsiibi täiustamise, ülddispanseerimise, samuti eriarstiabi täiustamise ning meditsiinkaadri kvalifikatsiooni tõstmise teel.

Rahvastiku arstiabi planeerimisel tu-

leb erilist tähelepanu pöörata ealis-soolisest, füsioloogilisest ja professionaalselt aspektist kõige enam ohustatute rühmadele. Haiglaravi planeerimisel tuleb arvesse võtta seda, et haiglaravi kestus oleneb paljudest teguritest: voodikohtade arvust, haigla varustatusest meditsiiniaparatuuriga, nüüdisaegsete ravi- ja diagnoosimismeetodite ning vahendite kasutamisest, arstiabi kvaliteedist polikliinikus. Seoses keskmise eluea pikenedamisega võib edaspidi oodata hospitaliseeritute hulgas elatanud inimeste arvu suurenemist, mis võib kaasa tuua haiglaravi kestuse pikenedamise. On ilmne, et täiustada tuleb esmajärjekorras haiguste diagnoosimist polikliinikutes ning haiglates, sest puudused selles peegelduvad nimelt haiglaravi kestuses. Statistika andmeil kasutatakse meil voodikohti ratsionaalsemalt suurtes haiglates.

Samuti on tähtis ambulatoorse ja polikliinilise arstiabi planeerimine. Haiglavälise raviasutuste võrk töötab meil suure ülekoormusega. Et tagada normatiivne töömaht, tuleb jätkata töökordalduse parandamist ambulatooriumides ja polikliinikutes ning kiirendada nende asutuste võrgu laiendamist.

Töö spetsiifika järgi on tervishoiujuht eelkõige kasvataja. Tema kasvatustöö ühtib mitmeplaaniliste ülesannetega ravi- ja profülaktikaalases tegevuses. Tervishoiu organisatsioonilise struktuuri spetsiifika, tehnifitseerumine ja teised tendentsid avaldavad keerulist ning mitmekülgset mõju ka meditsiinieetika probleemidele. Nõukogude tervishoiu ühiskondlik laad nõuab, et iga arst oleks oma erialal ka ravi- ja profülaktikatöö organiseerija. Seetõttu on deontoloogilised aspektid tähtsad igale meditsiinitöötajale.

Tervishoiujuht peab olema vastutustundeline, printsiipaalne, nõudlik, õiglane, heatahtlik. Need on väga olulised omadused, kuid seejuures tuleb näha ka tervishoiujuhi spetsiifilisi probleeme. Eelkõige oleneb see erinevatest haigetest, võiks öelda erilaadsest kontingendist, kellega tuleb tervishoiutöötajail oma töös kokku puutuda. Küllalt

sageli tulenevad haige närvisüsteemi seisundist mitteadekvaatne reaktsioon, erilised nõuded ja pretensioonid.

Sellistes tingimustes kogu kollektiivi asjaliku tööruütmis säilitamine, ühtsete arusaamade tagamine, täpne, kõrvalekaldumatu ülesannete täitmine nõuavad tervishoiujuhilt teadmiste, kogemuste, psühholoogilise häälestatuse kõrval veel oskust inimesi juhtida — ühelt poolt juhtida meditsiinipersonali, teiselt poolt suhelda pidevalt vahetuvate haigetega.

Nõukogude tervishoiu põhimõtted on osa meie ühiskonna humaansest poliitikast. Vastavalt sotsiaal-ökonomiliste tingimuste muutumisele need põhimõtted arenevad, täiustuvad ja saavad uue sisu. Profülaktilise suuna edasiarendamiseks on üleminek kogu rahvastiku dispansseerimisele, tervete eluviiside kujundamine. Ülddispansseerimisel, seda just tervete ja praktiliselt tervete inimeste puhul, on suur osatähtsus ka moraalsel teguritel. Kogu inimkonna ajaloo vältel on kujunenud suhtumine arstisse kui haige abistajasse, kelle tegevuse läbi saab haige kergendust. Seetõttu profülaktikameetmed, ka ülddispansseerimine, võivad tervete inimeste poolt saada väär hinnangu ja suhtumise osaliseks. Seetõttu on väga oluline arsti suhtumine, kuidas ja millisel määral sekkuda inimese isiklikku ellu. Ainult kõrge suhtlemiskultuur, professionaalsus, arsti sügav veendumus ühe või teise profülaktilis-diagnostilise menetluse hädavajalikkuses võimaldavad selle tööga toime tulla. Eelkõige on vaja välja kujundada arstide eneste õige suhtumine profülaktikameetmete vajalikkusesse.

Tervishoiujuht peab vastutama teadussaavutuste elluviimise eest. Tervishoiuasutuste tehniline varustatus täieneb pidevalt, mis omakorda toob kaasa uusi probleeme — arsti ja haige kokkupuutumise harvenemise, uute mittemeditsiinilise ettevalmistusega spetsialistide raviasutustesse tööleasumise jms. Uus aparatuur nõuab kaadri kõrget kvalifikatsiooni, mis kahjuks

alati ei ole nõuetekohane, põhjustades vigu diagnoosimis- ja raviaparatuuri kasutamisel. Tehnikaspetsialistide osalemine ja nende osatähtsuse suuremine on iseloomulik ravi- ja diagnoosimisprotsessile tänapäeval. See nõuab juhlit laialdasi teadmisi, eelkõige aga oskust luua töötajate vahel õiged suhted, mis ühendavad kogu kollektiivi igapäevases töös. Diagnoosimine, ravi ja rehabilitatsioon on nüüdisaja keerukas, mitmeetapiline tegevus, mis nõuab täpset ja ranget reglementeerimist. Tänapäevases spetsialiseeritud haiglas on tegemist juba ravi- ja diagnoosimismetluse teaduslikult põhjendatud tehnoloogiaga, mille peab tagama tervishoiujuht. See eeldab kogu tervishoiusüsteemis kõrge kvalifikatsiooniga kaadrit ja tänapäevast aparatuuri.

Tervishoiujuht on meditsiini vahendaja, puutudes igapäevases töös kokku väga erinevate asutuste, ametkondade ja inimestega. Seda koostööd soodustab suhtlemispsühholoogia valdamine, veendumus oma töö õigsuses, nii oma kohustuste kui ka õiguste täpne teadmine. Õiguslane ettevalmistus on oluline osa tervishoiujuhtide teadmiste täiendamisel.

Meditsiinitöötaja tegevus on väga mitmekülgne, kuid rõhutaksin professionaalset, organisatsioonilist ja kutseetilist külge. Rääkides professionaalsusest peame silmas teadmiste ja oskuste summat, mis annavad õiguse arsti või keskastme meditsiinitöötaja diplomi saamiseks ja töötamiseks erialal. Kahjuks ainult 45,6 %-l meie vabariigi arstidest ja 11,9 %-l keskastme meditsiinitöötajaist on kvalifikatsioonikategooria. Oluline näitaja on ka kvalifikatsiooni tõstmise viie aasta järele. Palju jätab veel soovida atesteerimise planeerimisel, korraldamisel, kontrollis ja arvestuses tehtav töö.

Tervishoiutöötaja tegevuse organisatoorne külg kätkeb oskuse kasutada arstiabi organisatsiooni, tagada distsipliin igas töökohas. Selles osas tehakse nii mõndagi: juurutatakse teadusliku töökorralduse elemente, parandatakse töökultuuri. Kahjuks ei vasta mitme

tervishoiuasutuse töökorraldus tänapäeva nõuetele, ei kasutata ära kõiki uurimis-, ravi- ja rehabilitatsioonivõimalusi, puudub järjepidev ravi. Arstiabi kättesaadavuse tagamine, eriarstide konsultatsioonid, haiglaravi võimalused ja paljud teised tegevusalad võivad halva korralduse, süsteemituse ja kontrolli puudumise tõttu tekitada olukorra võimalikeks seaduserikkumisteks.

Eesti NSV tervishoiuasutuste parteialgorganisatsioonide töös olid 1984. aastal tulipunktis ideoloogiatöö ja poliitiline kasvatustöö, mida käsitleti NLKP Keskkomitee 1983. aasta juunipleenumi ja otsuse «Eesti NSV juhtiva kaadri osavõtust töötajate hulgas tehtavast poliitilisest kasvatustööst» nõuetest lähtudes. Parteialgorganisatsioonid on तरavdanud tähelepanu töötajate marksisimi-leninismi alastele õpingutele. Ideoloogiatöö on muutunud ründavamaks ja omandanud selgema suunitluse. Viimasel ajal on rakendatud meetmeid meditsiinitöötajate laiemaks ja operatiivsemaks poliitiliseks informeerimiseks, agitatsiooni- ja propagandatöö mitmesuguste vormide oskuslikumaks kasutamiseks.

Igas ideoloogiatöö lõigus on parteiorganisatsioonide ette kerkivaid probleeme palju. Süstemaatiline ja katkematu tegevus töötajate kommunistlikul kasvatamisel ning ideoloogilisel mõjutamisel, kõigi vahendite koostoime tagamine peab olema tervishoiuasutuste parteiorganisatsioonide üks tähtsamaid ülesandeid. Praegustes tingimustes on eesmärgiks tagada ühiskondliku teadvuse teatud ümberorienteerumine. See on mitmeplaaniline, keerukas ja küllaltki pikka aega nõudev protsess. Tuleb teha kõik, et see saaks üheks peasuunaks kogu nõukogude rahva ideelispoliitilisel valmistumisel NLKP XXVII kongressiks.

Väino Rütsep
Eesti NSV tervishoiuminister

Teooria ja praktika

UDK 616-084+362.147

Riskitegurid haiguste profülaktikas

Reinhold Birkenfeldt · Tartu

Ülddispanseerimine, haiguste profülaktika, riskitegurid, riskirühmad, riskitegurite teooriad, reuma riskitegurid

Kogu rahvastiku iga-aastase dispanseerimisega algab uus etapp meie tervishoiukorralduse arengus. Ülddispanseerimise esimesel etapil on ette nähtud läbivaatus terapeudi, kirurgi, günekoloogi ja stomatoloogi poolt, on ette nähtud piiratud ulatuses teha ka laboratoorseid ning funktsionaaldiagnostilisi uuringuid. Uurimisandmete alusel arvatakse osa elanikke riskirühmadesse ja vajaduse korral saadetakse kitsama eriala arsti juurde (11, 18). Põhieesmärk on krooniliste mittespetsiifiliste haiguste esmane profülaktika, s. o. riskitegurite vältimine, nende kõrvaldamine või mõju vähendamine. Selle kõige teeb aga keerukaks täpsete andmete puudumine enamlevinud haiguste riskitegurite kohta (11) ja riskiteguri täpse definitsiooni puudumine (9).

Juba käesoleva sajandi 50-ndail aastail ilmusid ateroskleroosi ja koronaarhaiguse riskitegurite kontseptsioonid. Aluseks olid haigete kliinilise jälgimise, loomkatsete ja elanike epidemioloogiliste uuringute andmed. Sellega pandi alus riskiteooriatele, mis hõlmasid loodusteaduslikke, meditsiinilisi ja sotsiaalseid küsimusi (9). Järgmistel

aastakümnetel on uuritud riskitegureid paljudel erialadel (8, 15, 17). Seniajani aga on puudunud riskiteguri mõiste selge määratlus ja paljude riskiteooriate küllaldane põhjendatus (16). Kirjanduses on esitatud riskiteguritena pikki loetelusid teguritest, mõjudest, kliinilistest näitajatest ning rõhutatud nende põhjuslikkust, andmata seose põhjus—tagajärg põhjendatud tõestust (7, 17). Sageli ei ole veel ettekujutus riskitegurite bioloogilisest alusest ega osast nüüdisaja inimese adaptatsiooniprotsessis kiirelt muutuvatele ökoloogilistele tingimustele ja eluviisidele (19).

Mis on siis riskitegur? Sellel on väga palju määratlusi. Asi on seda keerukam, et see mõiste tõstatab mitmeid filosoofilisi, tunnetusmetoodilisi ja meditsiini teoreetilisi küsimusi. Toome näiteid. Riskiteguri all nähakse inimest mõjuvat protsessi, mis haiguse esile kutsub (2). Riskitegurid on eksogeensed ja endogeensed, millega assotsieerub suur osa haigusjuhtudest (19). J.-U. Niehoff (9) toob oma ülevaates selliseid definitsioone: «Riskitegurid on tunnused, mis ennustavad tulevast haigestumist ja tõenäoliselt on kausaalselt seotud haigestumisega» või «Riskitegurid on... kindlad defineeritavad kahjulikud põhjused, mis nimetamisväärsel määral osalevad haiguste tekkes» või «Riskitegurid on... inimesi teatud eeldustel tabavad kahjulikud, kuid teiste tingimuste puhul välditavad mõjustused». Seega ühelt poolt tõstetakse esile riskitegurite kausaalne tähendus, teiselt poolt tõlgendatakse neid kui ekspositsionaalseid tegureid ja kolmandaks kui haiguse põhjusi. Autori arvates (9) on riskitegurid samasuguste haigete populatsiooni struktuurilised tunnused, nad võimaldavad hinnata haigestumissagedust samade struktuuriliste tunnustega populatsioonis, kes ei ole veel haigestunud.

Riskitegurite mõju tõlgendamisel marksistlikust filosoofiast lähtudes peetakse aluseks selliste kategooriate nagu põhjuse ja tagajärje ning paratamatuse

ja juhuslikkuse dialektilist ühtsust. Riskiteguri mõiste tähistab esmajoones nähtusi, mis on statistilises ühenduses teise nähtuse, nimelt haigusega. Oluline on tulemuste õige interpreteerimine, milleks on vajalik vähemalt üks tööhüpotees.

Riskitegurite uurimisel taotletakse nelja omavahel seotud eesmärki: 1) krooniliste haiguste etioloogia ja patogeeni uurimine, 2) haigestumissageduse muutuste selgitamine ühe populatsiooni piires, 3) haiguse varajases staadiumis diagnoosimise asemel riskirühmadesse kuulujate otsimine ja ravi, 4) terviseõpetuse kontseptsioonide teaduslik põhjendamine (9).

Riskitegureid jaotatakse mitmeti: eksogeensed ja endogeensed tegurid (6), füsioloogilis-biokeemilised ja sotsiaalsed tegurid (4, 12), bioloogilised ja psühhosotsiaalsed (8), mõjutatavad ja mittemõjutatavad (15), kindlakstehud, tõenäolised ja oletatavad tegurid (12) jne.

Riskitegureid käsitleti ka XVIII üleliidulisel terapeutide kongressil (Leninград, 1981). L. Leštšinski ja A. Dimov (16) leidsid, et riskitegurid on vahepealne etapp antud haiguse uurimisel, edasi peaks järgnema nende tegurite ringi vähendamine ja lõpuks etioloogilise teguri väljatoomine. Riskitegurite suur arv on tingitud mitmete haiguste etioloogia mittetundmisest, riskitegureid tuleks vähendada 3...4-le, mis on profülaktika seisukohalt kõige olulisemad. Selliselt talitataksegi. Näiteks südame isheemiatõve 35 arvestatavast riskitegurist tuuakse välja 5 suurt riskitegurit: hüperkolesterineemia, arteriaalne hüpertensioon, suitsetamine, väheliikuv eluviis ja liigne kehakaal (12).

Milline on riskiteguri ja epidemioloogia vahekord? Riskitegurite kindlakstegemine on algusest peale olnud allutatud epidemioloogiale, kuid epidemioloogilist tegurit ei tohi samastada riskiteguriga. Riskitegurite eristamisele ja konkretiseerimisele peab eelnema pikaajaline prospektiivne epidemioloogiline uuring (5, 8, 10). See aga on kül-

lalt keeruline ja metoodiliselt komplitseeritud (3). Koos kaasautoritega (13) jälgisime pikka aega prospektiivselt (1960...1984. a.) 1310 reumahaiget Eesti NSV saartel, samuti tegime täiendavaid uuringuid (1, 14). Matemaatilisele töötlusele võeti 165 epidemioloogilist ja kliinilist tunnust. Faktoranalüüs tõi välja viis reuma riskitegurit ja neid moodustavad komponendid. Need oleksid: 1) krooniline koldenakkus (nakatatus A-grupi beetahemolüütilise streptokokiga, krooniline tonsilliit, selle hilinenud saneerimine), 2) olmetegur (elamu-olmetingimused, A-grupi beetahemolüütilise streptokoki kandlus ja krooniline tonsilliit perekonnas ning sellega seotud reuma perekondlik levik, töötingimused), 3) soolis-ealine tegur (lapse- ja noorukiiga, eriti naissugu), 4) geneetiline tegur (geneetiline eelsoodumus, päikese aktiivsus loote arengu ja sünni ajal, magnetotroopsus ja meteo-troopsus), 5) puudulik teisene profülaktika (puudulik etappravi, bitsilliin-profülaktika viis ja kestus). Kuuenda riskiteguri moodustab sesoon (aasta-aeg, meteoroloogilised tegurid, külmetus, angiinide ja reuma sesoonsus).

Kõik need riskisündroomid moodustavad kokku reuma riskitegurite kompleksi. Tabelite abil on võimalik määrata reumasse haigestumise riski, haigestunutel aga prognoosida võimalikku haiguse kulgu ja lõpet. On võimalik ühelt poolt välja selgitada reumast ohustatud, teiselt poolt diferentseeritult dispanseerida erinevaid reumahaigete kontingente. Seega avaneb võimalus kasutada riskitegureid reuma esmasel ja teiseses profülaktikas.

Lõpetuseks püüaksime riskitegurit omalt poolt defineerida järgmiselt. Haiguse riskitegur on bioloogiline, ökoloogiline või sotsiaalne tunnus, mille suurema väärtuse puhul võib haigus tekkida suurema statistilise tõenäosusega või kulgeda raskemalt.

Õpetus riskiteguritest on lahutamatu seotud nõukogude meditsiini profülaktilise suunaga. Seoses ülddispanseerimisele üleminekuga on vajalik le-

vinumate haiguste olulisemate riskitegurite konkretiseerimine, tutvustamine ja kasutamine igapäevases profülaktikas. Riskitegurid ja nende võimalik vältimine peab kajastuma terviseõpetuses.

KIRJANDUS: 1. Birkenfeldt, R., Villmann, Ch. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1984, 4, 278—282. — 2. Epstein, F. H. Med. Clin., 1978, 73, 381—387. — 3. Epstein, F. H. In: Risikofaktorenmedizin: Konzept und Kontroverse. Berlin — New York, 1982, 2—6. — 4. Gerhardt, U. In: Risikofaktorenmedizin: Konzept und Kontroverse. Berlin — New York, 1982, 65—75. — 5. Hansen, H. In: Risikofaktorenmedizin: Konzept und Kontroverse. Berlin — New York, 1982, 51—55. — 6. Karmaus, W. In: Risikofaktorenmedizin: Konzept und Kontroverse. Berlin — New York, 1982, 27—36. — 7. Klemm, P. G. Z. Ärztl. Fortbild., 1980, 74, 9, 428—432. — 8. Meyer-Probst, B., Teichmann, H. Risiken für die Persönlichkeitsentwicklung im Kindesalter. Leipzig, 1984. — 9. Niehoff, J.-U. Z. ärztl. Fortbild., 1978, 72, 2, 84—89. — 10. Niehoff, J.-U. Z. ärztl. Fortbild., 1978, 72, 3, 145—149. — 11. Rätsep, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1985, 1, 4—7. — 12. Valgma, K. Müokardiinfarkt. Tallinn, 1984.

13. Биркенфельдт Р. Р., Михельсон Р. Я., Ранг К. К. В сб.: Медицинские исследования в практике. Тезисы конференции. Тарту, 1984, 119—121. — 14. Биркенфельдт Р. Р., Пыльдь О. В. Вопр. ревмат., 1981, 3, 57—58. — 15. Ецко К. П. Факторы риска при пневмониях у грудных детей. Кишинев, 1983. — 16. Лецинский Л. А., Димов А. С. В сб.: Тезисы XVIII Всесоюзного съезда терапевтов. I, М., 1981, 67—68. — 17. В кн.: Профилактика некоторых заболеваний внутренних органов. Киев, 1983, 83—102. — 18. Сафонов А. Г. Тер. арх., 1985, 1, 3—6. — 19. Турчинский В. И. Ишемическая болезнь сердца на Крайнем Севере. Новосибирск, 1980.

TRÜ arstiteaduskonna hospitaalseisahaiguste kateeder

Puberteediealiste tütarlaste profülaktilised läbivaatused

Virve Kask · Tartu

puberteediiga, tütarlapsed, profülaktilised läbivaatused, meetodika, keheline areng, suguline areng, arengu hindamise meetodika, dispanseerimisele kuuluvad patsiendid

Nõukogude tervishoiu tänane peasuund on rahvastiku dispanseerimine. Seda eesmärki teenivad ka puberteediealiste tütarlaste profülaktilised läbivaatused.

Naise generatiivne funktsioon, s. o. võime rasestuda, rasedust lõpuni kanda ja sünnitada terveid lapsi, oleneb tütarlapse harmoonilisest arengust, eeskätt aga reproduktiivse süsteemi ning funktsiooni õigeaegselt ja normaalselt arengust. Lapse- ja puberteedieas põetud günekoloogilised haigused avaldavad tulevase naise generatiivsele funktsioonile väga tugevat mõju. Tagajärjeks on sageli sigimatus, raseduse ja sünnituse tüsistunud kulg. Suurenenud on perinataalne suremus ja haigestumus.

Puberteediealiste tütarlaste profülaktiliste läbivaatuste eesmärk on kehalisest ja sugulisest arengust ülevaate saamine ja normist kõrvalekallete varajane ning õigeaegne avastamine. Häiretega tütarlapsed tuleb kohe dispanseerida ja alustada uuringuid, et kindlaks teha, millist laadi ja kui tugev kahjustus on, samuti määrata õiged ravimenetlused. Profülaktiliste läbivaatuste eesmärk on seega tulevase naise peamise funktsiooni — emaduse — säilitamine, uue põlvkonna tervise tagamine. Ka puberteediea kulust oleneb täielikult tulevase ema ja tema järglaste tervislik seisund.

Häirete all kannatavad tütarlapsed dispanseeritakse Tartus naistenõuandlas lastegünekoloogi juures, kus lõplikult tehakse kindlaks riskiaste ja -rühm generatiivse funktsiooni häirete suhtes.

TÜTARLAPSE ARENGU HINDAMINE PUBERTEEDIEAS									
	Nimi Vanus Kool								
Vanus Näitaja	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1. Ma									
2. Pu									
3. Ax									
4. Me									
5. Pikkus									
6. Kehakaal									
7. D. biac.									
8. D. crist.									
Kuupäev									

Joonis 1. Puberteedieas tütarlapse arengu hindamine. 1 — rinnanäärmed, 2 — karvkate häbeme kingul, 3 — karvkate kaenlaaukudes, 4 — menstruaalfunktsioon, 7 — õlavöötme laius, 8 — niudeluuharja kaugeimate punktide vahekaugus.

Tütarlaste läbivaatuse meetodika erineb täiskasvanute läbivaatuste meetodikast. Seda omandada on kerge. Spetsiaalset günekoloogilist läbivaatust neil ei tehta. Puberteedialiste tütarlaste profülaktiline läbivaatus kuulub kooliarsti või koolimeditsiiniõe kohustuste hulka.

Tütarlapse kehalise ja sugulise arengu dünaamilist jälgimist alustatakse 10. eluaastal ja seda jätkatakse kuni 18. eluaastani (kaasa arvatud), kuni keskkooli lõpetamiseni. Läbivaatus toimub kord aastas. Enne vesteldakse tütarlastega, lühidalt ja arusaadavalt räägitakse tütarlapse arengu põhijoontest ning profülaktilise läbivaatuse eesmärgist. Läbivaatusel pööratakse erilist tähelepanu kehalisele ja sugulisele arengule. Andmed kantakse erikaardile (vt. joonis 1) ja neid võrreldakse ealise normiga.

Kehalise arengu hindamine. Generatiivne funktsioon on tütarlapse harmoonilisest arengust. Tütarlapse tervis aga on eelkõige tema kehalisest arengust, mille iseloomulikud muutused eelnevad sugulisele arengule. Profülaktilisel läbivaatusel ongi seetõttu vaja kõigepealt määrata kindlaks kehalise arengu põhinäitajad.

Pikkus. Pikkuse mõõtmiseks kasutatakse antropomeetrit või alusele kinni-

tatud mõõdulinti, millel on nihutatav klamber. Mõõdetav seisab sirgelt, alusel paljajalu; pea ei tohi puudutada mõõdulatti. Õige kehahoiaku korral on kõrva väliskülmekäigu ülaserb ja silmalaugude välisnurk samal kõrgusel.

Kehakaal määratakse hommikul enne hommikueinet. Enne kaalumist on vaja tühendada põis ja soolestik. Kaaluma peab ilma riideteta.

Õlavöötme laius. *Distantia biacromialis*, vahemaa õlanukist õlanukini. Mõõdetakse Martini ehk vaagnasirkliga.

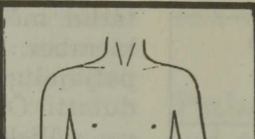
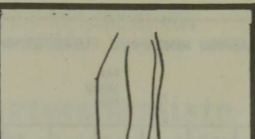
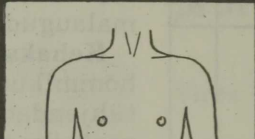
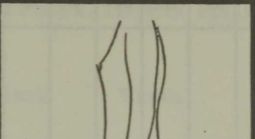
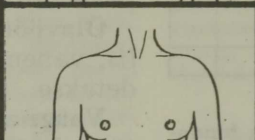
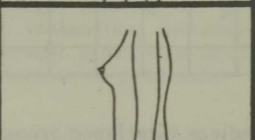
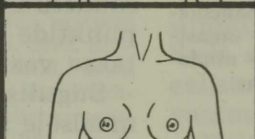
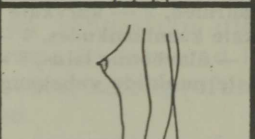
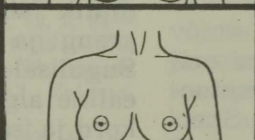
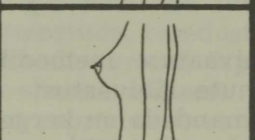
Vaagna laius. *Distantia cristarum*, niudeluuharja väliste, kaugeimate punktide vahekaugus. Ka seda mõõdetakse vaagnasirkliga.

Sugulise arengu hindamine. Normaalsele sugulisele arengule on iseloomulik sekundaarsete sugutunnuste areng ja menstruaalfunktsiooni teke. Sugulisele arengule on omane kindel ealine algus, tunnuste tekkimise järjekord ja iseloomulik tempo (vt. joonis 2).

Esimesena hakkavad arenema rinnanäärmed (*mammae* — Ma). Samas vanuses või veidi hiljem tekib spetsiifiline karvkate häbeme kingul (*pubarche* — Pu) ja alles viimasena kaenlaaukudes (*axillarche* — Ax). Rinnanäärmete arenguks (Ma 1...4) kulub 4,8 aastat, karvkattel häbeme kingul (Pu 1...4) 3,8 aastat ja kaenla all (Ax 1...4) 2,5 aastat. Rinnanäärmete arengu algusest

Vanus aastates	Rinnanäärmete arengu aste (Ma)	Karvkate häbeme kingul, arenguaste (Pu)	Karvkate kaenlaaukudes, arenguaste (Ax)	Menstruaalfunktsioon (Me)
kuni 10	0	0	0	puudub
10...11	1-2	1	0-1	puudub
11...12	2-3	2	1	esimene menstruaalfunktsioon 12...14-aastaselt, menstruaalfunktsioonid võivad olla ebaregulaarsed
13...14	3	3	2	
15	4	4	3-4	menstruaalfunktsioonid regulaarsed, valudeta, tsükkel 28±3 päeva

Joonis 2. Sekundaarsete sugutunnuste kujunemine ja menstruaalfunktsiooni vanuselised näitajad normaalse arengu korral.

0	arengu tunnuseid ei ole			kuni 10 a.
1	puhkeva punga staadium			10...11 a.
2	rind kooniline			11...12 a.
3	lõpliku kujuga rinnaanäärre			13...14 a.
4	rinnanäärme küps staadium			15 a.

Joonis 3. Rinnanäärmete areng.

kuni menarheni kulub umbes 3...3,5 aastat. Seega kui rinnaanäärmete areng hilineb, siis hilineb ka menarhe. Sekundaarsete sugutunnuste arengut määratakse vaatluse teel. Hinnatakse seda viiepallisüsteemis (0...4).

Rinnanäärmete (Ma) arengu hindamine (vt. joonis 3).

Ma — 0, arengu tunnuseid ei ole;

Ma — 1, rinnanibu ja teda ümbritsev nibuväli on kergelt välja võlvunud (bubooni ehk puhkeva nupu kuju);

Ma — 2, rinnaanäärme ja nibuvälja edasine suurenemine, nibuväli ei tõuse ümbritsevast kehapiinast oluliselt kõrgemale; rind omandab koonilise kuju;

Ma — 3, rinnaanäärme suurenemine sellises ulatuses, mis vastab tema lõplikule kujule; nibuväli koos rinnanibuga on ümbritsevast nahapiinast tugevalt esile võlvunud;

Ma — 4, rinnaanäärme küps staadium, rinnanibu selgelt eraldatav nibuväljast, nibuväli asetseb ühel tasapinnal ümbritseva nahaga.

Häbemekingi karvkate arengu hindamine (Pu) (vt. joonis 4).

Pu — 0, karvkate puudub;

Pu — 1, vähe pigmenteerunud, kas sirged või väga vähe keerdunud üksikud karvad;

Pu — 2, hõre lainjas, kuid enam pigmenteerunud karvkate kogu ulatuses, üksikud keerdunud karvad;

Pu — 3, karvad keerdunud ja pigmenteerunud, mis hõlmab kogu ala, kuid tiheduselt jääb täiskasvanute omast maha;

Pu — 4, tihe pigmenteerunud ja kähar karvkate. Samasugune kui täiskasvanutelgi.

Kaenlaaugu karvkate arengu hindamine (Ax) (vt. joonis 4).

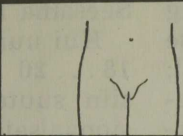
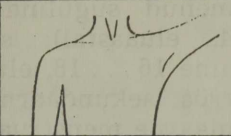
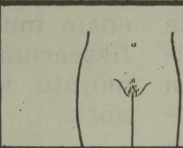
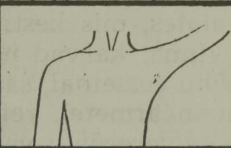
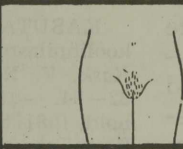
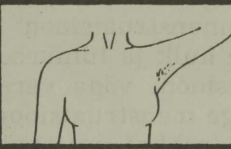
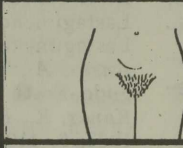
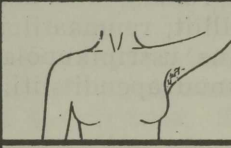
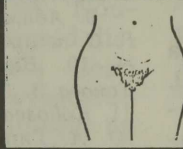
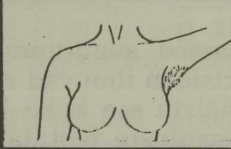
Ax — 0, arengu tunnuseid ei ole;

Ax — 1, üksikud sirged karvad;

Ax — 2, hõre karvastik keskosas;

Ax — 3, lainjas karvastik kogu alal, täiskasvanu karvastikust hõredam;

Ax — 4, tihe lainjas karvastik kogu alal.

0	karvkate puudub			kuni 10 a.
1	üksikud sirged karvad			10...11 a.
2	hõre karvastik keskmises osas			11...12 a.
3	karvkatte tihedus hõredam täiskasvanu omast			13...14 a.
4	väljakujunenud tihe karvkate			15 a.

Joonis 4. Karvakasv häbemekingul ja kaenlaaugus.

Menstruaalfunktsiooni iseloomustus ja hindamine. Menstruaalfunktsiooni hinnatakse küsitlusel saadud andmete põhjal. Selle iseloomulikeks tunnusteks puberteedieas on: esimene menstruatsioon ehk menarhe, menstruaaltsükkel ja tema stabiliseerumise tempo; menstruaalsiooni kestus; menstruaalvere hulk.

Tervetel ja harmooniliselt arenenud tütarlastel ilmub menarhe 12...14. eluaasta vahel. Menstruaaltsükkel reguleerub kas kohe või 3...6 kuu vältel. Vähestel kulub tsükli reguleerumiseks 7...12 kuud. Normaalne menstruaaltsükkel on 28 ± 3 päeva. Menstruatsioon võib kesta 5...7 päeva. Alates 15. eluaastast on menstruaalsiooni kestus 3...5 päeva. Menstruaalvere hulk on vähene, keskmine või rohke (ainult 2. ja 3. menstruaalsioonipäeval). Menstruatsioon on valudeta.

Menstruaalfunktsiooni (Me) hindamine viiepallisüsteemis.

Me — 0, menarhe puudub;

Me — 1, Me uurimise ajal;

Me — 2, Me > 14 a., tsükkel reguleerumata, ebaregulaarsed menstruaalsioonid, kestus < 3 ja > 6 päeva, menstruaalvere hulk rohke või vähene;

Me — 3, Me 12...14. eluaastal, reguleerumiseks kulunud 1...1,5 a.; tsükkel 21 ± 3 , > 31 päeva (35 ± 3), kestus 4...6 päeva, menstruaalvere hulk rohke või vähene. Menstruatsioon valudega;

Me — 4, Me 12...14. eluaastal, reguleerumiseks kulunud 6 kuud kuni üks aasta; tsükkel 28 ± 3 , kestus 3...5 päeva, menstruaalvere hulk keskmine, menstruaalsioon valudeta.

Hilinenud sugulise arengu tunnuseks on sekundaarsete sugutunnuste puudumine 14. eluaastal ja menarhe puudumine 15. eluaastal.

Dispansseerimisele kuuluvad tütarlapsed. Lastegünekoloogi läbivaatusele tuleb saata järgmiste tunnuste ja kõrvalekalletega tütarlapsed: lühike kasv; ülipikk kasv; kaaludefitsiit; ülemäärane kehakaal; liiga varajane menarhe (< 12.

eluaastal); hilinenud suguline areng (menarhe >14. eluaastal); sugulise arengu puudumine 16...18. eluaastal; esmane amenorröa; sekundaarne amenorröa; ebaregulaarne menstruaaltsükkel menarhest alates, mis kestnud üle aasta; rohkesti vinne; karvad näol, niibu ümbruses, kõhu eesseinal, säärtel ja kätel; jutid rinnanäärmetel, reitel, tuharail; ajuti kõrge vererõhk; valud allkõhus; valulik menstruaatsioon; vähene menstruaalvere hulk ja lühikese kestusega menstruaatsioon; väga vererohked ja pika kestusega menstruaatsioonid; verejooks (vähene, rohke), mittetsüklikline; krooniline tonsilliit; reumaatilised haigused; krooniline ussripikupõletik pärast perforerunud apenditsiiti; valgevoolus.

Kokkuvõte.

Kui sekundaarsed sugutunnused ja menstruaalfunktsioon ilmuvad enne 10. eluaastat, siis häirib see kohe lastevanemaid ja lasteasutuste töötajaid. Kiiresti pöördutakse pediatrite või lastegünekoloogide poole. Hilinenud suguline areng (rinnanäärmete arengu algus pärast 12...13. eluaastat, menarhe pärast 14. eluaastat) või sugulise arengu puudumine (15. eluaastal puuduvad sekundaarsed sugutunnused ja menarhe) ei häiri aga kedagi. Arvatakse, et võib veel oodata 17...20. eluaastani ja alles siis, kuid juba liiga hilja, pöördutakse erialaarsti poole, kes aga tänapäeva meditsiini võimalustele vaatamata ei ole enam võimeline aitama.

Profülaktiliste läbivaatuste eesmärk on tütarlapse arengut dünaamiliselt jälgida alates 10. eluaastast, avastada sugulise arengu hälbed hiljemalt 15. eluaastaks. 15...18. eluaastal on võimalik välja selgitada, kui tugev ja milist laadi on kahjustus, alustada põhjuslikku ning patogeneetilist ravi ajal, mil veel pole lõplikult fikseerunud patoloogilised seosed reproduktiivses süsteemis ja funktsioonis.

Ei tohi unustada, et uuringuteks kuulub rohkelt aega. Uuringutes osalevad endokrinoloog, röntgenoloog, silmaarst, kõrva-nina-kurguarst ja psühhiaater.

Seesama kehtib ka ravi kohta.

Kui uuringuid ja ravi alustada hilja, 18...20 aasta vanuses, ei ole meditsiin suuteline väga keerukaid funktsionaalseid seoseid endokriinsüsteemis enam muutma, sest need on lõplikult fikseerunud. Sageli on ravi seetõttu mõjutu või on mõju lühiajaline või nõrk.

KASUTATUD KIRJANDUS: 1. Aul, J. Eesti kooliõpilaste antropoloogia. Tallinn, 1982. — 2. Kask, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1980, 1, 32—34. — 3. Kask, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1981, 5, 349—350. — 4. Kask, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1982, 5, 335—337. — 5. Kask, V. Lastegünekoloogia I. Tartu, 1982. — 6. Kask, V. Lastegünekoloogia II. Tartu, 1982. — 7. Kask, V., Ansip, A., Kauer, K., Suits-Korsten, S. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1983, 6, 405—406. — 8. Kauer, K., Kask, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1983, 6, 410—412.

9. Адамян Л. В., Чернуха Е. А., Шмаков Г. С. и др. Вопр. охр. мат., 1983, 9, 64—66. — 10. Вихляева Е. М., Соколова З. П., Токова З. З. Акуш. и гинекол., 1984, 2, 3—6. — 11. Кобозева Н. В., Кузнецова М. Н., Грушкин Ю. А. Гинекология детей и подростков, Л., 1981. — 12. Кузнецова М. Н., Богданова Е. А., Аветисова К. Р. и др. Акуш. и гинекол., 1982, 4, 12—14. — 13. Степанова Т. И. Диагностика и лечение генитального инфантилизма. Методические рекомендации. Уфа, 1975.

TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateeder

Seksuaalkäitumist Saksamaa Liitvabariigi noorte hulgas uuriti 1037 tütarlapsel ja 555 poeglapsel, kelle vanus oli 14...17 aastat. Keskmine vanus menarhe ilmumisel on tütarlastel 13,3 aastat, mis on eelmise generatsiooni vanusega võrreldes sellest aasta varem. Seitsmeteistaastaselt ei olnud küsitluse põhjal 4 %-l tütarlastest ja 14 %-l poeglastest seksuaalvahekorda veel olnud. Ebarahuldavad seksuaal- ja hügieenialased teadmised on tihti tinginud alateadlikult konfliktsituatsioone — kartuse, süütunde ja häbi sugulise vahekorra suhtes. Lastegünekoloogia väljaarendamist ning selgitustööd seksuaalkasvatases ja -käitumises peetakse hädavajalikuks.

Zbl. Pharm. (Berlin), 1985, 1, 20.

Glaukoomi varajane avastamine

Aili Tooming · Tallinn

glaukoom, varajane avastamine, progresseerumine

Oftalmoloogia üks põhiprobleeme on võitlus glaukoomiga. Glaukoom on ravimatu haigus, ta on pimedaksjäämise kõige sagedam põhjus kogu maailmas ja silmahaiguste hulgas invaliidsuse põhjustajana kolmandal kohal. Probleem on suure sotsiaalse tähtsusega, sest sageli haigestuvad ja invaliidistuvad keskealised töövõimelised inimesed. Nõukogude Liidus on glaukoomihaigeid dispenseeritud 1962. aastast. Ka Eesti NSV-s dispenseeritakse kõik avastatud glaukoomihaiged. Töö tõhustamiseks on glaukoomikabinetid Tartus ja Tallinnas. Kirjanduse andmeil on silmaarstid glaukoomi polikliinikutes diagnoosinud ainult 10...33%, glaukoomikabinetides aga 95...100% glaukoomijuhtudest (3).

Suurt tähelepanu on pööratud glaukoomi varajasele avastamisele profülaktiliste läbivaatuste teel. Nii on võimalik glaukoomi diagnoosida varajases staadiumis, veel siis, kui silma funktsioonid on kas täielikult säilinud või siis vähe kannatada saanud. Samuti on varakult määratud ravi mõjusam. Haiguse varajasel avastamisel on ka majanduslik efekt — jäävad ära kulutused töövõimetuslehtede eest ja invaliidsuspensionide väljamaksmiseks.

Kui haigus on avastatud algstaadiumis, on võimalik seda pidurdada ja stabiliseerida, kirjanduse andmeil säilitada nägemine 91,5%-l juhtudest, seevastu kaugelearenenud juhtudest vaid 63,2%-l (8).

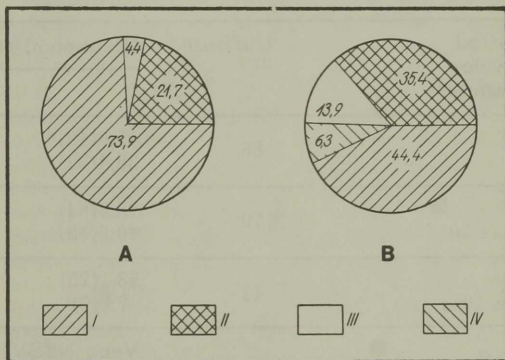
Käesoleva töö eesmärk oli uurida glaukoomi esinemissagedust elanike hulgas, haiguse varajase avastamise

kasulikkust ja haiguse progresseerumist.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Analüüsiti Tõnismäe Haigla Polikliiniku silmahaiguste osakonna poolt tehtud profülaktiliste läbivaatuste andmeid aastaist 1981...1984, ka dispanseersel arvel olijate uurimise andmeid. Dispanseeritute hulgas oli alla 60-aastasi 53, üle 60-aastasi 160, neist naised 128 ja mehi 85. Võrdluseks on kontrollrühm — arvuliselt võrdne ja samades vanuseastmetes. Sellesse kuuluvad silmaarsti vastuvõtule ilmunud juhuslikult valitud patsiendid. Glaukoomihaigete ja kontrollrühma näitajate erinevuse usaldusväärsust hinnati χ^2 -kriteeriumi alusel (6).

Uurimistulemused ja arutelu. Ajavahemikul 1981...1984 uuriti profülaktiliselt 12 027 inimest. Nende hulgast avastati glaukoomihaigeid 39, see-ga 0,32% uurituist. See haigete arv moodustas kõigest glaukoomiga arvelevõetuist (120 haiget) 30,8%, mis osutab profülaktiliste läbivaatuste tõhususele.

Profülaktilistel läbivaatustel avastatud haigetel oli haigus valdavalt algstaadiumis, polikliinikusse kaebustega pöördunudtel aga kaugelearenenud staadiumis. Koos vanusega suureneb glaukoomi avastamise sagedus ning haigus diagnoositakse hilisemates staadiumides (4, 5, 9). A. Nesterovi järgi soodustavad glaukoomi teket ealised muutused silma struktuursetes elementides (7).



Joonis. Dispansseersel arvel olevate glaukoomihaigete jaotumus staadiumide järgi — I, II, III ja IV. A — profülaktilistel läbivaatustel avastatud haiged, B — polikliinikusse ise kaebustega pöördunud haiged.

Tabel 1. Haridustase glaukoomihaigetel ja kontrollrühmas

Haridus	Glaukoomihaiged	Kontrollrühm
Algharidus	31,7 %	53,0 %
Keskharidus	43,7 %	38,0 %
Kõrgharidus	24,6 %	9,0 %

Tabel 2. Põetud haigused glaukoomihaigetel ja kontrollrühmas

Haigused	Glaukoomihaiged	Kontrollrühm	P
Hüpertooniatöbi	53	41	>0,05
Endokrinoloogilised haigused	18	20	—
Kaela osteokondroos	72	62	>0,05
Südame isheemiatöbi	95	92	—
Radikuliit	75	65	—
Veresoonte haigused	52	51	—
Kopsuhaigused	57	31	<0,001
Seedeelundite haigused	76	58	<0,05
Neeruhaigused	23	21	—
Närvisüsteemihaigused	22	22	—
Onkoloogilised haigused	12	8	—

Dispanseersel arvel oli 213 glaukoomihaiget. Neist profülaktiliselt avastatud 66, kaebustega polikliinikusse pöör-

dunuid 147. Profülaktiliste läbivaatuste efektiivsuskoefitsiendina seega $k = \frac{66}{213} = 0,31$. Profülaktilistel läbivaatustel on glaukoomi diagnoositud peamiselt I ja II staadiumis, silmaarsti poole omal algatusel pöördujail aga enamasti II ja III staadiumis, ka IV staadiumis (vt. joonis).

Dispanseerituist oli tegelnud silmi pingutava tööga 65,7 %, raske kehalise tööga 10,5 % ja tööga, mis silmi ei pinguta, 23,8 %. Kontrollrühmas oli silmi pingutava töö tegijate osa väiksem — 50 %, silmi mittepingutava töö tegijaid 39 % ja raske kehalise töö tegijaid 11 %.

Glaukoomihaigeid on kõige enam raamatupidajate, ökonomistide, õmblejate, õpetajate, inseneride, kassapidajate hulgas. Haridustaseme võrdlemisel selgus, et glaukoomihaigete haridustase on kõrgem kui kontrollrühma uurituil ($P < 0,01$) (vt. tabel 1).

Võrreldi mitmesuguste haiguste esinemissagedust glaukoomihaigetel ja kontrollrühmas. Glaukoomihaiged on muid haigusi põdenud sagedamini kui kontrollrühma kuulujad, sagedamini on nad põdenud kopsu- ja seedetraktihaigusi ning hüpertooniatöbe, samuti kaela osteokondroosi (vt. tabel 2).

Kirjanduse andmeil kuuluvad riski-

Tabel 3. Glaukoomi progresseerumine viie, 6... 10 ja üle 10 aasta jooksul (%-des) Tallinna Tõnismäe Haigla Polikliiniku andmeil ja Vene NFSV-s 7 aasta jooksul (10)

Aastad arvelevõtmisest	Uuritute arv	Glaukoomi staadiumid			
		I	II	III	IV
0	86	55,8(48)*	29,1(25)	12,5(9)	4,6(4)
5		38,4(33)	43,0(37)	12,8(11)	5,8(5)
0	79	68,3(54)	22,8(18)	7,6(6)	1,3(1)
6... 10		40,5(32)	25,3(20)	25,3(20)	8,9(7)
0	43	58,1(25)	25,6(11)	11,6(5)	4,7(2)
üle 10		7,0(3)	27,9(12)	18,6(8)	46,5(20)
Vene NFSV-s aastail 1970... 1977					
0		50,0	30,0	13,0	7,0
7		38,9	26,4	11,2	23,5

* Sulgudes uuritute arv

rühma hüpertooniatõbe, suhkurtõbe, kaela osteokondroosi põdejad. Riskiteguriks peetakse ka lühinägevust (1). Glaukoomihaigetel esineb lühinägevust meie andmeil peaaegu kolm korda sagedamini kui kontrollrühmas (vastavalt 63 ja 22). Kopsu- ja seedetraktihaigusi riskiteguritena ei mainita.

Arvatakse, et glaukoomi puhul on suur osa geneetilistel faktoritel. Pere-konniti esines glaukoomi 16 %-l dispanseerituist (2). Meie uuritute puhul oli tegemist pärilikkusega 20,8 %-l juhtudest. Kõige sagedamini, 35 %-l juhtudest, on glaukoomi esinenud haige õel. Kontrollrühmas oli glaukoomi sugulas-test 5,1 %-l. Meie andmed kinnitavad mõningat tendentsi glaukoomi edasi-andmisel pärilikul teel põhiliselt ema-liini pidi.

Glaukoomihaiged, kes arsti poole ei pöördu, kaotavad enamasti nägemise. Ravi efektiivsuse hindamiseks uuriti glaukoomi progresseerumist dispanseeritud glaukoomihaigete hulgas. Võrreldi haigete protsentuaalset jaotumust haiguse eri staadiumides arvelevõtmisel ning pärast viie, 6... 10 ja üle 10 aasta möödumist (vt. tabel 3).

Viis aastat pärast arvelevõtmist on progresseerumine suhteliselt väike — on suurenenud haigete arv, kellel haigus on II staadiumis. 6... 10 aasta pärast on tunduvalt rohkem neid, kellel glaukoom on kaugele arenenud. Enam kui 10 aasta pärast on IV staadiumi glaukoomi põdejate arv suurenenud ligikaudu 10 korda, I staadiumis glaukoomi põdejate arv aga vähenenud umbes 8 korda.

Võrdluseks on tabelis andmed glaukoomi progresseerumise kohta Vene NFSV-s ajavahemikul 1970... 1977 (10).

Eespool toodust järeldub, et õigeaegse ravi puhul on võimalik haiguse arengut peatada, säilitada nägemine paljudeks aastateks. Glaukoomi profülaktikat tuleks veelgi tõhustada. Tunduvalt rohkem peaksid silmaarstidele abi osutama raviaasutuste juhid. Mitmes

arsti- ja velskripunktis ei mõõdetata silma siserõhku, osas polikliinikutes ei tööta eelvastuvõtukabinetid, mis profülaktikas etendavad tähtsat osa. Enam tuleks uurida polikliinikusse mitmesuguste haiguste tõttu pöördunud ka glaukoomi suhtes.

Selgitustöökis rahva hulgas peaks rohkem kasutama televisiooni ja raadiot, ka ajakirjandust. Kahjuks pöördub osa haigeid silmaarsti poole alles siis, kui haigus on kaugele arenenud, sel juhul jääb ravi vähemõjusaks.

KIRJANDUS: 1. *Phelps, C. D.* Am. J. Ophthalmol., 1983, 93, 5, 622—628. — 2. *Rathman, G.* Folia Ophthalmol., 1980, 5, 3, 175—179.

3. *Анчутина В. И.* В сб.: Научн. тр. Иркутского гос. мед. ин-та, вып. 140. Иркутск, 1977, 12—14. — 4. *Добромыслов Л. Н., Панина Н. Б.* Вестн. офтальмол., 1984, I, 8—10. — 5. *Козлова Л. П. и др.* Вестн. офтальмол., 1978, I, 30—32. — 6. *Лакин Г. Ф.* Биометрия. М., 1968. — 7. *Мартынова С. И.* В сб.: Научн. тр. Иркутского гос. мед. ин-та, вып. 150. Иркутск, 1981, 55—56. — 8. *Михалев В. А.* Организация активного выявления и диспансерного обслуживания больных глаукомой в сельских районах Волгоградской области. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1975. — 9. *Соколова П. Д. и др.* Вестн. офтальмол., 1977, 4, 63—64. — 10. *Соколова П. Д.* Вестн. офтальмол., 1980, 2, 71—72.

Tallinna Tõnismäe Haigla
Polikliinik

Ajukude taastub. Pärast kümneaastast katsetamist loomadega tuli Tbilisi Pedagoogilise Instituudi professor, morfofüsioloog I. Melissašvili järeldusele, et peaaegu kahjustatud närvikude on võimeline taastuma. 30 päeva vanusel küülikul eemaldati osa suuraju koort, kuid loom kasvas ja arenes täiesti normaalselt. Seejärel avati kolju ja tehti kindlaks, et eemaldatud ajukoore asemele oli kasvanud uus ajukoor. Analoogilisi katseid on tehtud kahe nädala kuni aasta vanuste merisigade, koerte, küülikute ja rottidega. Iga kord on ajukoor taastekkinud. Mida noorem oli loom, seda kiiremini toimus regeneratsiooniprotsess. Teadlased tulid järeldusele, et sünniga ei ole looma aju areng veel lõppenud, nagu seni on arvatud. Katseid jätkatakse, et kindlaks teha, kas bioloogiliste stimulaatoritega mõjutades on võimalik sellelaadseid regeneratsiooniprotsesse kiirendada.

Immuunpuudulikkus retsidiveeruvaid ja kroonilisi hingamisteede haigusi põdevatel lastel

Marja Pärlist Sirje Velbri · Tallinn

hingamiselundite haigused lastel, immuun-
puudulikkus, diagnoosimine

Et õigel ajal välja selgitada kaasasündinud immuunpuudulikkust, on enam rõhku hakatud panema hingamiselundite retsidiveeruva kuluga haigusi põdevate laste immunoloogilisele uurimisele (4, 6, 7, 8). Korrigeeriva ravi seisukohalt on suur tähtsus ka omandatud immuunpuudulikkuse diagnoosimisel (1, 7, 8).

Tallinna I Lastehaigla pulmonoloogiaosakonnas on immunoloogilisi uuringuid tehtud 1980. aastast alates (5). Käesoleva töö eesmärk on analüüsida immuunpuudulikkuse esinemissagedust ja kliinilist pilti sõltuvalt immunoloogilistest nihetest.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Uuriti 136 kolme kuu kuni 14 aasta vanust last. Anamneesi, kliiniliste, bronholoogiliste ja allergoloogiliste uuringute põhjal määrati täpsustatud diagnoos, mille alusel jaotati lapsed nelja rühma.

1. Hingamisteede kaasasündinud anomaaliad ja mukovistsidoos olid 13 lapsel. Üheksal tekkis tüsistusena retsidiveeruv obstruktiivne bronhiit, 11 lapsel muud kaasnevad haigused, nagu otiit, rahiit jt.

2. Krooniline kopsupõletik oli 29 lapsel. Bronhograafilisel uuringul leiti bronhoektaasia neljal lapsel, ülejäänutel bronhide deformatsioonid.

3. Retsidiveeruvate bronhiitide, trahheiidide ja hingamisteede katarride all kannatas 50 last.

4. Astmaatiline bronhiit ja bronhiaalastma olid 44 lapsel.

Immunoloogilistest näitajatest uuriti Mancini meetodil kõigil immunoglobuliinide A, M, G. Kui leiti olulisi nihkeid, kasutati T- ja B-lümfotsüütide hulga määramiseks perifeerses veres roseti moodustumise testi oina erütrotsüütidega ning tehti lümfotsüütide blasttransformatsioonitest fütohemaglutiniiniga (3). Tulemuste hindamisel arvestati D. Stefani ja J. Veltišševi (6) esitatud normväärtusi.

Tabel. Immunoglobuliinide A, M ja G kontsentratsioon hingamiselundite haiguste korral

Rühm	Lapsi	Immunoglobuliinide kontsentratsiooni langus	
		ajutine	püsiv
Hingamiselundite kaasasündinud anomaaliad	13	6	—
Krooniline kopsupõletik	29	3	2
Retsidiveeruv bronhiit ja rinofarüngiit	50	8	2
Astmaatiline bronhiit ja bronhiaalastma	44	2	—
Kokku	136	19	4

Töö tulemused ja arutelu. Hingamisteede kroonilisi ja retsidiveeruvaid haigusi põdejaist leiti 19-l immunoglobuliinide kontsentratsiooni ajutine langus, neljal aga täheldati ka korduvat uuringutel immunoglobuliinide ühe või mitme klassi kontsentratsiooni langust (vt. tabel).

Kahel kroonilist kopsupõletikku põdeval lapsel esines püsiv immunoglobuliinide A, M ja G kontsentratsiooni tunduv langus. Mõlemad olid poeglapsed, immuunpuudulikkus oli neil avastatud koolieas. Analüüsitud anamneesi, selgus, et esimesel eluaastal olid nad põdenud hingamisteede katarrilise ja otiiti. Teisel ja kolmandal eluaastal olid lisanud bronhiit ja kopsupõletik, mis sageli on ägenenud. Kujuneski välja krooniline kopsupõletik bronhoektaasiatega. Kaasnevate haigustena olid mädan keskkõrvapõletik ja haimoriit. Torkas silma, et lapse vanemaks saamisel haiguse ägenemised ei harvenenud, haigus hoopis süvenes ning kujunesid välja kroonilise intoksikatsiooni ja hingamispuudulikkuse nähud. Haiguspilt vastab kirjanduses toodule (4, 6, 8). Proteiogrammi järgi esines neil gammaglobuliini ja immunoglobuliinide A, M ja G kontsentratsiooni tugev langus.

Haigusjuht 1. 14-aastane poeglaps U. E. Sündinud ajalisesena, emal oli olnud rasedustoksikoos.

Enne teist eluaastat oli laps põdenud hingamisteede katarri, edaspidi sageli trahheiti ja bronhiiti. Tihti oli kehatemperatuur tõusnud. Tugev ja kinnine köha, mis hiljem alati muutus rögakseks. Röga mädane. Esmakordselt oli tehtud bronholoogilisi uuringuid 12 aasta vanuses haiguse remissiooniaas. Oli leitud katarraalne endobronhiit, vähene bronhide deformatsioon 8. segmendis vasakul, spirogrammis hingamispuudulikkus I... II astmes; higikloriidid 40,5; 26,8; 12 ja 33 mmol/l. Et haigus oli korduvalt ägenenud, millega kaasnes köha rohke rögaeritusega, tehti bronholoogilisi uuringuid aasta pärast veel mitmel korral. Leiti väljakujunenud silinderjad bronhoektaasiad allsagaras vasakul. Kaasnes mädane haimoriit.

Immunoloogilised uuringud; IgA 0,11... 0,025... 0,03 g/l; IgM 0,25... 0,46... 0,23 g/l; IgG 1,00... 1,7... 2,0 g/l.

Proteinogrammis oli gammaglobuliini kontsentratsioon püsivalt langenud; 12,6; 7,4; 6,3; 12,5 % üldvalgu kogusest. Last uuriti täiendavalt immunoloogiasinstituudis Moskvas. IgA, IgM, IgG kontsentratsioon oli madal, T-lümfotsüüte 36... 52 %, B-lümfotsüüte 5... 11 %.

Kliiniline diagnoos: kaasasündinud üldine muutlik immunoglobuliinide puudulikkus. Krooniline kopsupõletik bronhoektaasiatega allsagaras vasakul. Krooniline mädane haimoriit.

Asendusraviks tehti plasmaülekandeid, laps sai gammaglobuliinravi, samal ajal raviti teda ka põletiku vastu, mis algul viis küll haiguse remissiooni, kuid mis hiljem ei suutnud uute ägenemiste teket ega kroonilise protsessi süvenemist ära hoida. Ka immunoloogiliste näitajate osas saavutati vähene positiivne dünaamika.

Retsidiveeruvat bronhiiti põdejatest esines kahel lapsel pidev IgA kontsentratsiooni tugev langus (0,16... 0,26 g/l), mis ei olnud tõusnud isegi kordusanalüüsid. Kliinilises pildis olid korduvad bronhiidid ja trahheiidid, ühel lapsel oli tüsistusena kopsupõletik. Kui lapsed said vanemaks, siis kordusid haigused harvem. Immunoglobuliinide kontsentratsiooni ajutist langust leiti kokku 19 lapsel. Neist esines üksnes IgA kontsentratsiooni langus seitsmel, IgG kontsentratsiooni langus kolmel ning IgA ja IgG üheaegne langus üheksal lapsel. IgM kontsentratsioon oli kas normis või veidi tõusnud, mis ühtib kirjanduse andmetega (6).

Ajutise immuunpuudulikkuse korral kulges haigus raskemini kui neil juhtudel, kui immunoglobuliinide tase langust ei leitud. Kroonilist kopsupõletikku põdejail tekkis sageli pikemat aega kest-

vaid ägenemisi, arenes mädane endobronhiit. Immunoloogiliselt prevaleeris IgG-puudulikkus. See viitab märgatavale immuunsüsteemi häirele, sest bakteriaalsete põletike ägenemine normaalse vastusreaktsiooni korral kutsub esile IgG kontsentratsiooni tõusu vereseerumis (6).

Kui ajutine immuunpuudulikkus oli retsidiveeruvat bronhiiti põdevail haigeil, siis oli ülekaalus kombineerunud haiguspilt: retsidiveeruv bronhiit esines bronhiaalpuu anomaalia või mukovistsidoosi tüsistusena või kulges see koos rahhiidi, kaasasündinud südamerikete, aneemia või teiste haigustega. Raskeid mädapõletikulisi tüsistusi ei kaasnenud. Nendel lastel vastavalt vanuse tõusule bronhiidi ägenemine harvenes ja haigus kulges kergemalt. Immunoloogiliselt prevaleeris IgA kontsentratsiooni langus. A. Plebani (2) on vereseerumi IgA kontsentratsiooni languse korral täheldanud ka sekretoorse IgA kontsentratsiooni langust, millest saab alguse lokaalne immuunsuskahjustus ja mis tõenäoliselt on üks haiguse retsidiveerumise põhjusi. Enamikul neil IgA ja IgG kontsentratsioon normaliseerus või ilmnes tõusutendents haiguse remissiooniaas. Osa lapsi paranes pärast asendusravi või immunostimuleerivat ravi, osa paranes aga ilma spetsiifilise ravita.

Haigusjuht 2. Kolmeaastane poeglaps A. K. Sündinud ajalises kolmandast sünnitusest. Esmakordselt oli seitsme kuu vanuselt haigestunud bronhiiti, mis oli kulgenud raskelt ja tüsistunud kopsupõletikuga. Sellest ajast oli bronhiit 1... 3 kuu tagant korduma hakanud, tüsistusena oli tekkinud katarraalne otiit. Mädnakkusi ei esinenud. Visa kuluga enterobioos. Röntgenoloogiliselt: rikkalikum kopsuujoonis, lobulaarseid puhitusi. Bronhoskoopial katarraalne endobronhiit. Anomaaliaid ei leitud, leiuta ka EKG. Vere kliiniline analüüs oluliste niheteta. Määrati higikloriidide sisaldus: 13; 15,9; 19,5; 12,8 mmol/l, IgE 18 ühikut. Nahatestid olid kodutolmu, tomati ning kanaliha suhtes positiivsed, teiste suhtes negatiivsed. Proteinogrammis gammaglobuliini 15... 16 %. Immunoloogiliste uuringute tulemused dünaamikas ühe aasta jooksul: IgA — 0,23... 0,28... 1,35... 0,63... 0,53 g/l; IgM — 1,07... 0,53... 0,51... 0,37... 0,68 g/l; IgG — 6,3... 6,6... 10,1... 5,1... 5,5 g/l. T-lümfotsüüdid: üldarv 22,5 %, absoluut- 5,53·10⁶ l, aktiivseid 19 %, absoluut-

hulk $4,86 \cdot 10^6$ l; B-lümfotsüüte 15 %, absoluut-
hulk $4,44 \cdot 10^6$ l. Blasttransformatsiooni-indeks
fütohemaglutiniiniga 2,7.

Et oletati kaasasündinud immuunpuudulikkust,
uuriti last immunoloogiainstituudis Moskvast,
kus diagnoosiks pandi sekundaarne immuun-
puudulikkus, sest kordusanalüüsid nii immuno-
globuliinide kui ka T-lümfotsüütide osas olid
normi piires. Ajutisele immuunpuudulikkusele
viitavad meil peale dekaarisekuuri ka immu-
noglobuliini ühekordselt saadud normväärtused.

Järeldused.

1. Hingamiselundite retsidiveeruvate
ja krooniliste haiguste korral on lastel
näidustatud immunoloogilised uuringud
immuunpuudulikkuse väljaselgitami-
seks.

2. Orienteerivad uuringud immuun-
puudulikkuse väljaselgitamiseks on pro-
teinogrammis gammakrafraktsiooni ja im-
munoglobuliinide A, M ja G kontsent-
ratsiooni määramine.

3. Immunoglobuliinide kaasasündi-
nud puudulikkust iseloomustavad hai-
guse varajane algus, sagedad mäda-
protsessid, progresseeruva kuluga kroo-
nilise kopsupõletiku väljakujunemine,
proteinogrammi põhjal gammaglobuliini
ja IgG, IgM, IgA kontsentratsiooni
pidevalt tugev langus.

4. Omandatud ajutise immuunpuu-
dulikkuse korral esinevad sagedad hing-
gamisteede haigused, mis tavaliselt ei
tüsistu mädapõletikuga ega muutu kroo-
niliseks. Lapse vanemaks saamisel hai-
gusnähud vähenevad. Esineb IgA või
IgG kontsentratsiooni mõõdukas langus.

KIRJANDUS: 1. *Blau, H. J.* Pädiatrische Immunologie. Leipzig, 1892. — 2. *Plebani, A., Mira, E., Mario, E. a. o.* Clin. exp. Immunol., 1983, 53, 3, 689—696. — 3. *Velbri, S.* Immunologia. Tln., 1982.

4. *Михайлова З. М., Михеева Т. А., Добровольская Р. А.* Иммунология, 1983, 4, 71—76. — 5. *Пярлист М., Вельбри С., Ааса Э., Нанп Л.* В сб.: Актуальные вопросы иммунодиагностики и иммунорегуляции. Таллин, 1982, 291. — 6. *Стефани Д. В., Вельтищев Ю. Е.* Клиническая иммунология детского возраста. Л., 1977. — 7. *Тимпнер К. Д., Нойхаус Ф.* Иммунологическая недостаточность у детей. М., 1979. — 8. *Хахалин Л. Н.* Педиатрия, 1979, 8, 45—49.

Tallinna I Lastehaigla
Eksperimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut

UDK 613.81:616-036.8

Alkohoolikute surmapõhjused lahangu andmeil

Tiina Pokk Leo Pokk · Tartu

alkohoolikud, suremus, surma põhjused, lahangu
andmed

Oma eelmises töös selgitasime alko-
hoolikute surmapõhjusti Tartu Kliinilise
Haigla prosektuuri 1958...1977. a.
pärit lahangumaterjali põhjal (2). Järg-
mistel aastatel täheldasime niisuguste
lahangujuhtude märgatavat sagenemist
ja olulisi nihkeid surma põhjuste struk-
tuuris. Käesolevas töös esitame Tartu
Kliinilise Haigla prosektuuri lahangu-
materjali andmed 1978. aasta 1. ja-
nuarist kuni 1984. aasta 31. detsemb-
rini. Selle aja jooksul oli lahangul
175 alkoholismi tagajärjel surnut, mis
moodustab 3,5 % lahangute üldarvust
(vastsündinud kaasa arvamata).

Alkoholismi tõttu surnute lahangu-
juhtude arvu pidevast suurenemisest
annab ülevaate tabel, milles on toodud
ka andmed varem analüüsitud perioodi
(1958...1977 a.) kohta. Aastail 1978...
...1984 suurenesid nii alkohoolikute
lahangujuhtude arv kui ka protsent
lahangute üldarvust eelmiste aastate
näitajatega võrreldes. See on igal aastal
progresseeruvalt suurenenud. Nii saigi
rekord aastaks viimane, 1984. aasta, mil
Tartu Kliinilise Haigla prosektuuri
lahangumaterjalis oli 39 alkoholi läbi
surnut (5,2 % lahangute üldarvust).
Seega oli 1984. a. lahangul alkoholismi
läbi surnuid niisama palju (39 surnut)
kui neid oli aastail 1958...1972 (vt.
tabel).

Ajavahemikul 1978...1984 lahatud
alkoholismi tagajärjel surnute hulgas
oli 150 meest ja 25 naist. Ealisi erinevusi
naiste ja meeste vahel ei olnud. 12 alko-
hoolikut suri elueas 21...30 aastat,
26 elueas 31...40 aastat ja 69 elueas
41...50 aastat. Seega 107 alkohoolikut

(61,1 %) suri enne 50-aastaseks saamist. Ülejäänud jagunesid earühmadesse järgnevalt: 51... 60 aastat 44 juhtu ja 61... 70 aastat 20 juhtu; üle 70 aasta elasid 175 alkohoolikust vaid neli. Siinkohal tuleb rõhutada, et alkohoolikud, kes elasid üle 50 eluaasta, olid sagedat alkoholi pruukimist alustanud märksa hiljem kui nooremas eas surnud.

Kõigist haiguslugudest ei selgunud alkoholi liigtarbimise kestust. Osas olid andmed selle kohta olemas ja neist nähtub, et alkohoolikud surid enamasti 12... 15-aastase alkoholi pideva pruukimise järel. Üksikjuhtudel olid nad surnud ka varem, kas 4... 5 aasta jooksul või märgatavalt pikemat aega, 20 aastat või kauem kestnud alkoholi liigtarbimise järel.

Alkohoolikute sooline ja vanuseline koosseis ei olnud ajavahemikul 1978... 1984 ajavahemiku 1958... 1977 koosseisuga võrreldes muutunud. Erinevusena ilmnes asjaolu, et aastail 1958... 1977 oli praktiliselt kõigil alkohoolikuil haiguslugudes märgitud töökoht. Viimase seitsme aasta jooksul (1978... 1984) alkohoolikud aga küllalt sageli ei olnud töötanud või olid nad alkohoolsete kahjustuste tagajärjel invaliidistunud. Näiteks 1984. aastal lahatud 34 mehest 12 ei olnud töötanud ja kuus olid olnud invaliidid. Mittetöötavad alkohoolikud olid kõik töövõimelises eas, 28... 49 aasta vanused mehed. Alkoholi liigtarbimise läbi invaliidistunud meeste vanus oli 31... 53 aastat. 1984. a. lahatud viiest 39... 49 aasta vanusest naisest ükski ei olnud töötanud. Seega kokku 1984. aastal lahatud

39 töövõimelises eas surnust enamik (23) oli olnud ilma töökohata või olid nad joomise tõttu invaliidistunud. Need arvud näitavad, et alkoholismi sotsiaalne tähendus üha suureneb.

Surma põhjuste analüüsimisel selgusid ajavahemikul 1958... 1977 ja 1978... 1984 märgatavad erinevused. Ajavahemikul 1958... 1977 suri 110 alkohoolikust 67 (60,9 %) otseselt alkoholismist tingitud siseelundite kahjustuste või tüsistuste tõttu. 43 alkohoolikut (39,1 %) suri muudesse haigustesse, mille teket ei saa otseselt seostada alkoholi liigtarbimisega (pahaloomulised kasvaja, hüpertooniatõbi jt.).

Seitsme aasta jooksul (1978... 1984 a.) surid alkohoolikud märgatavalt sagedamini elundite kahjustuste tagajärjel, surma põhjuseks oli otseselt alkoholism. 175 alkohoolikust oli see nii 150-1 (85,7 %). Ainult 25 alkohooliku (14,3 %) surmapõhjust ei saa otseselt seostada alkoholismiga. Neil juhtudel põhjustasid surma pahaloomulised kasvaja, reumaatiline endokardiit või muud haigused.

Alkoholismi puhul arenevad morfoloogilised muutused mitmes elundis (maksas, südames, kõhunäärmes, peaajus), kuid igal üksikjuhul on esiplaanil ühe elundi kahjustus, mis osutub ka otseseks surma põhjuseks (5,6). Sedasama täheldasime ka meie nii oma eelmises (2) kui ka käesolevas töös. Aastail 1978... 1984 oli üksikute elundite alkohoolsete kahjustuste osa surma põhjuseks märgatavalt muutunud. Ajavahemikul 1958... 1977 surid alkohoolikud kõige sagedamini deliiriumis (19,0 % kõigist juhtudest). Edasi järgnesid sageduselt maksakahjustus (14,5 %), kopsupõletik (9,0 %), kopsutuberkuloos (samuti 9,0 %) ja kõhunäärme kahjustus (3,6 %).

Viimase seitsme aasta jooksul (1978... 1984) oli surma põhjuste seas esikohale tõusnud maksakahjustus, mille tagajärjel suri 70 alkohoolikut (40,0 %). Neist 45 suri maksatsirroosist põhjustatud maksakoomasse, 20 söögitoru laienenud veenidest tekkinud vere-

Tabel. Alkoholismi tõttu surnud Tartu Kliinilise Haigla prosektoori lahanguandmeid

Aastad	Alkohoolikute arv	% lahangutest
1958... 1962	2	0,13
1963... 1967	5	0,24
1968... 1972	32	1,1
1973... 1977	71	2,1
1978... 1982	110	3,1
1983... 1984	65	4,3

jooksu tõttu ja viis alkohoolse maksatsirroosi foonil arenenud primaarsesse maksavähki. Seega on maksakahjustuste osa alkohoolikutel surma põhjustajana suurenenud praktiliselt kolm korda, võrreldes näitajatega aastail 1958...1977 (vastavalt 40,0 % ja 14,5 %).

Peale nende lahangujuhtude, mille puhul maksakahjustus oli otseselt surma põhjustajaks, täheldasime muutusi alkohoolikute maksas rasvdüstroofia või algava tsirroosina veel 55 juhul. Seega oli maksas morfoloogilisi muutusi tekkinud üldse 125 alkohoolikul 175-st (71,4 %). Naistel täheldasime maksatsirroosi märksa sagedamini (62,4 %) kui meestel (44,1 %).

Ajavahemikul 1977...1984 oli alkohoolikute surmapõhjuste hulgas sageduselt teisel kohal kopsupõletik, mis oli põhihaiguseks 14 juhul (8,0 %). Peale selle diagnoositi lahanguil veel 38 juhul tüsistusena tekkinud kopsupõletik. Seega põdes kopsupõletikku kokku 52 alkohoolikut (29,7 %), kusjuures mehed põdesid seda haigust märksa sagedamini (32,0 %) kui naised (12,0 %). Kopsupõletiku sage teke alkohoolikuil meie uurimismaterjali järgi ühtib kirjanduse andmetega (4).

Surma põhjuste hulgas oli 1978...1984. a. kolmandale kohale tõusnud alkohoolne kardiomiopaatia — 13 juhtu (7,4 %). Ajavahemikul 1958...1977 täheldati seda surma põhjustajana vaid kahel 110 juhust. Alkohoolne kardiomiopaatia surma põhjustajana esines ainult meestel. Kulges see tavaliselt (10 juhul) pikkamööda süveneva kardiovaskulaarse puudulikkusena. Kolmel juhul lõppes alkohoolne kardiomiopaatia äkksurmaga. Sellele võimalusele on viidatud ka kirjanduses (3, 7). Alkohoolse kardiomiopaatia tagajärjel surnute lahanguil leiti, et süda oli neil tugevasti suurenenud, kaaludes tavaliselt 500...600 g, ühel juhul koguni 1050 g. Viimati nimetatud juhul oli 40-aastaselt surnud mees alkoholi liigtarvitanud 20 aastat, seejuures viimased kolm aastat igapäev.

Peale 13 sellise lahangujuhu, millel südamekahjustus oli esiplaanil ja ka surma põhjus, leiti alkohoolsele müokardiopaatiale iseloomulikke muutusi veel 69 juhul. Seega oli alkohoolne südamekahjustus kokku 82 juhul (46,8%). Meestel esines alkohoolset müokardiopaatiat märksa sagedamini (51,3%) kui naistel (20,0%).

Surma põhjuste hulgas oli aastail 1977...1984 neljandal kohal kõhunäärme kahjustus pankreatiidina — 11 juhtu (6,3%). Seega on ka kõhunäärme alkohoolse kahjustuse juhud viimastel aastatel sagenenud, kui võrrelda juhtudega ajavahemikul 1958...1977, mil need moodustasid surma põhjustest vaid 3,6%. Alkohoolset pankreatiiti esines meestel ja naistel ühesuguse sagedusega.

Kirjanduse andmeil on alkohoolikute hulgas palju tuberkuloosihageid (1). Seda täheldasime ka oma varajasemas töös (2). 1978...1984. a. oli kopsutuberkuloos otseseks surmapõhjuseks 10 alkohoolikul (5,7%). Peale selle oli kaheksal tuberkuloos kaasnev haigus. Seega oli alkohoolikute hulgas tuberkuloosihageid 18 (10,3%). Kõik alkohoolikuist tuberkuloosihageid olid mehed.

Alkohoolikuist tuberkuloosihageid on sellised haiged, kes arsti poole õigel ajal ei pöördunud ega profülaktilisele läbi vaatusele ei tule, mistõttu ka nende ravi jääb sageli hiljaks. Ravi ajal ei pea nad kinni režiimist, lahkuvad haiglast omavoliliselt ja on sageli nakkusohhtlikud. Selle kohta mõned näited.

36-aastane mittetöötav mees oli ennast haigena tundnud 1982. aasta oktoobrist alates, kuid arsti poole pöördus alles sama aasta detsembris. Oli siis ravil Tartu Tuberkuloosidispanseri staatsionaaris, kuid lahkus sealt omavoliliselt. 1983. aasta 16. septembril viidi ta väga raskest seisundis Uderna Tuberkuloosihaglasse, kus ravi ei andnud tulemusi ja haige suri 4. oktoobril 1983. aastal.

34-aastane mittetöötav mees oli ravil olnud Tartu Tuberkuloosidispanseri staatsionaaris 1979. ja 1980. aastal, mõlemal korral lahkus sealt omavoliliselt. 1981. ja 1982. aastal oli ta Jämejala haiglas alkoholismi sundravil, kuid lahkus ka sealt mõlemal korral. Et haige seisund halvenes, saadeti ta 1982. aasta 16. juunil Tartu Tuberkuloosidispan-

seri statsionaari, kus 21 päeva kestnud ravile vaatamata suri. Lahangul leiti mõlemapoolne infiltratiivne kopsutuberkuloos kavernidega mõlemas kopsus.

Analoogiline oli alkohoolikutest tuberkuloosihagete anamnees ka ülejäänud juhtudel. Sellest järeldub, et alkohoolikutest tuberkuloosihageid peaks ravitama kinnistes raviasutustes, kust oleks välistatud nende ravilt lahkumine.

Kaheksal alkohoolikul (4,6%) põhjustasid surma alkohoolne entsefalopaatia ja ajuverevalumid, kuus (3,4%) surid deliiriumis. Seega ajavahemikul 1978...1984 suri alkohoolikuid deliiriumis märksa harvem kui ajavahemikul 1958...1977 (19,0%).

Oma eelmises töös (2) juhtisime tähelepanu suurele lahkdiagnooside hulga alkohoolikute seas. 1958...1977. a. oli põhihaigus jäänud kliiniliselt diagnoosimata 13,6%-l alkohoolikutest, aastail 1973...1977 koguni 17,3%-l (2). Viimase seitsme aasta jooksul (1978...1984) ilmses lahknevus kliinilise ja patoanatomilise diagnoosi vahel põhihaiguse osas vaid 10 juhul (5,7%). Oma osa selles ilmselt etendab ka asjaolu, et viimati mainitud ajavahemikul pöördus arsti poole rohkem selliseid alkohoolikuid, kellel alkoholismist tingitud mingi siseelundi, eeskätt maksa kahjustus oli selgemalt välja kujunenud.

Kokku võttes võime öelda, et ajavahemikul 1978...1984 on Tartu Kliinilise Haigla prosektooris alkohoolikute lahangujuhtude arv eelnevaga võrreldes igal aastal suurenenud. Kõige suurem oli see 1984. aastal, kui alkohoolikud moodustasid 5,2% lahanguute üldarvust (vastsündinud kaasa arvamata).

Aastaiks 1978...1984 on alkoholism Tartu Kliinilise Haigla prosektoori lahangumaterjali järgi surma põhjuste hulgas tõusnud kolmandale kohale südame- ja vereringehaiguste ning pahaloomuliste kasvajate järel. Sel perioodil lahatutest moodustavad märgatava osa mittetöötanud või alkoholismi tagajärjel inva-

liidistunud isikud. Seega rõhutavad andud töö andmed veel kord, et alkoholismi nii meditsiiniline kui ka sotsiaalne tähendus üha suureneb.

Aastail 1978...1984 oli alkohoolikute surmapõhjuste hulgas esiplaanil maksakahjustus (40,0%), järgnesid kopsupõletik (8,0%), alkohoolne kardiomüopaatia (7,5%), pankreatiit (6,2%), tuberkuloos (5,7%), alkohoolne entsefalopaatia (4,6%), deliirium (3,4%). Surma põhjuste osas on täheldatud erinevusi mees- ja naisalkohoolikute vahel. Naistel oli surma peamine põhjustaja maksakahjustus, mida neil esines sagedamini kui meestel. Naisalkohoolikud haigestusid kopsupõletikku märksa harvem kui meesalkohoolikud. Kopsutuberkuloosi ei täheldatud ühelgi naisalkohoolikul. Meestel esines tuberkuloosi 18 juhul 150 alkohoolikust (12,0%). Alkohoolset kardiomüopaatiat täheldati naistel harvem ja see ei olnud neil kordagi surma põhjuseks. Ajavahemikul 1978...1984 vähenes märgatavalt juhtude arv, kui põhihaigus oli jäänud kliiniliselt diagnoosimata, võrreldes näitajatega perioodil 1958...1977 (vastavalt 5,7% ja 13,6%).

KIRJANDUS: 1. Feingold, A. O. South. Med. J., 1976, 69, 10, 1336—1337. — 2. Pokk, T. Pokk, L. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1979, 2, 111—114. 3. Вихерт А. М., Цыпленкова В. Г. Арх. патол., 1984, I, 14—22. — 4. Крылов А. А., Киреева О. В. Тер. арх., 1982, 4, 134—136. — 5. Лебедев С. П. Арх. патол., 1982, 5, 80—86. — 6. Мухин А. С., Лебедев С. П., Виноградова Л. Г. Клини. мед., 1983, 9, 93—98. — 7. Паиков В. С., Свистухин А. И. Арх. патол., 1981, 12, 68—73.

Tartu Kliiniline Haigla
TRÜ arstiteaduskonna patoanoomia
ja kohtuarstiteaduse kateeder

UDK 616.12-005.4-072.2-073.75

Koronarograafia leiukirjeldamise skeem

Jaan Eha · Tallinn

südame isheemiatõbi, koronarograafia tulemuste hindamine

Südame pärgarterite röntgenkontrastuuring — koronarograafia — on oluline diagnoosimisvõtte kardioloogias. Seda uuringut tehakse meie vabariigi kahes keskuses: Tartu Kliinilises Haiglas (E. Altraja) ning Tallinna Kiirabihaiglas (T. Rebane, T. Serka, O. Luha, J. Eha). Viimastel aastatel on uuritud olnud 750...800 ringis, seega varajasemast rohkem. Seoses sellega on tekkinud vajadus ka paljudel arstidel koronarogrammi täpse kirjelduse järele. Et leiukirjeldamine tekstina võtab palju ruumi ja aega, siis ei sobi selline kirjutamisviis ambulatoorsete kaartide, konsultatsioonile suunamise kirjade ja otuste ning statsionaarist lahkumise dokumentide täitmiseks.

1970-ndate aastate algusest alates on TRÜ veresoontekirurgia laboratooriumis kasutusel olnud koronarogrammi kirjeldamise valem (T. Sulling). Selle muudatustega variandid on leidnud kindla koha angiogrammide kirjeldamisel protseduure tegevate arstide poolt ning dokumentide kaudu on need jõudnud ka raviarstideni.

Arvestades aastate jooksul saadud kogemusi ning rahvusvahelisi hindamiskriteeriume, võtsime tänavu kasutusele valemiga täiendatud variandi.

Kirjutises tutvustame seda lähemalt.

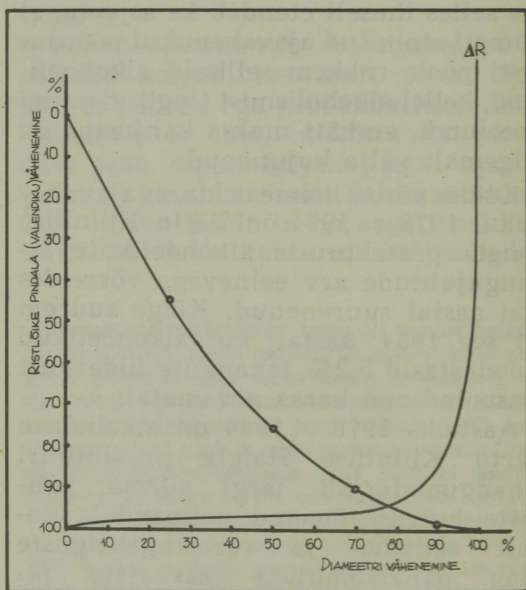
I. Pärgarteri stenoosiastme hindamine.

Hinnates mitmes projektsioonis tehtud koronarogrammi, määratakse kas visuaalselt või otsese mõõtmise teel kõigi oluliste (s. t. diameetriga üle 1 mm) pärgarteriharude diameetri vähenemine. Stenoosid on rühmitatud astmetesse järgnevalt:

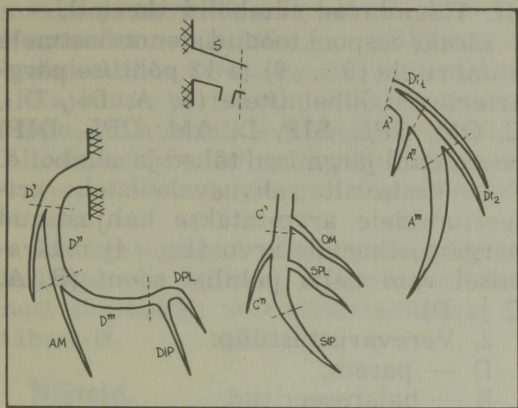
- 0 — normaalne valendik,
- 1 — diameetri vähenemine kuni 25% (arteri seina kontuuri ebatasasus),
- 2 — vähenemine 26...50%,
- 3 — vähenemine 51...75%,
- 4 — vähenemine 76...90%,
- 5 — vähenemine 91...99% (preoklusioon),
- 6 — oklusioon.

Teades diameetri vähenemist on lihtne avastada soonevalendiku stenoosi (vt. joonis 1).

Pidev joon näitab sõltuvust diameetri ja ristlõikepindala (valendiku) muutuste vahel. Joon ΔR aga näitab Poiseuille'i-Hageni valemi alusel arvutatud vedeliku voolamistakistuse muutumist sõltuvalt soone diameetri muutumisest. Selgelt on jälgitav takistuse järsu suurenemise algus kohast, kus arteri diameeter on vähenenud 75%. Praktikas on see seaduspärasus kasutatav vaid orientiirina, sest aterosklerootiliste ahenemiste korral ei ole veresoone sisepind kunagi sile (nagu eeldab valem) ning seetõttu võib vere voolamistakistus isegi mõõdukate stenooside korral olla tekkivate väikeste turbulentsvoolude tõttu küllalt tugev. Kahtlemata



Joonis 1. Vedeliku voolamistakistuse sõltuvus veresoone ahenemisest.



Joonis 2. Südame pärgarterite hargnemise skeem.

etendab oma osa ka suhteliselt vääniliste pärgarterite elastsuse vähenemine ateroskleroosi korral.

Praktikas on näidatud, et kliiniliselt oluliseks osutub arterivalendiku ristlõike pindala vähenemine alates 70... 75%-st (50% diameetrist).

On vaja silmas pidada ka seda, et väljendunud stenoosi funktsionaalne tähtsus võib olla väiksem, kui sellest distaalsemale on arenenud kollateraalvereringe kahjustamata pärgartereid. Ka südamelihase energiatarbe ja vere voolamisomaduste muutused võivad anatomsiliselt väljendunud ahenemise funktsionaalset tähtsust kas suurendada või vähendada.

Oluline on teada, et operatsioonidel ning lahanguitel konstateeritav pärgarterite ahenemine on tavaliselt enam väljendunud, kui angiogrammid seda võimaldavad diagnoosida.

II. Hindamisele kuuluvate pärgarteriharude kirjeldus (vt. joonis 2).

1. Vasaku pärgarteri põhitüvi (lühend S=*sinister*). Lõik arteri suudmest kuni esmise vatsakestevahelise haru ja ümbritseva haru bifurkatsioonini.

2. Eesmine vatsakestevaheline haru (*ramus interventricularis anterior*, lühend A=*anterior*). Sellel harul hinnatakse kolme lõiku:

a) proksimaalne — vasaku pärgarteri põhitüvest kuni esimese septaalharu alguskohani;

b) mediaalne — eelmisest lõigust kuni kohani, kus arter suundub nurgaga alla (I põikprojektsioonis), sageli langeb see kokku teise diagonaalharu alguskohaga;

c) distaalne — arteri osa alates keskmisest lõigust kuni lõpuni, kulgeb eesmise vatsakestevahelises vaos ning sageli ulatub üle südametipu.

3. Esimene diagonaalharu (*ramus diagonalis*¹, lühend Di₁). Suurim ja tavaliselt esimene diagonaalharu, mis lähtub eesmisest vatsakestevahelisest harust. Ta võib hargneda ka vasaku arteri põhitüvest selle trifurkatsiooni korral. Kirjanduses on seda nimetatud ka lateraalharuks või põhitüve diagonaalharuks. Kulgeb südame külgsinna eesmisel osal.

4. Teine diagonaalharu (*ramus diagonalis*², lühend Di₂). Eesmisest vatsakestevahelisest harust, tavaliselt nurga piirkonnast lähtuv alaneva suunaga arter. Diameeter ja pikkus on varieeruvad.

5. Vasaku pärgarteri ümbritsev haru (*ramus circumflexus*, lühend C):

a) ümbritseva haru proksimaalosa on lõik vasaku pärgarteri põhitüvest kuni nüriservaharu lähtekohani;

b) ümbritseva haru distaalosa paikneb südame tagumises vatsakestevahelises vaos või selle lähedal. Algab pärast nüriservaharu hargnemist ja kulgeb arteri lõpuni või tagumise vatsakestevahelise haru alguseni. Sageli on väike.

6. Nüriservaharu (*ramus obtusus marginalis*, lühend OM). Suurim ja tavaliselt esimene ümbritseva arteri haru südame nüril serval või selle lähedal.

7. Tagaseina-külgsinaharu (*ramus posterolateralis*, lühend SPL). Ümbritseva arteri osa, mis kulgeb vasaku südamevatsakese taga- ja külgsinjal. Võib kas puududa või olla nüriservaharust lähtuv.

8. Tagumine alanev haru (*ramus interventricularis posterior*, lühend SIP). Esineb ümbritsevast harust lähtuvana ainult vasaku verevarustustüübi või südame tasakaalustatud verevarustustüübi korral.

9. Parema pärgarter (*arteria coronaria dextra*, lühend D). Ka see arter on jaotatud kolmeks lõiguks:

a) proksimaalne — parema arteri suudmest kuni poole vahemaani südame teravast servast. Sageli tähistab selle lõppu ühe parema südamevatsakese haru hargnemiskoht;

b) mediaalne — eelmise segmendi lõpust südame terava servani (parema pärgarteri nurgani). Tihti märgib selle osa lõppu teravnurgaharu lähtekoht;

c) distaalne — eelmise lõpule järgnev parema pärgarteri osa, mis kulgeb tagumises atrioventrikulaarvaos ja ulatub kuni tagumise vatsakestevahelise haru lähtekohani (vasaku tüübi korral väga väike).

10. Teravservaharu (*ramus acutus marginalis*, lühend AM). Südame teraval serval paiknev parema pärgarteri haru.

11. Tagaseina-külgseinaharu (*ramus posterolateralis*, lühend DPL). Parema pärgarteri distaalosast lähtuv ning südame tagaseinal ja külgseinal kulgev arteriharuharu.

12. Tagumine alanev haru (*ramus interventricularis posterior*, lühend DIP). Lähtub parema pärgarteri distaalosast ning paikneb tagumise vatsakestevahelise vao piirkonnas.

Posterolateraalaru ja ka tagumine vatsakestevaheline haru võivad lähtuda nii paremast pärgarterist (DPL, DIP) kui ka vasaku pärgarteri ümbritsevast harust (SPL, SIP). See oleneb südame verevarustustüübist, mille määramise aluseks on arter, millest tagumine vatsakestevaheline haru alguse saab. Kui tagumine vatsakestevaheline haru lähtub paremast pärgarterist, on tegemist südame parema verevarustustüübiga. Vasaku verevarustustüübi korral lähtub sama haru aga vasaku pärgarteri ümbritsevast harust. Balansseeritud tüübi korral lähtub tagumine vatsakestevaheline haru nii paremast pärgarterist kui ka ümbritsevast harust. Seega verevarustustüüp näitab ainult südame tagaseina verevarustuse allikaid, sest eessein saab verevarustuse alati eesmise vatsakestevahelise haru kaudu.

III. Täiendavad sümbolid skeemil.

Lisaks eespool toodud stenoosiastmete numbritele (0...6) ja 12 põhilise pärgarteriharuharu lühenditele (S, A, Di₁, Di₂, C, OM, SPL, SIP, D, AM, DPL, DIP) on skeemil järgmised tähed ja sümbolid.

1. Vastavalt rahvusvahelistele kriteeriumidele arvestatakse kahjustatud pärgarteriharude arvu (1...4) määramisel vaid nelja põhilist soont (S, A, C ja D).

2. Verevarustustüüp:

D — parem,

B — balansseeritud,

S — vasak.

3. Kollateraaliid:

K — kollateraaliide esinemine,

→ — kollateraaliide suund,

R — pärgarteri osa, mis täitub retrograadselt kollateraaliide kaudu,

- — pärgarteri lõik, mis ei ole koronarogrammilt nähtav, s. t. ei täitu retroega antegraadselt. Võimalik on selle lõigu umbumine.

4. N — normaalne leid, kasutatakse siis, kui üheski harus ei ole ahenemist näha.

IV. Leiu kirjelduse skeem, koronarogrammi valem.

Valem algab kahjustatud põhiliste pärgarteriharude arvu tähistava numbriga (1...4). Seejärel esimese tähena on skeemil südame verevarustustüübi tähis (D, S või B).

Neile järgneb üksikute kahjustatud pärgarteriharusid tähistavate tähekombinatsioonide ning neile sulgudes järgnevate stenoosiastmeid näitavate numbrite rida. Lõikude, mille tähiseks on S, Di₁, Di₂, OM, SPL, SIP, AM, DPL ja DIP, järel on sulgudes üks number või sümbol, mis tähistab suurimat nendes esinevat stenoosiastet.

Eesmise vatsakestevahelise haru ja parema pärgarteri (A ja D) korral hinnatakse iga nende eespool toodud lõiku eraldi, seega tähistab taga sulgudes kolm numbrit või sümbolit, millest esimene tähistab muutust proksimaalosas, teine kesk- ja viimane distaalosas. Ümbritseva haru korral kirjutatakse tähise järel sulgudes kaks numbrit või sümbolit, millest esimene tähistab proksi-

maalse ja teine distaalse lõigu muutusi. Normaalse valendikuga pärgarterite harude kohta valemisse märget ei tehta.

Vajaduse korral kirjutatakse valemi lõppu kollateraaside esinemist tähistav K ning märgitakse ära kollateraali andva ja saava arterilõigu tähekombinatsioon.

Kui on tegemist normaalsete pärgarteritega, siis koosneb valem ainult kahest sümbolist, verevarustustüübist ja tähest N.

Näiteid.

DN — südame parem verevarustustüüp, normaalse valendikuga pärgarterid.

1B A(510)Di₁(1) — ühe pärgarteriharu kahjustus, südame balansseeritud verevarustustüüp. Eesmise vatsakestevahelise haru proksimaalosa 5. astme (91...99%) ahenemine ja keskosa 1. astme (<25%) ahenemine. Esimese diagonaalharu 1. astme stenoos.

4D S(3) A(16R) Di₁(—) C(22) OM(2) D(251) DPL(2) DIP (1) K D → A, OM → A.

Nelja pärgarteriharu kahjustus. Südame parem verevarustustüüp. Vasaku pärgarteri põhitüve 3. astme (51...75%) ahenemine. Eesmise vatsakestevahelise haru proksimaalosa 1. astme ahenemine ning oklusioon (6. aste) keskosas, distaalsed arteriosad täituvad retrograadselt kollateraaside kaudu. Esimene diagonaalharu ei kontrasteeru ei ante- ega retrograadselt. Vasaku pärgarteri ümbritseva haru proksimaal- ja distaalosa 2. astme ahenemine (diametri vähenemine 25...50%). Nüriservaharu 2. astme ahenemine. Parema pärgarteri 2. astme stenoos proksimaalsel, keskosas 5. astme (91...99%) ning distaalsel 1. astme ahenemine. Paremast pärgarterist lähtuva posterolateraalaru (DPL) 2. astme ning tagumise alaneva haru (DIP) 1. astme ahenemine. On kollateraamid paremalt arterilt ja nüriservaharult eesmisele vatsakestevahelisele harule, täites selle distaalosa (seda näitab täht R eesmise vatsakestevahelise haru distaalse lõigu tähises).

Nagu näidetest selgus, on valemi va-

jadus ilmne: poolele leheküljele kirjutatud informatsiooni on võimalik edastada ühel kirjareal. Kahtlemata ei ole valemi kasutamine võimalik käesoleva kirjutise ühekordse läbilugemise järel. Neile arstidele, kellel oma igapäevases töös tuleb kokku puutuda haigetega, kellele on tehtud koronarograafilise uuring, on see informatsioon abivahend uuringu tulemuste lahtimõtestamisel.

KIRJANDUS: 1. Gensini, G. G. Coronary Arteriography. New York, 1975.

2. Петросян Ю. С., Зингерман Л. С. Коронарография. М., 1974. — 3. Суллинг Т. А. Коронарография при диагностике хронической ишемической болезни сердца. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Тарту, 1972.

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia
Instituut

Süda kui endokriinne nääre. Naatriumioonide sisaldus inimorganismi bioloogilistes vedelikes on hormoonide range kontrolli all. Need ioonid viiakse organismist välja neerude kaudu, samal ajal toimub neerukanalikestes vastupidine protsess — naatriumioonide imendumine. Nende protsesside kulgu reguleerib tavaliselt mitu eri organismisüsteemi. Nüüd on lisandunud kaudseid teadmisi, et eespool nimetatud klassikalisele kontrollmehanismile lisaks eksisteerib veel hormonaalkontroll, millest osa hormoonidest produtseerib peaju, osa aga südamelihase koed. Sellist kontrollhormoonide olemasolu tõestasid Corneille'i ja Kalifornia ülikooli teadlased. Ühel teadlaste rühmal õnnestus roti südame koest saada ekstrakti, mis sisaldas faktorit, mis mõjutas naatriumioonide uriini kaudu organismist kõrvaldamist. Avastati ka südames produtseeritavaid hormone, mille erinevad toimed. Teine teadlaste rühm isoleeris geeni, mis tagas nimetatud südamehormoonide produtseerimise. Andmed on hinnalise väärtusega, et mõista südame- ja veresoonte ning neeruhaigusi, samuti et leida uusi ravimeetodeid naatriumisisalduse häirete kõrvaldamiseks. Tähtsaim aga on see, et nüüd me teame — võime veendunult rääkida südamest kui elundist, millel on ka hormonaalne funktsioon.

Nature, 1984, 309, 719—723.

Ülevaated

UDK 612.323 (047)

Maosekretsiooni ergutite valik

Riina Salupere · Tartu

maosekretsiooni vedelad ergutid, histamiin, insuliin, pentagastriin, maksimaalne ergutav annus, maosekretsioon suhkurtõve korral

Maosekretsiooni uurimine on oluline mitmete maohaiguste, eelkõige haavandtõve, kroonilise atroofilise gastriidi ja ärritatud mao sündroomi puhul. Atroofilise gastriidi korral võimaldab maohappesus hinnata näiteks maonäärmete säilinud talitluslikku seisundit ning sellest sõltuvalt kasutusele võtta kas stimuleeriva või asendusravi.

Et maosekretsiooni uurimiseks on tihti kasutatud ikka veel erisuguseid erguteid, siis on käesoleva ülevaate eesmärk mõningaid neist omavahel võrrelda, pöörates erilist tähelepanu perspektiivsemale — pentagastriinile.

Esimestena võitsid populaarsuse vedelad maosekretsiooni ergutid, näiteks kapsamahl, lihapuljong, sidrunimahl, roheline tee tõmmis, kohv ja õlu (7, 19). Tihti on neist eelistatud kapsamahla, mis sisaldab õun- ja sidrunhapet, asendamatu aminohappeid, näiteks metüülmetioniini. J. Anševitši ja V. Valuki (20) arvates ei jää kapsamahl maotoimelt alla histamiinile. On kasutatud ka mitmeid eri ainete kombinatioone, näiteks alkoholi koos vanillsuhkru (7).

Ent kõigil vedelatel suu kaudu manustatavatel maogutitel on olulisi

puudusi (7). Kindla kontsentratsiooniga vedela stimulandi saamine on raske. Kontsentratsiooni sõltuvus valmistamisviisist on suur. Vedela erguti toime sõltub paljuski uuritavast endast. Maonäärmete reaktsioon lihapuljongile on taimetoitlastel teistsugune kui segatoidulistel inimestel. Alkoholi toime on karsklastel hoopis erinev toimest alkohoolikutel. Samal ajal lahjendavad kõik vedelad ergutid maosisaldist ja sellega vähendavad kunstlikult maohappesust. Veelgi enam, vedela erguti suu kaudu manustamine ei võimalda täpselt kindlaks teha sekretsiooni mahtu. Kõige selle tõttu on vedelate ergutite abil saadud tulemustel iseloomulik halb reprodutseeritavus.

Kõnesolevat arvestades eelistatakse parenteraalselt manustatavaid erguteid, nagu histamiini, insuliini ja pentagastriini.

Histamiini peetakse tugevaks maogutiks ja tema tavaline kasutamisaeg on 0,01 mg kehakaalu ühe kg kohta (19, 20). Maksimaalne stimuleeriv annus aga on 0,04 mg kehakaalu ühe kg kohta ja selle all mõistetakse erguti annust, mis põhjustab parietaalrakkude suurima võimaliku sekretsiooni (16). Ent osa inimesi talub juba submaksimaalset histamiiniannust halvasti. Keskmiselt 2 %-l uuritavaist pärast manustamist enesetunne halveneb tingituna histamiini toimest veresoontesse (7). Seepärast soovitatakse eelnevalt manustada antihistamiinseid preparaate, mis ei blokeeri maos asetsevaid histamiinireseptoreid, näiteks dimedrooli jt. (16, 19). Peab arvestama ka histamiini kasutamise vastunäidustusi, nagu südame- ja veresoonte puudulikkust, hüpertooniatõbe ja bronhiaalastmat. Manustada ei soovitata histamiini ka eakatele (4).

Kui histamiin avaldab mõju maosekretsiooni humoraalsele faasile, siis insuliin neurogeensele. Insuliini manustamisega saadav hüpoglükeemia mõjub uitnärvi kaudu maosekretsiooni ergutavalt (6). Tavaliselt aga talub uuritav hüpoglükeemiat halvasti, mistõttu

uuringut ei soovitata teha ambulatooriesetes tingimustes pärast öösisst söömataolekut. Insuliini mõjususe suureneb märgatavalt, kui teda manustada veeni, see aga muudab kogu protseduuri keerukamaks (21).

Viimasel aastakümnele on maosekretsiooni ergutina kasutatud sünteetilise gastriini preparaate, eriti pentagastriini, millel on märgatavad eelised nii spetsiifilise toimemehhanismi, toime tugevuse kui ka väga hea talutavuse poolest (5, 10, 16).

Kuigi gastriin avastati juba 1906. aastal, isoleeris selle antrumi limaskestast R.-A. Gregory alles 1964. aastal (16). Uitnärvi stimulatsioon, järgnev maonantrumi venitus ja toidu aminohapete keemiline ärritus mõjuvad antrumi gastriinirakkudele, vallandades sellega gastriini eritumise (12). Gastriin toimib ergutavalt nii soolhappe, peptinogeeni kui ka maolima sekretsioonis (12). Seejuures on teada, et mao limaskesta ensüümirakkude pentagastriin tundlikkus ületab parietaalrakkude oma enam kui kolm korda (2). Keemiliselt ehituselt on pentagastriin pentapeptiid β -ALA-TRY-MET-ASP-PHE-NH₂ (1, 10, 12). Gastriini ja pentagastriini molekulkaalude erinevuse tõttu on gastriini toime pentagastriini toimest aeglasem (1).

NSV Liidus sünteesiti pentagastriin 1974. aastal ning NSV Liidu Farmakoloogiakomitee lubas selle kliinilisteks uuringuteks (7). Pentagastriini väljastatakse 2 ml-tes ampullides 0,025 % lise lahuseks. Seega on ühes ampullis 0,5 mg toimeainet. Pentagastriini maksimaalseks stimuleerivaks annuseks peetakse 0,001...0,012 mg kehakaalu ühe kg kohta (2). Praktiliselt kasutamiseks eelistatakse keskmist annust — 0,006 mg kehakaalu ühe kg kohta (5, 6, 7, 10, 16, 19). Seevastu maosekretsiooni uurimiseks pärast vagotoomiat soovitatakse 0,012 mg kehakaalu ühe kg kohta, sest uitnärvi denervatsioon vähendab parietaalrakkude tundlikkust gastriini suhtes (9). Pentagastriini võib manustada kas lihasesse, naha alla või veeni (16). Ta-

valiselt on kasutusel nahaalune manustamine. Sel juhul toime tugevneb 10 minuti jooksul, maksimaalne soolhappe sekretsioon saabub aga 30...50 minutit hiljem (16). Pentagastriini toime algab seega keskmiselt 10 minutit varem kui histamiinil (16).

Maosekretsiooni erguti hindamise üks olulisemaid kriteeriume on erguti küllaldane toimetugevus. Sellele nõudele vastab eriti pentagastriin. Mainitud kriteeriumi iseloomustamiseks kasutatakse mõistet PAO (*peak acid output*), mis on kaks kõrgeimat happeproduktiooni 10 minuti jooksul korrutatuna kolmega (1). PAO arvutamiseks sobib ka kahte kõrgeimat happeproduktiooni 15 minuti jooksul kahega korrutada (3, 4). Üldjuhul on PAO heas korrelatsioonis funktsioneerivate parietaalrakkude hulgaga (11, 16). Võrdluseks peetakse vajalikuks välja tuua ka BAO (*basal acid output*), mis on sekretsioon enne erguti manustamist 15 minuti jooksul korrutatuna neljaga (4) või 30 minuti sekretsioon korrutatuna kahega (3). Tervetel on BAO 30...60 % PAO-st (16). Seevastu ei ole soovitatav kasutada TAO (*total acid output*) mõistet, sest see peegeldab happe produktsiooni ühe tunni jooksul pärast stimulatsiooni (1, 5). Selle aja sisse jääb ka esimene viieteistminutine periood, kui maksimaalset sekretsiooni ei ole veel saavutatud (3). Osa autoreid kasutab ka mõistet MAO (*maximum acid output*), kuid see tähistab sama sekretsiooni mis TAO (4).

Maosekretsiooni ergutina taluvad uuritavad pentagastriini tavaliselt väga hästi. Umbes 5 minutit pärast süstimist võib üksikjuhtudel tekkida kerge kuumatunne jäsemeis või kogu kehas, see aga kaob kiiresti (18). Vastunäidustusi kasutamiseks praktiliselt ei ole (5, 10, 18).

Pentagastriin on eriti sobiv ärriti nende uurimiseks, kellel on oodata mao limaskesta sügavaid morfoloogilisi muutusi ja seega hüpo- või akloorhüdrat. Näitena võib tuua suhkurtõve, mille puhul on lisaks veel osa maosekretsioo-

nimehhanisme blokeeritud või raskesti mõjutatavad ja insuliinhüopoglükeemia ärritina kasutamiskõlbmatu.

Uurisime 127 I tüüpi insuliinsõltuvat suhkurtõbe põdeja maosekretsiooni. Ergutina kasutati pentagastriini annuses 6 µg kehakaalu ühe kg kohta. Akloorhüdriaks peeti seisundit, mille puhul maosisaldise pH pärast pentagastriini maksimaalannuse manustamist ei langenud alla 6. Selliseid suhkurtõbe põdejaid oli uuritute seas 15. Pentagastriintesti tõepärasust kinnitas seik, et neist 12 haigel diagnoositi maokorpusest võetud proovitükkide põhjal väljakujunenud ja vaid kolmel mõõdukas atroofiline gastriit. Ehkki M. Siurala (15) leidis akloorhüdria ka 7 %-l neist, kellel mao limaskest oli normaalne, peab ta õigustatult selle põhjuseks kasutatud histamiinerguti (0,01 mg kehakaalu ühe kg kohta) ebapiisavat toimet. Seega, mida raskekujulisem on korpuse limaskesta atroofia, seda väiksem on mao soolhappe sekretsioon (8, 15).

Adekvaatse pentagastriintesti kasutamisel võib ilmned ka teistsugune vastuolu: hästi säilinud happesus ja tunduvalt atrofeerinud maokorpuse näärmed biopsiapreparaadis. Sellisel puhul tuleb arvestada võimalust, et atroofilised limaskestamuutused paiknevad laiguti (14, 15).

Lisaks akloorhüdria ja atroofilise gastriidi heale korreleerumisele suhkruhaigetel tegime 10 akloorhüdriaga suhkruhaigel kindlaks ka parietaalrakkude antikehade olemasolu veres. Viimaseid aga leitakse peamiselt maokorpuse atroofiaga kulgeva nn. A-tüüpi gastriidi korral (13, 17).

Kokkuvõtteks tuleb nentida, et varajasetel aastatel maosekretsiooni uurimiseks kasutatud vedelatel ergutitel on olulisi puudusi. Histamiin ja insuliin on oma tähendust kaotamas eeskätt kõrvaltoime ja võimalike tüsistuste tõttu. Tänu eeskätt spetsiifilisele toimehhanismile, toime tugevusele ja kõrvaltoime puudumisele jääb alternatiivseks ergutiks seepärast sünteetiline gastriin.

KIRJANDUS: 1. Barrett, A. M. J. Pharm. Pharmacol., 1966, 18, 10, 633—639. — 2. Christiansen, J., Holst, J. J., Molin, J. Gut, 1982, 23, 6, 528—531. — 3. Happe, R. P., De Bruijne, J. J. Res. Vet. Sci., 1982, 33, 232—239. — 4. Heschl, R., Zeichen, R., Kassl, B. Münch. med. Wochenschr., 1970, 112, 45, 2047—2049. — 5. Jepsen, K. Lancet, 1968, II, 139—141. — 6. Langer, L. Acta med. scand., 1972, 191, 5, 471—475. — 7. Leja, J. Study of Gastric Acid Secretion. M., 1978. — 8. Massarrat, S., Schmitz-Moormann, P., Fritsch, W. P. a. o. Klin. Wochenschr., 1977, 55, 1095—1102. — 9. Multicentre Study. Lancet, 1967, II, 534—536. — 10. Multicentre Pilot Study. Lancet, 1967, I, 291—295. — 11. Ottenjann, R., Paul, F., Deyhle, P. a. o. Digestion, 1969, 2, 317—322. — 12. Salganik, R. I., Argutinskaja, S. V., Bersimbaev, R. I. a. o. In: Endocrinology, 1980. Amsterdam — New York — Oxford. 1980, 558—561. — 13. Schraier, M., Katz, S., Pest, S. e. a. Acta gastroenterol. latinoam., 1983, 13, 1, 31—44. — 14. Siurala, M. In: The Physiology of Gastric Secretion. Oslo, 1968, 619—625. — 15. Siurala, M., Lehtinen, M. Ann. med. intern. Fenniae, 1953, 42, 4, 306—313. — 16. Spiro, H. M. Clinical Gastroenterology. New York, 1977. — 17. Strickland, R. G., MacKay, I. R. Am. J. Dig. Dis., 1973, 18, 5, 426—440. — 18. Wade, A., Wingate, D. Lancet, 1980, II, 516—519.

19. Абасов И. Т., Иоф И. М. Современный метод исследования кислотообразующей нейтрализующей функции желудка. Баку, 1976. — 20. Аншелевич Ю. В., Валук В. А. Парциальная секреция желудочного сока. Рига, 1974. — 21. Хауг Х. А., Лонд Э. Р. В сб.: Вопросы практической гастроэнтерологии. Таллин, 1970, 33—35.

TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnasisehaiguste kateeder

UDK 616.681-007.41 (047)

Krüptorhismi etiopatogenees ja ravi

Mari Majass · Tallinn

krüptorhism, esinemissagedus, patogeneetilised tegurid, diferentsiaaldiagnoosimine, tüsistused, ravi

Krüptorhismi — kõige sagedamat sugulise arengu anomaaliat — esineb eri autorite andmeil 1...4 %, seda ka Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni andmeil (4). Diagnoosimis- ja raviküsimuste mõistmiseks on hädavajalik tunda protsessi etioloogia ja patogeneesi nüüdisaegseid seisukohti.

Sugunäärmete formeerumine saab alguse tsöloomi epiteeli rakkude hüpertroofiast (9). Seitsmenda rasedusnädalani on embrüo suguline alge indifereentne. Alates seitsmendast rasedusnädalast algab sugunäärme diferentseerumine vastavalt sugukromosoomidele (9). Et sugunääre areneks munandi suunas, peab organismis olema Y-kromosoom.

Sugunäärmed arenevad lumbaalpiirkonnas ja üsasisesel perioodi lõpul laskuvad skrootumisse. Et munandid läbiksid kubemekanali ja laskuksid skrootumisse, on vajalik:

1) kubemekanalit ja skrootumi täitva mesenhüümi muutumine kohevamaks, õrnemaks;

2) kõhu eesseina küllaldane neuromuskulaarne areng, mis oleks võimeline munandit läbi kubemekanali nagu tõukama.

Need protsessid toimuvad koriongonadotropiini toimel, mida suures koguses produtseerib platsenta 7...36. rasedusnädalal. Normaalselt lõpeb munandi destsendeerumine 8...9. raseduskuul.

Munandi destsendeerumise tagavad:

1) soo õige determineeritus sugukromosoomide poolt;

2) sugunäärmete ja suguteede maskuliinne diferentseerumine;

3) ema koriongonadotropiini ja loote

luteiniseeriva hormooni optimaalne hulk.

Munandite migratsiooni häireid põhjustavad järgmised tegurid:

1) **väärastunud kromosomaalne informatsioon**; aneuploidia, kui sugukromosoomid ei jagune anafaasis, võib põhjustada primaarset munandi puudumist — aplaasiat, hüpoplaasiat, munandi arengu häireid, «ovotestist», krüptorhismi;

2) **mitmesugused füüsikalised, keemilised või bioloogilised** (eeskätt infektsioossed) **teratogeensed tegurid**;

3) **diferentsivate hormoonide defitsiit**; siia alla kuuluvad ema koriongonadotropiin, loote luteiniseeriv hormoon, androgeenid.

Nimetatud tegurid häirivad loote sidekoe arengut, mis põhjustab elundite ja kudede mesenhümaalse päritoluga anomaaliaid: suunava ligamendi arengu peetust, fastsiavoltide, -taskute, fibroosete takistuste teket munandi liikumise teel skrootumisse.

Eeltoodut arvestades oleks liiga lihtsustatud jaotada krüptorhismi patogeneetilised tegurid mehhaanilisteks ja hormonaalseteks, nagu seda pikka aega on tehtud. Mehhaaniliste takistuste teke on sidekoe väära arengu tagajärg, viimase eelduseks aga diferentsivate hormoonide vaegus.

Missugusel põhjusel ja millal hakavad laskumata munandites tekkima degeneratiivsed muutused? Tähtsaks peetakse järgmisi asjaolusid:

1) munandite temperatuurirežiimi häirumine, see viib ensümaatiliste protsesside väärustumiseni munandikoos;

2) pidev traumeerimine ümbritsevate kudede poolt (soolelingud abdominaalse peetuse puhul, lihased ja aponeuroos kubemekanalis);

3) vääralt arenenud sugunäärmed osal haigetel, sugunäärmete düsgenees.

Esmajoones häirub spermatogeenne (reproduktiivne) funktsioon. Peetunud munandite punktaadi morfoloogilisel uurimisel on enamik autoreid leidnud spermatogeenne epiteeli muutusi alates teisest eluaastast, ka vastsündinuil (4).

Patoloogilised muutused munandites saavutavad maksimumi 8...10. eluaastal. Selles on kõik uurijad üksmeelel, samuti nagu selleski, et puberteedieas tekkinud kahjustused on pöördumatud (10). Leydigi rakkude ultrastruktuuri muutusi krüptorhismi puhul on leitud juba esimesel eluaastal. Nimetatud patoloogilised muutused progresseeruvad eriti viiendast eluaastast (10). Samal ajal nõrgeneb munandite androgeenne funktsioon. 9...10. eluaastani on 17-ketosteroidide eritus nii ühe- kui kahepoolse krüptorhismi puhul ealise normi piires. Seejärel aga nende eritus järsku väheneb, mis on enam väljendunud kahepoolse protsessi korral. Ajaliselt langeb see ühte pöördumatute kahjustustega munandite inkretoorses süsteemis.

On nagu ealine mittevastavus testikulaarkoe struktuursete muutuste ja selle funktsiooni languse astme vahel. See seletub lapse organismi kõrgete kompensatoorsete võimetega.

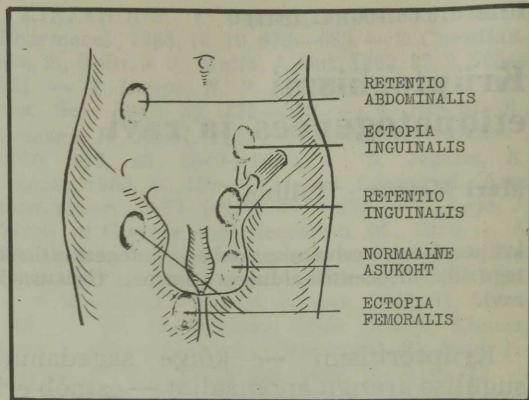
Krüptorhism tähendab munandite puudumist skrootumis. Selle mõiste alla mahuvad munandite peetumine migratsiooni teel, munandite ektoopia (kui destsendeeruv sugunääre on eksinud õigelt teelt) ja pseudokrüptorhism (kui munand on laskunud skrootumi põhja, kuid see tõmmatakse *M. cremasteri* poolt tagasi kubemepiirkonda).

Diferentsida tuleks krüptorhismi järgmisi vorme.

1. **Pseudokrüptorhism.** Erinevalt kõigist teistest krüptorhismivormidest on pseudokrüptorhismi puhul munandid alati leitavad ja skrootumisse destsendeeritavad.

2. **Ingvinaalne retentsioon** (autorite andmeil kuni 30%). Sel puhul asetseb munand kubemekanalis (4).

3. **Ingvinaalne ektoopia.** Sel puhul kuni 24%-l asetseb munand kubemekanali kohal. Erinevused retentsioonist: a) enam pindmine asetus, paremini torakab see silma lapse vaatlusel; b) kanalis asetsevat munandit on kõhu eesseina pingutamisel raskem palpeerida, ektoopiline munand on selgesti määratav



aponeuroosi peal; c) ektoopilist munandit on alati võimalik nihutada reie suunas, mis aga ei ole võimalik retentsiooni puhul. Haruldased ektoopiavormid on femoraalne, perineaalne, ristuv jt. (vt. skeem) (1).

Kui munandid skrootumis ja kubemekanalites puuduvad, siis on tarvis diferentsida, kas on tegemist sugunäärmete aplaasiaga või krüptorhismi abdominaalse retentsiooniga. Abdominaalset retentsiooni esineb S. Doletski andmeil 28%-l krüptorhismijuhtudest (4). Ühe munandi aplaasiat (täielikku puudumist organismis) nimetatakse monorhismiks (11%). Diagnoos pannakse pärast revisjoni. Mõlema munandi puudumist organismis nimetatakse anorhismiks (0,6%). Varajane anorhismi diagnoosimine on eelduseks õigele puberteedieelse ja puberteediperioodi korrigeerimisele hormoonidega (5).

Anorhismi diferentsimiseks kahepoolsest abdominaalsest retentsioonist kasutatakse koriongoniinproovi: 500...1500 RÜ preparaati viiakse lihasesse kolme päeva vältel, enne manustamist ja järgneval kolmel päeval määratakse 17-ketosteroidide eritumine uriiniga. Tulemust peetakse positiivseks, kui 17-ketosteroidide eritus tõuseb. Kui aga 17-ketosteroidide eritus on samasugune kui enne koriongoniini manustamist, siis ei ole munandite kahepoolse abdominaalse retentsiooni võimalus veel täiesti välistatud. Sel puhul on diagnoosimisvõttena näidustatud andro-

graafia (pelviograafia), osa autorite (7) arvates laparoskoopia, pidades viimast lihtsaks ja praktiliselt ohutuks meetodiks, seejuures küllalt informatiivseks krüptorhismi abdominaalsete vormide diagnoosimisel. Kui munandid pole palpeeritavad ei skrootumis ega kubemekanalis ning kui need ei ole sedastatavad ka laparoskoopial kõhuõones, kuid samal ajal on laparoskoobi abil jälgitav seemnevää, võib mõelda munandite hüpoplaasiale või aplaasiale. Kui analoogilise pildi puhul aga seemnevää puudub, on tegemist sugunäärmete ageneesiaga.

Osa lastekirurge eesotsas S. Doletskiga peab abdominaalse retentsiooni diagnoosi määramisel vajalikuks laparotoomiat (4, 7).

Eriliseks krüptorhismivormiks on omandatud krüptorhism, mis on arenenud pärast kubeme piirkonnas tehtud operatsiooni.

Krüptorhismi tüsistused.

1. Hilise ja ebaõige ravi korral kujunevad välja hüpogenitalism ja lastetus. Õigeaegselt ravitud ühepoolse krüptorhismi puhul on viljakus 96 %, kahepoolse puhul vaid 2...10 % (4). Düsgeneetiliste munandite puhul reproduktiivne funktsioon puudub, olenemata sellest, kui varakult ravi ka alustatud oleks.

2. Teine raske tüsistus on peetunud munandite maligniseerumine, mis peetunud munandite korral on B. Matvejevi andmeil 17...64,8 % sagedam kui skrootumis asetsevate munandite korral (11). Seniajani on vaieldavaks jäänud eluiga, millal munandi krüptorhismi puhul võib veel destsendeerida skrootumisse, millal teha orhektoomia.

Üleliidulise Teadusliku Onkoloogiakeskuse andmeil on munandi pahaloomulised kasvaja seotud krüptorhismiga täiskasvanuist 20 %-l, alla 15 aasta vanustel aga on see protsent ainult 1,5. Seega lapseeas pole krüptorhism riskiteguriks munandikasvaja tekkimisel. Huvipakkuv on fakt, et ka pärast krüptorhismi korrigeerivaid operatsioone on munandi pahaloomulise kas-

vaja teke suhteliselt sage, eriti just krüptorhismi hilise korrigeerimise korral.

B. Matvejevi ning kaasautorite andmeil kuulub peetunud munand suguküpses eas meestel eemaldamisele, sest tema maligniseerumisoht progresseeruvalt suureneb (11). Haigetest, kellel on tehtud *orchipexia*, olenemata sellest, millises elueas, kuuluvad dispanseersele jälgimisele eriti need, kellel on eluaastaid 17...35.

3. Munandi pöördumine.

4. Munandi pitsumine koos kaasuva songa pitsumisega.

5. Munandi nekroos.

Siiani ei ole kirurgidel ega endokrinoloogidel ühtset arusaamist krüptorhismi ravi optimaalsest meetodist. S. Doletski, A. Matkovskaja jt. (4, 8) arvates on hormoonravi otstarbekas krüptorhismi abdominaalse või ingvinaalse retentsiooni puhul, kui luteiniseeriva hormooni eritumine uriiniga ei ole üle 124,8 RÜ/l.

Samal ajal A. Pugatšov ja A. Feldman, analüüsinud oma enam kui 20-aastasi krüptorhismiravi kogemusi, leidsid, et hormoonravi jääb sageli edukaks, eriti ühepoolsete krüptorhismivormide korral (6). Neil ei õnnestunud konstateerida ka seda, et luteiniseeriva hormooni eritumine oleks vähenenud. Lootus pandi vere testosteroonipeegli uurimisele, kuid nagu teame, langeb testosteroonipeegel veres alles eelpuberteedi- ja puberteedieas. Alla 11 aasta vanustel on hormooni kontsentratsioon normi piires, olenemata munandite migratsiooni häirest.

Seega puuduvad küllalt täpsed endokrinoloogilised testid, mis lubaksid täie veendumusega rääkida konservatiivse ravi otstarbekusest. Hormoonravi on näidustatud eelkõige kahepoolse krüptorhismi puhul, kui tegemist on endokriinsete häiretega.

Autorid peavad hormoonravi krüptorhismi puhul ilma hormoonipeegli määramiseta organismis ebaotstarbekohaseks. Enamik autoreid peab valikmeetodiks kirurgilist ravi (1, 2, 3, 6,

7). Kirurgilise ravi absoluutseteks näidustusteks arvatakse üksmeelselt olevat 1) munandite ektoopia, 2) krüptorhism koos samapoolse kubemesongaga, kusjuures opereeritakse kohe pärast diagnoosi panemist, 3) väljaspool skrootumi armkoos fikseerunud munand, 4) valu peetunud munandites.

Krüptorhismi ravi, olgu see kas hormonaalne või kirurgiline, peab algama enne munandikoe degenererumist, enne seda, kui muutused munandites pole veel pöördumatud. See eluiga on H. Dutzi ja M. Mebeli andmeil 1...2. eluaasta vahel, N. Kuštši andmeil kuni teise eluaastani, A. Pugatšovi ja A. Feldmani arvates (6) 3...4. eluaasta vahel, J. Doletski arvates (4) 2...4 aasta vanuselt.

Vastsündinute ja imikute pideval jälgimisel krüptorhismi puhul on sedatavad, et kuni teise eluaastani on munandite iseeneslik laskumine skrootumisse vägagi sage. A. Pugatšovi ja A. Feldmani andmeil on see 40 %-l juhtudest (6).

Need kliinilised tähelepanekud on aluseks ravi alustamisele 2...3. eluaastal. Õigeaegse ja korrekse kirurgilise ravi korral on võimalikud reversiivsed protsessid munandikoes ja munandi edasine normaalne areng.

KIRJANDUS: 1. Dutz, H., Mebel, M. Urology and Nephrology. Berlin, 1978. — 2. Eckstein, H. B., Hohenfellner, R., Williams, D. I. Surgical Pediatric Urology. Stuttgart, 1977. — 3. Kelalis, P. P., King, L. R. Clinical Pediatric Urology. Philadelphia—London—Toronto, 1976.

4. Долецкий С. Я., Окулов А. Б., Касаткина Э. П. и др. Хирургия, 1975, 7, 56—66. — 5. Скородок Л. М. Педиатрия, 1980, 6, 18—22. — 6. Пугачев А. Г., Фельдман А. М. Урол. и нефрол., 1979, 5, 47—51. — 7. Куц Н. Л., Орлов А. Е. Вестн. хир., 1975, 7, 118—120. — 8. Васюкова Е. А., Касаткина Э. П., Матковская А. Н. Педиатрия, 1980, 6, 16—18. — 9. Бриндак О. И. Пренатальный морфогенез мужской половой железы человека. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1979. — 10. Жуковский М. А., Зеленецкая В. С., Кураева Т. Л. и др. Пробл. эндокрин., 1979, 4, 39—42. — 11. Матвеев Б. П., Бухаркин Б. В., Кобзев С. Д. Урол. и нефрол., 1983, 2, 13—15.

Tallinna Linna Kliiniline
Lastehaigla

Tervishoiutöö korraldus

UDK 616.28:614.2(474.2)

Arstiabi ja audioloogia ülesanded kurtide ning vaegkuuljate integratsiooni programmis

Arvid Luts Kaarel Kotsar · Tallinn

audiomeetria, kurtus, kuuldeaparaat, kuulmise proteesimine, kuulmispuue, surdoloogia

Kurtusprobleemi eduka lahendamise eesmärgil ja sellekohaste NSV Liidus kehtivate seaduste, määruste ja eeskirjade elluviimisele kaasaaitamiseks koostas Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu surdokomisjon eesotsas selle esimehe K. Kotsariga integratsiooniprogrammi. Selle eesmärk on ettepanekute süsteemi loomine vaegkuulmist tekitanud sotsiaalsete põhjuste likvideerimiseks ja kuulmisinvalidide integreerimiseks kuuljate hulka.

Meie vabariigis kehtiv surdoloogilise abi süsteem, vaatamata mõningatele edusammudele, nõuab edasist täiustamist. Kuulmiskahjustuste ärahoidmiseks on vaja parandada profülaktilist tööd, õigel ajal avastada ja ravida kõrvahaigusi ja teha adekvaatset kuulmisproteesimist. Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kutsehaiguste osakonnas ja sama instituudi Kutsehaiguste Kliinikus on aastate vältel saadud kogemusi nende täiskasvanute rehabiliteerimise alal, kellel esineb inten-

siivsest tööstusmürast tingitud neurosensoorne nürikuulmine. On välja töötatud ja täiendatakse nürikuulmise diagnoosimise meetodeid, kasutades selleks nüüdisaegset aparatuuri (15, 16). Neurosensoorse nürikuulmise all kannatajate rehabiliteerimine toimub komplekselt, peale kõrva-nina-kurguarstide ja kutsehaiguste arstide võtavad sellest osa ka hügienistid, neuroloogid, terapeudid ja psühholoogid. Tihe koostöö on Eesti NSV Kurtide Ühingu presiidiumi keskjuhatusel ja Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu surdokomisjoniga ning Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi peaotorinolarüngoloogi ning Tallinna Vabariikliku Haigla kuulmisproteesimiskabineti töötajatega (17).

Rahvastiku surdoloogilise abi parandamine ja edukas kuulmisproteesimine sõltuvad audioloogide ja audiometristide kvalifikatsioonist ning kuuldeaparaatidest ja nende õigest valikust.

Oluline on, et kuulmiskahjustusi diagnoositaks õigesti ja neid elektroakustiliselt korrigeeritaks. Surdoloogiatalituse töötajatel tuleks tihendada koostööd meedikute, pedagoogide ja psühholoogidega.

Üks tähtsamaid ülesandeid on surdoloogiatalitust varustada kõrgekvaliteedilise audiomeetriaaparatuuriga — uute ja täiuslikumate mudelitega, kodumaisete tonaalsete audiomeetrite, laste märgaudiomeetritega, automaat- ja impedantsaudiomeetritega.

Vaja on kuuldeaparaatide uusi mudelid, mis võimaldaksid kõnest hästi aru saada kuulmisjäägi eri reljeefide puhul. Samuti on vaja tööstuslikult tootma hakata heli valjendavat aparatuuri laste individuaalseks ja rühmade kaupa treenimiseks. Tuleks asutada audiomeetriaaparatuuri remondi ja kontrollimise teenistus.

Programm sisaldab soovitusi tööks kuulmispuudega inimeste heaks ja nende hulgas. Selle koostamisel on kasutatud Ülemaailmse Kurtide Föderatsiooni VIII kongressi (Varna, 1979) teaduskomisjonide ettepanekuid, vabariikliku otorinolarüngoloogide VI kon-

verentsi (1979) materjale, Üleliidulise Ametiühingute Kesknõukogu surdokomisjoni soovitusi, nende rakendamise kogemusi Vene NFSV-s, Ukraina NSV-s ja ka Eesti NSV-s, samuti Eesti NSV Kurtide Ühingu põhimääruses (1980) sisalduvaid üldistusi.

Soovitused on määratud kõikidele ametiühinguorganitele ja organisatsioonidele, kelle süsteemis vaegkuuljaid töötab, samuti riigiorganite ja -asutuste töötajatele, kelle ülesanne on hooldada kuulmisinvalidide õpetamise, töölepaigutamise ja teenindamise eest. Soovitused võivad kasulikud olla ka mitmesugustele ühiskondlikele organisatsioonidele (vaegkuulmisega laste vanemate komiteed, ühiskondlikud seltsid ning uurimisrühmad jne.), samuti üksikisikutele, kes meie kurtusprobleemi lahendamisele kaasa aitavad.

Selles programmis on esikohal arstiabi- ja audioloogiaalased ülesanded.

1. Tunnustades laste kurtuse varajase avastamise suurt tähtsust, teha vastsündinutel sellekohaseid eriuuringuid juba sünnitusmajades (reflektorsed uuringud või muud uurimismeetodid).

Tugeva äkilise heliärrituse tagajärjel tekib silmapilgutamine — kohleaarpalpebraalrefleks, samuti kohleaarpillaarrefleks, nimelt pupilli kiire ahennemine ja sellele järgnev aeglase laienemine, hingamisrütmi muutused, silmamunade ja pea liikumine heliallika suunas ja näomiimika muutus. Eespool nimetatud reflektorsed reaktsioonid peegeldavad vastsündinu suhtumist välismaailma ja nende reaktsioonide kindlaksmääramist on audioloogiapraktikas nimetatud üldnimetusega Boeli sõelmeetodiks (10) või testiks (17, 20) ja meetodi laialdast rakendamist vastsündinute uurimisel Boeli programmiks (18). Eriti on vaja kindlaks määrata kuulmisvõime riskirühmadesse kuuluvail vastsündinuil, kellel on esinenud asfüksia või muud nähud. Mitmed firmad on selleks konstrueerinud mikroprotsessoritega varustatud sõelaudio-meetreid (Austria firma Viennatone *Baby-reactometer Audiotest AT-3*, USA

firma Telesensori süsteemid — vast-sündinu sõelaudiomeeter). Soome arstid R. Johanson ja A. Salmivalli (9) on kindlaks teinud, et kuue kuni 12 kuu vanused imikud reageerivad kõige paremini mitte puhastele helidele, vaid inimhäälele (eriti imikute karjumine), linnulaulule ja kellahelinale.

Muutused tekivad ka aju biovooludes, mis on välja selgitatud elektroentsefalograafi abil. Viimasel ajal on andmete läbitöötamiseks kasutatud raali (kompuuteraudiomeetria, tserebroaudiomeetria), samuti on registreeritud teo biovoolusid (kohleograafia). Nimetatud elektrofüsioloogilistel meetoditel registreeritakse ajus või ajutüves esilekutsutud elektriline potentsiaal — ERA¹, BERA², BRA³, ABR⁴ (4, 19, 25, 26).

2. Kuulmispuude varajase avastamise eesmärgil peavad meedikud koolieelsetes lasteasutustes korraldama ekraanilis-audiomeetrisi uurimisi koos- töös pedagoogidega.

3. Vaegkuulmise ravimise eesmärgil arendada edasi ja täiustada kirurgilisi ravimeetodeid, taotleda vastavate teemade võtmist Tartu Riikliku Ülikooli kateedrite ja Eesti NSV Tervishoiuministeriumi teadusinstituutide uurimistööde plaani.

Otoskleroosist tingitud vaegkuulmist ravitakse kirurgiliselt Tallinna Vabariikliku Haigla kõrva-nina-kurguhaiguste osakonnas (11, 23) ja Tartu Kliinilise Haigla kõrva-nina-kurguhaiguste osakonnas.

Mitmel maal, ka Nõukogude Liidus, on astunud esimesi samme elektroonilise kuuldeaparaadi implanteerimiseks sisekõrva selle kuulmisrakkude hävimise puhul (2, 3, 5, 6, 13, 21, 22).

4. Vaegkuulmise piiratud ravivõimaluste tõttu on kesksel kohal profülak-

tika (rasedushügieen, sünnitusabi, nak-kushaiguste profülaktika jt.), milleks laiendada tervishoiupropagandat ja selgitustööd.

5. Piirata lastehaiguste ravimisel ototoksiliste preparaatide kasutamist kui üht kuulmiskaotuse põhjust. Siia kuuluvad peamiselt aminoglükosiidid (streptomütsiin, monomütsiin, neomütsiin, kanamütsiin jt.). Neil on spetsiifiliselt toksiline toime ainult kuulmisrak- kudesse, mille mõjul laps lakkab kuulmast kõnesageduse kõrgtoone (500, 1000, 2000 Hz), mis ilmneb alles pärast ravi- kuuri lõppu (14). Kuulmiskadu on võimalik avastada helisageduse piirkon- nas 10 000 kuni 20 000 Hz juba vara- jases staadiumis spetsiaalse heligene- raatori abil (14, 18, 24).

6. Päriliku kurtusega abiellujatele tuleb anda geneetilist konsultatsiooni.

7. Taotleda väikelastele sobivate kuuldeaparaatide tootmist või importimist, sest vaegkuulmisega lapsed vaja- vad kuuldeaparaati paljudel juhtudel juba kõne formeerumise ajal. H. Pöö- gelmanni nim. Elektrotehnika Tehas toodab miniatuurseid kõrvataguseid kuuldeaparaate «Elektroonika» (U-1, U-2, U-3).

8. Võttes arvesse rehabilitatsiooni meditsiinilist, pedagoogilist ja sotsiaal- set tähtsust, toetada Eesti NSV Kurtide Ühingu algatust rehabilitatsioonikes- kuse loomiseks Eesti NSV-s.

9. Vaegkuuljate tervise huvides taotleda müratõrjeürituste intensiivis- tamist.

10. Arvestades seda, et vaegkuulmi- sega laste enamikul on tasakaaluhäi- red, koordinatsioonipuudulikkus või muud kehalise arengu kõrvalekalded, tuleb vajalikuks pidada erikoolide ava- mist, koolieelsete lasteasutuste õppe- plaanides aga ette näha ravikehakul- tuuri tunnid.

11. Sisse seada usaldusväärne arves- tus vaegkuulmisega inimeste kohta, mis oleks pikaajalise sotsiaalse kompleks- programmi koostamise alus. Selles osas nägi Eesti NSV Ministrite Nõukogu määrus 1984. a. kevadest ette ühekordse

¹ ERA — *Evoked responses audiometry*

² BERA — *Brain stem evoked responses audiometry*

³ BRA — *Brain stem responses audiometry*

⁴ ABR — *Auditory brain stem response*

ankeetarvestuse kurtuse ja vaegkuulmise esinemissageduse kohta.

12. Kuulmise kaotanud (kurtide) vanemate lapsed peavad olema erijärelevalve all kõige varajasemast noorusest peale. Õigeaegseks rehabiliteerimiseks tuleb nendele vanematele tagada võimalus alati saada konsultatsiooni pediaatritelt, otorinolarüngoloogidelt, psühhiaatritelt, psühholoogidelt, logopeedidelt, pedagoogidelt, sotsiaaltootajatelt.

KIRJANDUS: 1. *Barr, B.* In: Abstracts of the XVI International Congress of Audiology. Helsinki, 1982, 119. — 2. *Burian, K., Hochmair-Desoyer, I. J., Hochmair, E. S.* In: XII World Congress of Oto-Rhino-Laryngology. Abstracts. Budapest, 1981, 188. — 3. *Clark, G. M., Bailey, Q.* In: XII World Congress of Oto-Rhino-Laryngology. Abstracts. Budapest, 1981, 190. — 4. *Cone-Wesson, B., Hecox, K., Moushegian, G.* In: Abstracts of the XVI International Congress of Audiology. Helsinki, 1982, 48. — 5. *Crowley, A. L., Benkő, E.* In: XII World Congress of Oto-Rhino-Laryngology. Abstracts. Budapest, 1981, 56. — 6. *Flottorp, G.* In: Abstracts of the XVI International Congress of Audiology. Helsinki, 1982, 7. — 7. *Harris, S.* In: Abstracts of the XVI International Congress of Audiology. Helsinki, 1982, 121. — 8. *Jauhainen, T.* In: Abstracts of the XVI International Congress of Audiology. Helsinki, 1982, 120. — 9. *Johansson, R., Salmivalli, A.* In: Abstracts of the XVI International Congress of Audiology. Helsinki, 1982, 27. — 10. *Kruus, S., Maliniemi, S., Wilska, M.* In: Abstracts of the XVI International Congress of Audiology. Helsinki, 1982, 120. — 11. *Kruuse, H., Espar, L., Luts, A.* Tallinna Vabariikliku Haigla 4. teaduslik-praktilise konverentsi ettekannete teesid. Tln., 1983, 21—22. — 12. Kurtide ja vaegkuuljate integratsiooni programm Eesti NSV-s. Abiks ametiühingu aktivistile. Tln., 1983, 4, 118, 11—19. — 13. *Latkowski, B., Kubickowa, I., Skibniewski, F. a.o.* In: XII World Congress of Oto-Rhino-Laryngology. Abstracts. Budapest, 1981, 96. — 14. *Luts, A.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1968, 3, 190—192. — 15. *Luts, A.* In: XII World Congress of Oto-Rhino-Laryngology. Abstracts. Budapest, 1981, 100—101. — 16. *Luts, A.* In: XVI International Congress of Audiology. Abstracts. Helsinki, 1982, 56. — 17. *Luts, A., Ilvest, M.* Meditsiiniline rehabilitatsioon professionaalse ja mitteprofessionaalse vaegkuulmise puhul. Lepinguline töö. Käsikiri. Riikliku reg. nr. 01 82 20 23243, 1983. (Eesti NSV TM Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut). — 18. *Ribari, O., Kiss, I. G., Kókai, F.* In: Abstracts of XVI International Congress of Audiology. Helsinki, 1982, 57. — 19. *Stein, L., Ozdamar, O., Kraus, N.* In: Abstracts of the XVI International Congress of Audiology. Hel-

sinki, 1982, 49. — 20. *Stensland, J. K.* In: Abstracts of the XVI International Congress of Audiology. Helsinki, 1982, 119.

21. *Богомильский М. Р., Ремизов А. Н.* Вестн. оторинолар., 1982, 5, 3—9. — 22. *Богомильский М. Р., Миронова Э. В., Сапожников Я. М. и др.* Вестн. оторинолар., 1984, 4, 10—14. — 23. *Лутс А. Э.* В сб.: Материалы докладов республиканской научной-практической конференции оториноларингологов ЭССР. Таллин, 10—11 дек. 1965, 14—15. — 24. *Лутс А. Э.* В сб.: Материалы докладов III научной конференции оториноларингологов Советской Прибалтики. Рига, 1969, 62—63. — 25. *Рындина А. М., Муравьева К. А., Антипова Н. П.* Вестн. оторинолар., 1982, 3, 21—24. — 26. *Сагалович Б. М., Мелкумова Г. Г.* Вестн. оторинолар., 1982, 3, 17—20.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu

Vaktsineerimisest erinevate veregruppide aspektist. Elusorganismi mõjutavad pidevalt mitmesugused mutageensed faktorid, millest osa on suuteline esile kutsuma muutusi rakugenoomis. Rakkude geneetiline stabiilsus on organismi immuunsüsteemi, täpsemalt immuunjärelevalve kontrolli all, mis kõrvaldab organismist need rakud, milles kromosoomide garnituur on juba muutunud. Organismi geneetilisest eripäradest olevalt võib organismi tundlikkus mutageensete faktorite suhtes ka muutuda. Osa niisuguseid faktoreid on mõned viirused. Juba aastail 1972... 1976 avastati leetri- ja gripiviiruse võime põhjustada inimorganismi koerakkudes tsütogeneetilisi muutusi.

Tjumeni Meditsiiniinstituudi teadlased uurisid ki tervetel doonoritel gripivaktsiini toimel tekkinud tsütogeneetilisi muutusi lümfotsüütides. Doonoreid vaktsineeriti gripi elusvaktsiiniga A₂ ja B-gripi vastu. Nad kuulusid nelja rühma, igas erinev veregrupp: I(0), II(A), III(B) ja IV(AB). Kõikidel doonoritel suurenes pärast vaktsineerimist tsütogeneetiliste muutustega lümfotsüütide arv, eriti kiiresti ja suuremal määral neil, kellel oli I(0) veregrupp. On andmeid, et just selle veregrupiga inimesed haigestuvad grippi sagedamini kui teised. Et intensiivselt tegeleme tõhusate gripivaktsiinide loomisega, on silmanähtav, et vaktsineerimisskeemi koostamisel on vaja arvestada vaktsineeritava veregruppi kuuluvust.

Изв. АН СССР, сер. биол., 1984, I, 31—39.

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

UDK 616-053.2-089

Lastekirurgi töökogemusi

Inga Freiberg · Tallinn

vastsündinute kirurgia, septilised haigused, ägedad kõhuõõne kirurgilised haigused, onkoloogilised haigused, traumad lastel

Lastekirurgidel tuleb tegelda väga erinevate haiguste ja seisunditega. Kõige raskem on vastsündinute ravimine, nende organism on ju eriti õrn ega ole välja arenenud. Elulistel näidustustel opereeritakse peamiselt kaasasündinud väärarengutega vastsündinuid. Rasked väärarengud pärinevad varajasesst looteast (2... 3. looteku), mil luuakse alus kõikidele elunditele. Kõige sagedamad on seedetrakti anomaaliad (söögitoruatreesia, nabaväadisongad, kõhu eesseina defektid ja diafragmasongad). Et sünni ajal ei ole kesk- ja piirdenärvisüsteem anatoomiliselt ega füsioloogiliselt veel välja kujunenud, põhjustavad mitmed kahjulikud tegurid vastsündinuil ägedaid üldreaktsioone. Esiplaanile kerkivad üldnähud, nagu kehatemperatuuri tõus, oksendamise, kõhulahtisus jt., haiguste spetsiifilised tunnused aga on ähmaselt välja kujunenud. Mitmed arenguanomaaliad võivad ka kombineeruda, mis põhjustab varieeruvat haiguspilti. See kõik raskendab nende seisundite diagnoosimist tunduvalt.

Ometi üksnes varajane kirurgiline ravi tagab parima tulemuse. Operatsioon iseenesest on vastsündinule väga traumeeriv, mistõttu tuleb igale haigusjuhule läheneda individuaalselt ja valida lapsele sobivaim operatsiooniks ettevalmistamise viis, valida ka anesteesia-meetod ja operatsioonijärgseks perioodiks määrata sobiv intensiivravi. Arvestada tuleb hingamissüsteemi nõrkust, ainevahetusprotsesside pinget, mistõttu võivad kergesti tekkida veetustumine, intoksikatsioon ja metaboolne atsidoos. Lapsed, eriti vastsündinud, on väga tundlikud verekaotuse ja temperatuuri languse suhtes. Ka mädapõletikke esineb vastsündinuil ja imikuil sageli. Nabahaav ja õrn ning kergesti vigastatav nahk (haudumused, hõõrdumused, hignivistikud) on sagedad nakkuse sissepääsu väratid. Et vastsündinute ja imikute kaitsevõime mädatekitajate suhtes on väga madal, tekivad neil tihti abstsessid ja flegmoonid naha all või sügavamates kudedes. Protsessi generaliseerumisel kujuneb sageli sepsis ning siseelundeis tekivad uued mädakolded koos raske intoksikatsiooniga. Ravi olgu alati kompleksne — avada võimalikult varakult kõik mädakolded, samal ajal ette võtta infektsioonivastane ravi, ka üldravi: antibiootikumkuurid vastavalt mikroobide tundlikkusele, vere ja vereasendajate ning vedelike ülekanded ja hügieenilised vannid, vitamiinide manustamine.

Septilisi haigusi on sageli ka teistesse vanuserühmadesse kuuluvatel lastel, kusjuures mädapõletikke on nii pehmetes kudedes, kopsudes, kõhukelmes kui ka luudes. Hematogeenne osteomüeliit ongi laste ja noorukite haigus, sest nende luud on kasvuperioodil väga rikkalikult varustatud veresoontega, mistõttu ebasoodsates tingimustes võib nakkus neis lokaliseeruda. Kõige sagedamini esineb osteomüeliiti pikkades toruluudes, mis põhjustab rasket septilist üldseisundit ja hilinenud ravi puhul ulatuslikku luukoe hävimist. Haigus võib ka krooniliseks muutuda, kesta kuid, mille tagajärjel laps võib invaliidistuda. Märgatavalt on sagenenud

pleuropulmonaalsed tüsistused stafülokokkidest põhjustatud kopsupõletiku järgselt. Kujunevad püotooraks ja püopneumotooraks, mille puhul tuleb mädakolle avada ning määrata üldravi. Kui tekivad püsivad bronhiaalfistulid või kopsude ulatuslik destruktioon, on näidustatud torakotoomia kopsuresektiooniga.

Imikute küllalt sage haigus on kaasa-sündinud pülorostenosis, 2...3. elunädalast alates laps lakkamatult oksendab, mis põhjustab hüpotroofiat ja dehüdratatsiooni. Õigeaegne kirurgiline ravi — püloromüotoomia — on vist küll tänuväärsem operatsioon lastekirurgias. Pärast püloromüotoomiat laps terveks ja tema areng kulgeb täiesti normaalselt.

Imikueas puutume kokku ka sapiteede atresia või väliste sapiteede puudumisega. See on väga raske vääreng, mis põhjustab tugevat maksakahjustust, kollatõbe ja akoolilist rooja. Seda anomaaliat diagnoosida on raske, aga kirurgiline ravi võib häid tulemusi anda ainult esimese kuue nädala vältel, sest hilisemal perioodil areneb juba pöördumatu maksatsirroos.

Sageli on lastel esinenud songi (kubeme-, nabasongad), kusjuures suur osa on kaasasündinud ja need avalduvad juba imikueas. Songa kirurgiline ravi on optimaalne pärast kuue kuu vanust, ainult pitsunud songad põhjustavad soolesulgust ja nende puhul tuleb opereerida elueale vaatamata, ka enneaegseid. Küllalt tihti põevad lapsed ägedaid kõhuõõne kirurgilisi haigusi. Sage-duse poolest on esikohal äge apenditsiit, seda võib olla igas vanuses lastel, eriti pärast 3...4. eluaastat. Mida nooremad on lapsed, seda enam on ülekaalus destruktiivsed apenditsiidi vormid, mis juba mõne tunni pärast võivad viia mulgustumiseni ja põhjustada mädast peritoniiti. Seepärast on eriti oluline, et haigus diagnoositaks varakult, samuti et last kohe opereeritaks. Lapsed põevad ka hematogeenseid peritoniite ja mesadeniite, mille puhul samuti on näidustatud operatsioon. Seega tuleb laste kõhuvaludesse suhtuda eriti tähelepane-

likult. Soolesulgust on lastel ette tulnud suhteliselt harva, peamiselt liitelise iileusena varem opereerituil. Tüüpilist iileust imikuil põhjustab invaginatsioon, mil peensoole distaalosa sageli tuppub jämesoolde, kuid see võib esineda ka mis tahes teises sooleosas. Iseloomulikud on tugevad hoogvalud, mis üha väiksemate intervallide järel korduvad. Invaginatsioon on sageli seostatav toidurežiimi muutusega. Varakult tekib oksendamine, enamasti ka gaasi-peatetus. Rooja võib algul soole distaalosadest eralduda vähesel hulgal. Iseloomulikuks, kuigi mitte varajaseks sümptomiks on vere eritumine pärskest (roojamassideta), see aga viib arstide mõtte düsenteeriale, mistõttu nii mõnigi laps saabub nakkushaiglast lastekirurgiaosakonda hilinenult. Paremaid ravitulemusi oleme saanud esimese 6...12 tunni jooksul, mil enamasti on võimalik soole desinvagineerimine konservatiivsete võtetega. Hiljem on alati näidustatud operatsioon, soolenekroosi arenemisel sooleresektioon, mida väikelapsed taluvad väga halvasti. Küllalt palju on uroloogilisi haigusi põdejaid. Paljudel, kellel on pikemat aega esinenud püuuria, on selle aluseks kaasasündinud anomaaliad — deformatsioonid, ahenemised ja asendimuutused neerudes, neeruvaagnas või kusejuhades. Need põhjustavad uriini äravoolu takistust, seejärel tekivad põletik ja neerukoe hävimine. Et taastada uriini vaba väljavool ja päästa neerud, tuleb neid lapsi varakult opereerida. Väärarenguid võib esineda ka sugutil (fimoos, hüpo- ja epispaadia), samuti hilineb vahel munandite laskumine munandikotti. Krüptorhismi kirurgilist ravi peetakse soovitatavaks kahe aasta vanuses, et hiljem säiliks fertiilsus. Eriti raske vääreng on põie ekstroofia, mis vajab kirurgilist ravi juba vastsündinueas või varajases imikueas. Harvem on ette tulnud mädapõletikke ja konkremente neerudes või põies. Neerudes aga esineb kõige sagedam pahaloomuline kasvaja lastel — Wilmsi adenosarkoom, mille alged on enamasti kaasasündinud, kliinilised nä-

hud avalduvad aga kas esimestel eluaastatel või hiljem. Kasvaja eemaldatakse, järgnevalt määratakse kiiritusravi ja kemoterapia. Varajase diagnoosimise korral võivad tulemused olla soodsad siis, kui suudame ennetada hilismetas- taase ja retsidiive.

Teistest pahaloomulistest kasvajatest on lastel peamiselt närvisüsteemi (neu- roblastoomid) ja lümfisüsteemist lähtu- nud kasvajaid (lümfosarkoomid). Näi- dustatud on nende kompleksravi, kuid tulemused meid veel ei rahulda. Õnneks kuulub enamik laste kasvajaid healoomuliste hulka, neist kõige sage- damad on mitmesugused hemangioo- mid, mis kujutavad endast veresoonte väärarendi ja kasvaja vahelisi protsesse. Hemangioomid, ka lümfangioomid või- vad esineda piirdunud kasvajatena või süsteemse haigusena, kusjuures angioo- mide kasv on kõige kiirem imikueas. Kõige radikaalsem on operatsioon kogu kasvaja eemaldamisega, mis piirdunud tuumorite korral annab häid tulemusi. Väga suuremõõtmeliste angioomide pu- hul tuleb sageli opereerida korduvalt järgneva nahaplastikaga. Lamedate hemangioomide puhul võib päris häid tulemusi anda ka krüoterapia.

Palju on operatsiooni vajavaid lapsi, kes on saanud kannatada trauma läbi. Vigastuste liigid lastel on samasugu- sed kui täiskasvanuilgi, vigastada saa- vad nii pehmed koed kui ka luud. Haavade ja verejooksu ravi taktika ei erine täiskasvanute omast. Rõhutada tuleb põletuste suhtelist sagedust ja raskust väikelastel, hiljem ka kooliealistel. Sage- damad on kodus saadud põletushaav- vad, tekkinud kuumade vedelike toi- mel, kuid need võivad olla tingitud ka leegist (tulekahjud, plahvatused, riiete süttimine) või siis, kuigi harvem, põle- tused elektrilöögist. Eriti oluline on säi- litada normaalne homöostaas põletuste šoki- ja intoksikatsioonifaasis. Hiljem tuleb hakata võitlema septiliste tüsis- tuste vastu ja põletuspinnad võimali- kult varakult katta nahaga (auto- ja homotransplantatsioonid).

Raskeks vigastuseks lastel on ka söö- gitorusöövitus, mis nõuavad aktiiv-

set kompleksset ja sageli väga pikaaja- list ravi.

Luumurdude korral on lastel täis- kasvanutest sagedamini rakendatud konservatiivseid ravimeetodeid, kuigi mõned luumurrud (küünarliigese piir- konnas, pikkade toruluude rist- ja spi- raalmurrud jt.) vajavad kirurgilist ravi. Eriti raskeid hulgivigastusi on saadud liiklusõnnetuste ja kõrgelt kukkumise läbi, kui ühel ja samal ajal on viga saa- nud tugiaparaat ja mitmed siseelundid ning on tekkinud šokinähud.

Küllalt arvuka kontingendi moodus- tavad ortopeedilised haiged, kellel on kas kaasasündinud või omandatud de- formatsioonid. Esikohal on puusalii- gese düsplaasia ja nihetus, mille ravi tulemused sõltuvad otseselt varajastest diagnoosimisest ja ravi alustamise ajast. Kui esimestel elukuudel saadakse häid tulemusi konservatiivsete ravivõtete- ga, siis hilisemas eas on ravi väga pikal- dane ja vaerarikas (venitus, narkoosis paigaldamine, kipsmähised ning vahel ka kirurgilised meetodid) ega anna alati rahuldavaid tulemusi. Teistest kaasa- sündinud deformatsioonidest nimetame veel komppöida ja kõverkaela. Neil puhkudel konservatiivsetest ravimee- toditest (varakult alustatud ravi korral) enamasti piisab. Neid tuleb täiendada kas kõõluste pikendamise või liigesesi- demete läbilõikamisega, kasutades kor- rigeerivaid kipsmähiseid. Omandatud deformatsioonidest on sagedamad skolioosid, mille ravimiseks kasutatakse algul konservatiivseid, hilistes staadiumes juba keerukaid kirurgilisi ravi- võtteid.

*E. Vilde nimeline Tallinna
Pedagoogiline Instituut*

UDK 616.361-002-089

Sapiteede transpapillaarne drenimine

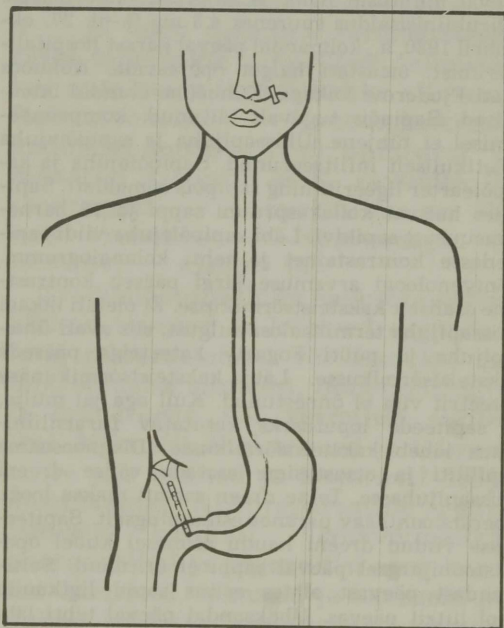
Ants Haavel · Kingissepa

sapiteede haigused, sapikivitõbi, kirurgiline ravi, sapiteede drenimine

Meditsiiniperioodikas on pidevalt käsitletud sapikivitõve ravi. Seda on arutatud üleliidulistel kirurgide seltside pleenumitel, vabariiklikel konverentsidel ja nõupidamistel. Laialdasele uurimistöele vaatamata ei ole seni veel jõutud ühtsele seisukohale paljudes kirurgilise ravi taktika üksikasjades, nende hulgas ka sapiteede drenimises. Kasutatakse väga mitmesuguseid drenimismeetodeid ja dreene (1, 2, 5, 6, 12). Sapiteede drenimise meetodid jaotatakse kahte suurde rühma: 1) sapiteede väline drenimine, sel puhul tuuakse üks dreni ots kehapinnale välja; 2) sapiteede sisemine drenimine, mille puhul dreni seedekulglast välja ei tooda.

Kummalgi meetodil on oma puudused. Välimise drenimise puuduseks peetakse dreni keerdumist koos valendiku sulgumisega, sapi väljavoolamist dreni asetuskohalt, dreni enneaegset väljatulekut, ühissapijuha deformeermist (tingituna drenist) ja läbi dreni erituvat sapi kadu (3, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15). Sisemiste drenide puuduseks on, et neid ei saa soovi korral eemaldada (7), kui võõrkehad võivad nad jääda sapiteedesse. Samuti võivad nad kinni suruda suure kaksteistsõrmikunäsa ja esile kutsuda raskeid pankreatiidivorme. Nii mõnigi kord on dreni kõrvaldamiseks tulnud ette võtta relaparotoomia. See tõttu on enamik kirurge sapiteede sisemisest drenimisest loobunud (4, 8, 12). Välisel drenimisel on veel see eelis, et dreni kaudu on võimalik teha endoskoopilisi ja röntgenoloogilisi uuringuid ning mõningatel juhtudel eemaldada ka sapiteedesse jäänud konkremene (2, 4, 5, 15).

Kingissepa Rajooni Keskhaiglas on 1980. aastast kasutatud modifitseeritud transpapillaarset dreeni. Drenimine seisneb selles, et viime ühissapijuhasse 5 mm läbimõõduga lateksist valmistatud perforeeritud dreeni, mille distaalne ots ulatub ühissapijuha hargnemiskohale, proksimaalse otsa aga viime läbi suure kaksteistsõrmikunäsa kaksteistsõrmikusse. Proksimaalse dreniotsa külge kinnitame kapronniidi, mille toome nasogastraalsondi abil välja läbi nina ja fikseerime leukoplastiga põse nahale (vt. skeem). Vajaduse korral saab dreni niidi abil alati eemaldada. Dreen oma läbimõõdu ja materjali tõttu ei suru kinni kaksteistsõrmikunäsa ega kutsu esile põletikku. Midagi analoogset on Bailey drenimismeetodil (8, 15). Autor kasutab dreniks peent duodenaalsondi, nasogastraalsondi. Sond viiakse läbi nina kaksteistsõrmikusse ja edasi läbi kaksteistsõrmikunäsa ühissapijuhasse. Bailey meetodi puuduseks on aga see, et sond oma suure läbimõõdu tõttu surub kinni ja ärritab kaksteistsõrmikunäsa ning põhjustab pankrea-



Sapiteede transpapillaarse drenimise skeem.

tiiti, samuti on ta haigele ebamugav, äritab neelu ja nina (2).

Esitame järgmise näite.

Haigusjuht. 22-aastane naishaige M. P. (haiguslugu nr. 3237/1980) toodi Kingisessa Rajooni Keskhaigla kirurgiaosakonda 24. oktoobril 1980. a. Diagnoos: *cholecystitis acuta*. Oli haigestunud 10 päeva eest, mil olid tekkinud valud paremal pool roidekaare all. Et ta oli sünnitanud kuu aega tagasi, siis arvanud, et valud on sünnitusjärgsed. Valuhood aga päev-päevalt sagesid. Ööl enne hospitaliseerimist olid valud eriti tugevad, haige oksendas. Haige hospitaliseeris kiirabi.

Palpeerimisel: valulikkus paremal pool ülakõhus ja reflektorine kõhulihaste pinge. Sapipõis on palpeeritav. Blumbergi—Stötkini, Murphy ja Courvoisier' sümptomid positiivsed. Maks ei ole palpeeritav. Günekoloogiline leid: sünnitanud kuu aega tagasi. Tupes seroosne voolus. Emakakaela alumine ehk tupeosa pisut punetav. Emakasuu suletud. Adneksid: parameetriumid vabad ja valutud. Toidab last rinnaga. Röntgenoloogiliselt: rindkere elundid patoloogiliste muutusteta. Vereanalüüs: hgb. 120 g/l, leukots. $5,1 \times 10^9$ l, SR 16 mm/t.; leukogrammis keppt. 5 %, segmentt. 58 %, lümfots. 33 %, monots. 3 %, eosinof. 1 %. Hematokriti näit 36. Bilirubiini veres 1,7 mg %, otset 1,37 mg %, kaudset 0,33 mg %. Diasetaas veres 4 ühikut, uriinis 8 ühikut. Vere-suhkru kontsentratsioon 60,6 mg %.

Haiget raviti konservatiivselt, mis aga märgatavaid tulemusi ei andnud. Teisel haiglapäeval muutusid nahk ja skleerad ikteeriliseks. Bilirubiinisaldus suurenes 4,3 mg %-ni. 27. oktoobril 1980. a., kolmandal päeval pärast hospitaliseerimist, otsustati haiget opereerida. Kõhuõõs avati Fjodorovi löikega. Kõhuõõne elundid ikteerilised. Sapipõis tugevalt täitunud, komprimeerimisel ei tühjene. Ühissapijuha ja sapipõiejuha põletikuliselt infiltreerunud. Sapipõiejuha ja sapipõiearter ligeeriti ning sapipõis eemaldati. Sapipõies haisvat kollakaspruuni sappi ja 13 herne-terasuurst sapikivi. Läbi sapipõiejuha viidi sapiteedesse kontrastainet ja tehti kolangiogramm. Röntgenoloogi arvamuse järgi pääseb kontrastaine osaliselt kaksteistsõrmikusse. Et oletati ikkagi ühissapijuha terminaalaosa sulgust, siis avati ühissapijuha ja püüti Fogarty kateetriga pääseda kaksteistsõrmikusse. Läbi kaksteistsõrmikunäsa kateetrit viia ei õnnestunud. Küll aga jäi mulje, et sapiteede loputuseks kasutatav furatsiliinilahus läheb kaksteistsõrmikusse. Diagnoosisime papilliiti ja otsustasime asetada välise dreeni ühissapijuhasse. Teine dreen asetati maksa looži. Operatsioonihaav paranes esmaspingsalt. Sapiteedesse viidud dreeni kaudu esimesel kuuel operatsioonijärgsel päeval sappi ei eritunud. Seitsmendast päevast alates eritus sappi ligikaudu pool liitrit päevas. Üheksandal päeval tehti läbi dreeni kolangiograafia (vt. foto). Kolangiogrammil näha ühissapijuha terminaalasos amputatsioonisümptoom. Avastasime kivi kaksteistsõrmikunäsa ja sellest sapiärvavoolu mehhaanilise

se takistuse. Haiget otsustati uuesti opereerida. Kümnendal operatsioonijärgsel päeval tehti relaparotomia. Kõhuõõs puhas. Dreen võeti ühissapijuhast välja. Dreeniavast viidi metallsond ühissapijuhasse takistuskohale kaksteistsõrmikunäsa piirkonnas. Samal kohal avati kaksteistsõrmik. Silma kontrolli all eemaldati näsas pitsunud $0,3 \times 0,4$ cm suuruse sapikivi. Pärast seda läks sond kaksteistsõrmikusse juba vabalt. Metallsond võeti välja ja läbi dreeniava viidi ühissapijuhasse perforeeritud latekstoru, mille distaalne ots paigutati juhade hargnemiskohale, proksimaalne aga suunati välja läbi kaksteistsõrmikunäsa kaksteistsõrmikusse ja fikseeriti kapronniidiga, mis toodi nasogastralsondi abil välja ning fikseeriti põsel. Ühissapijuha defekt suleti üksikute atraumaatiliste õmblustega. Enne kaksteistsõrmiku sulgemist tehti kolangiograafia. Sapiteed täitusid kontrastainega, see pääses vabalt kaksteistsõrmikusse. Pärast operatsiooni tüsistusi ei tekkinud, kuuendal operatsioonijärgsel päeval dreen eemaldati. Haige lahkus haiglast 16. päeval pärast teist operatsiooni. Haige on dispanseeritud. Nelja aasta jooksul tal kaebusi ei ole olnud.

Meie poolt kasutatud dreenimisviis ei pretendeeri valikmeetodile. Käesoleva kirjatüki eesmärk on tutvustada ühissapiteede dreenimise võimalust, mida võib edukalt kasutada rajoonihaiglas.



Foto. Kolangiogrammil näha ühissapijuha terminaalasos amputatsioonisümptoom.

KIRJANDUS: Aukee, S., Auranen, A., Hästbacka, I. jt. Raamatus: Sappikivitauti-tutkimus- ja hoito-ohjelma. Helsinki, 1980, 45—69. — 2. Christopher, D. Textbook of Surgery. Philadelphia — Toronto, 1977. — 3. Hatfield, A. R. W., Tobias, R., Girdwood, A. H. a. o. In: Abstract Book. Gastroenterology (OMGE) 7th Congress. The World Congress in Stockholm. Stockholm, 1982, 463. — 4. Rhoads Textbook of Surgery. Toronto — Philadelphia, 1977, 975—994. — 5. Thorbjarnarson, B. Surgery of the biliary tract. Toronto, 1975. — 6. Wurbs, D. In: Quadrennial Review. The World Congress in Stockholm. Stockholm, 1982, 107—115.

7. Виноградов В. В., Зима П. К., Кочишвили Б. И. Непроходимость желчных путей. М., 1970. — 8. Литтманн И. Брюшная хирургия. Будапешт, 1970. — 9. Панченков Р. Т., Летнев А. Н., Карнов В. И. В кн.: Проблемы хирургии желчных путей. М., 1982, 90—91. — 10. Попов П. Я. В кн.: Желчнокаменная болезнь и ее осложнения. Душанбе, 1981, 206—207. — 11. Смирнов Э. В., Попов С. Д. Реконструктивные операции на желчных путях. Л., 1969. — 12. Смирнов Э. В. Ошибки, опасность и осложнения при операциях на желчных путях. Л., 1976. — 13. Тоскин К. Д., Стросек В. Н., Грическу А. Е. В кн.: Проблемы хирургии желчных путей. М., 1982, 114—115. — 14. Филимонов М. И. В кн.: Проблемы хирургии желчных путей. М., 1982, 116—117. — 15. Шалимов А. А., Радзиховский А. П., Полупан В. Н. Атлас операции на печени, желчных путях, поджелудочной железе и кишечнике. М., 1979.

Kingissepa Rajooni Keskaigla

Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni (ÜTO) mittenakkuslike haiguste osakonna juhatajaks määrati meditsiinidoktor Vilius Grabauskas, kes töötas Kaunase Meditsiiniinstituudi Teadusliku Uurimise Kesklaboratooriumi direktori ametikohal. Nüüd juhib V. Grabauskas ÜTO-s vähi, südame- ja veresoonte haiguste, kutsehügieeni, suuõõnehügieeni ja tubakasuitsetamise tervistkähjustava toime uurimise sektsioonide tegevust. Leedu NSV meditsiinidoktor on Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsioonis ka varem töötanud, aastail 1978... 1983 oli tema töökohaks ÜTO peakorter.

Здоровье мира, 1985, 2.

Mõtte- vahetus

UDK 616:633.88 (049.2)

Mida taotleb fütoterapia?

Lembit Allikmets · Tartu

Alustame tsitaadiga «Eesti Looduse» avaldatud artiklist: «Sõnal ravimtaim on praegu lummas mõju. Kui 60-ndatel aastatel näis keemiliselt sünteesitud ravimite kõrval pundar kuivatatud taimelihti millegi lootusetult aegununa, siis nüüd on jõutud arusaamiseni, et elutekkelise raviaine head omadused võivad ületada ükskõik kui moodsas keemiatehases sünteesitu...», «... ja kogu maailma farmaatsiatööstuses tegeldakse pingeliselt taimedega kui uute ravimite võimalike allikatega. Rahvusvahelise Kaubanduskeskuse andmetel moodustavad taimedest valmistatud arstimid 40 % ravimite üldtoodangust». «... meditsiinis on algamas «roheline» — fütoterapia ehk taimravi — ajastu» (3).

Traditsiooniliselt on ravimite saamise allikad taimsed ja loomsed organismid ning mineraalained või saadakse neid mikrobiaalse sünteesi, biotehnoloogiliste menetluste või keemilise sünteesi teel. Miks siis äkki taimed ja taimravi, mitte aga loomad ja loomravi? Hiljuti moes olnud AU-preparaatide valmistamiseks kasutati kõikvõimalikku: anorgaanilisi ja orgaanilisi ning keemilisi ühendeid, taimseid ja loomseidprodukte, käärilise konditsiooni viimiseks mikrobiaalseid protsesse.

Loodusliku päritoluga ühendite, raviainete saamise allikaid (taimseid, loom-

seid) uurib farmaatsia üks põhidistsipliine — farmakognoosia. Tõesti, viimasel paaril aastakümnel on taimedest saadavate keemiliste ühendite suhtarv mõnevõrra vähenenud, ka meie riigis moodustab see ligikaudu 40 % (5). Ravimtaimi on Nõukogude Liidus registreeritud üle 17 000 (6), kuigi suurt osa nendest enamasti ei kasutata nende vähesel efektiivsuse pärast. Mitmetes ainerühmades, näiteks rögalahustavate preparaate hulgas, moodustavad glükosiide, saponiine ja limasid sisaldavad taimsed raviained kuni 80 %. Puhaste keemiliste ühendite isoleerimine taimedest ja loomorganismidest on tihti palju kordi odavam kui keemiline süntees.

Mis on siis ikkagi juhtunud? Tsiteerime teist arstiteadlast dotsent T. Olmi: «Mood on rahvusvaheline nähtus ja näib, et see tõde kehtib mitte ainult riigis, vaid ka arstimate puhul» (2). Meie arvates küllalt täpne määrang. Praktilises meditsiinis, põhiliselt ravivõtete alal, on moenähtusi pidevalt esinenud, lõppkokkuvõttes aga inimese tervisele ja meditsiini autoriteedile alati kahju toonud. Kui palju supermoodsaid ravimeid, sealhulgas paljud biotekkelise päritoluga preparaadid, on suure käraga tulnud ja veel suurema häbiga, tavaliselt küll kärata, meditsiini (rahvameditsiini ja šarlatanide) arsenalist kadunud. Moed on eriti kiiresti vahelduvad vananemisvastaste, hüpertooniatõvevastaste, südame isheemiatõve vastaste ravimite seas. Tihti toetavad moodi ka uut moeravimit tootvad firmad või teadlaste rühmad. Fütoterapia on eelkõige moodi tulnud ajakirjanduse kaudu, kus kõmulisi teadlaste või ka dilettantide arvamusi on tõlgitud keelest keelde.

Allakirjutanu arvates ei ole praegu mingit revolutsiooni ravimtaimede kasutamise alal toimunud ega toimumas, on lihtsalt tegemist «ligadi-logadi emotsionaalse mõtlemisega», kasutades akad. G. Naani terminoloogiat. On olemas teaduse ajalugu, sealhulgas ka meditsiini ajalugu, mis kuulub arstide ette-

valmistuse kohustuslikku õppeplaani. Peale Hiina, India, Mongoolia, Tiibeti, Sumeri, Egiptuse, Kreeka, Rooma, Araabia, kõigi Euraasia rahvaste ja ka Aafrika ning Ameerika kultuuride ja tsivilisatsioonide tervise- ja ravitsemissõpetuste käsitleb see teadus ka vanaaja teadlaste teoseid. Hippokrates, ka tema eel- ja järelkäijad defineerisid arsti kolme relvana — sõna, loodust ja nuga. Väga täpne ja igavesti kehtiv määratlus. Meditsiin on loodusteadus, bioloogiateaduste ala, mis tegeleb inimesega tema tervises ja haiguses. Ka meditsiini alusteadused keemia ja füüsika on loodusteadused. Arstivahendite arsenalis on tavaline seos loodusega suurel määral asendunud täppisteadustega, eriti füüsika ja keemia saavutustega, füüsika ja kemoterapiaga. Viimased on meditsiini efektiivsust mitmekordistanud. Fütoterapeudid kutsuvad üles taaselus-tama vana- ja keskaja retsepte või võteteid. Suur osa, mis sealt võtta on olnud, on meditsiinis kindlalt rakendatud. Tänavu täitub 200 aastat puhta digitaalse lehtede pulbri kasutuselevõtmisest inglise arsti W. Witheringi poolt. Analüüsiva mõistuse ja praktilise katsetuse abil tegi ta kindlaks, et südamehaigustest tingitud tursete korral kasutatavast 20...30 ingrediendi sisaldavast preparaadist avaldab toimet üksnes digitaals. Puhtad südameglükosiidid on kasutusel olnud üle poole sajandi. Keegi ei kavatse praegu tagasi pöörduda mingisuguste keskaegsete retseptide juurde, milles ingrediente on palju. 180 aastat on möödunud üldtähtsa valuvaigistava alkaloidi morfiini isoleerimisest unimaguna mahlast (oopiumist) ja praeguseks on enamik arenenud riike oopiumi kasutuselt kõrvaldanud. Selle puhtad keemilised ühendid on täpsemini doseeritavad. Näidetest piisab. Meditsiin areneb füüsika, keemia, molekulaarbioloogia, biokeemia ja teiste teaduste intensiivse arengu tulemusena järjest kiiremini eluprotsesside täpsema tunnetamiseks suunas. Nende teaduste metodoloogiale ja saavutustele toetuvad täiel määral ka ravimite loomise ja kontrolliga tegelevad teadusharud farmaatsia

ning farmakoloogia oma paljude uurimisvaldkondadega.

Ravimite arsenalis on ainete rühmi, mis oma päritolult on loomsed produktid (hormoonid, ensüümid, mediaatorid jm.) või nende baasil loodud aktiivsemad, lihtsamini kasutatavad ja vähemohalikud sünteetilised ühendid. Keemia ja biotehnoloogia praeguse arengu juures on hormoonide ja ensüümide isoleerimine põllumajanduslike talploomade kudetest tavaliselt palju kordi odavam kui nende süntees. Ka enamik puhtaid taimseid alkaloide, sealhulgas morfiin ja atropiin, saadakse taimede kultiveerimisel ja töötlemisel, mis on nende ühendite puhtkeemilisest sünteesist odavam. Nende kõrvale on aga struktuuri ja bioloogilise toime seoste uurimise alusel meditsiinipraktikasse ilmunud mitmed uued, aktiivsemad ning täpsema toimesuunaga ehk ründepunktiga ühendid. Suur osa antibiootikumide toodetakse biotehnoloogiliste meetodite abil. Molekulaarfarmakoloogia on praeguseks välja selgitanud enamiku efektiivsete ravimitega reageerivaid retseptoreid organismis. On välja töötatud ka paljude ohtlike mürgidega retseptoritel konkureerivad antagonistid. Mõjusate ravimite hulgas on seega ka järjest rohkem sünteetilisi, bioloogiliste ühendite antagonistide. Praegu on mõned antivitaminid palju olulisemad kui vitamiinid ise, hormoonide ja mediaatorite antagonistid ning sünteesi inhibiitorid on saanud asendamatuks ainevahetushaiguste, kasvaja ja närvisüsteemihäiguste ravimiseks.

Farmakoloogia on teadus eluprotsesside juhtimisest keemiliste ühendite abil ja see on teraapia alusteadus. Meditsiini saavutused baseeruvad loodusteaduste saavutustel eluprotsesside lahutamiseks ja täpsete meetmete kasutuselevõtmises nende protsesside juhtimiseks. Nii Hippokrates Vana-Kreekas kui ka Fr. R. Kreutzwald meil rõhutasid, et kõik ravimid on mürgid, ei ole mõjusaid mürgita ravimeid. Kumbki hoiatas tundmata või kahtlaste ravimite kasutamise eest

tervisehäirete korral ja nad soovitasid ikka püüda abi leida asjatundjatelt. Mida toimivam ravim, seda mürgisem ta on. Oluline on kõrvaltoimete vähesus, toime valikulisus. Kahjuks on ravimite kasutamise korral olukord vastupidine.

Tundub, et nüüdisaegse farmakoterapia üliohtlikuks kuulutamine fütoterapeutide poolt tuleneb kuulutajate endi ignorantsusest meditsiini arengu tundmise alal, seega õppimis- ja mõtelaiskusest. Kui fütoterapeutide hüüded piirduksid näiteks vaarikatee või toiduainetena kasutatavate marjahoidiste tarvitama kutsumisega tervise tugevdamiseks, ei oleks asi veel kuigi ohtlik. Halvem on lugu siis, kui ohututeks kuulutatakse (ajalehtedes) ka näiteks kuldjuure, eleuterokoki, lagohiulene passifloora või teiste taimede galeenilised preparaadid ja seda ikka võrreldes «mürgiste nüüdisaegsete sünteetiliste ravimitega». Galenos, kes elas II sajandil, ei olnud naiivne, arstina oli ta veendunud, et iga ravimi liig on eluohtlik.

Nostalgia ravimimeditsiini või Tiibeti, India või Egiptuse tohtrite ravivõtete järgi on igapäevaseks asi. Kui see aga muutub panfütoterapia reklaamimiseks meditsiini ohtlikuks kuulutamise hinnaga, siis ohustab see nende naiivsete arstide endi, eelkõige aga rahvatiku tervist. Arstidele ja farmatseutidele õpetatakse ravimitealase teadmisi piisavalt. Kui aga õppeplaani võtta Tiibeti, Sumeri või meie vanavanavanamate empiirilise tohterdamise kogemuse põhjalik õpetamine, siis ei jää enam ruumi nüüdisaegse keemia, bioloogia, meditsiini, farmakoloogia õpetamiseks.

Loomkatsetel ja keemial rajanev teaduslik ravimite toimeõpetus (farmakoloogia) ja toksikoloogia rajati aga 140 aastat tagasi maailmas esimesena Tartu Ülikoolis, selle rajajaks oli prof. R. Buchheim. Tema (1820... 1879) ja O. Schmiedebergi (1838... 1931) koolkonnad töötasid teaduslikult läbi kogu tolleaegse ravimite arsenalid, kõrvaldades sealt suure osa toimeta või terapeutiliselt kasutuid ja mürgiseid ühendeid.

XX sajandil on rahvastiku kaitse ravimite ohtliku toime eest üks tähtsamaid riikide meditsiinialaseid tegevusi. Selleks on riikide tervishoiuainestiteeriumide juurde asutatud farmakoloogiakomiteed, kes rangelt kontrollivad kasutuselevõetavate, aga ka juba kasutusel olevate ravimite mõjusust ja ohtlikkust (ohutust). Ka arstide poolt haiguste profülaktikaks või raviks ordneeritavad ravimtaimede preparaadid alluvad sellele korrale. Võib täiesti nõustuda Vabariikliku Sanitaarharidusmaja peaarsti M. Kivilo (1) murega, et fütoterapia propageerijad tegelevad suuresti iseravimise propageerimisega elanike hulgas, mis tähendab aga ka isediagnoosimist.

Ravimtaimedega on pidevalt tegelnud enamiku riikide teadusliku uurimise instituudid ja firmad. Ka NSV Liidus on teaduskeskused Moskvast, Harkovist, Tomskist, Novokuznetskist, Vladivostokist, Taškendis ja mujalgi. Muret tundma selle üle, et looduses võib veel leiduda midagi väärtuslikku inimese tervise kaitseks, muidugi peab, aga kuulutada äkki taimed kõikvõimsateks ja ka ainsateks arstide abilisteks, kutsudes inimesi üles nende laialdasele kasutamisele, on tervishoiu seisukohalt väga ohtlik tegevus.

KIRJANDUS: 1. Kivilo, M. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1985, 1, 49—50. — 2. Olm, T. Taimsed taastumisvahendid. Spordileht, 1984, 11. jaanuar. — 3. Paju, A. Eesti Loodus, 1985, 1, 18—21. — 4. Tammeorg, J., Kook, O., Vilbaste, G. Eesti NSV ravimtaimed. Tallinn, 1983.

5. Муравьева Д. А. Фармакогнозия (с основами биохимии лекарственных растений). М., 1978. — 6. Турова А. Д. Лекарственные растения СССР и их применение. М., 1974.

TRÜ arstiteaduskonna
farmakoloogia kateeder

40 aastat võidust

Meedikuna rivis Suure Isamaasõja aastatel

Eugen Tallmeister · Tartu

Tänavu 9. mail täitus 40 aastat ajast, mil Eesti laskurkorpuse raadiojaamad püüdsid kinni Nõukogude valitsuse ametliku teadaande fašistliku Saksa-maa tingimusteta kapituleerumise kohta. Seda meeoleolu ja rõõmutulva, mis kõiki võitlejaid haaras, on võimatu kirjeldada. See on mälu jäänud kõige õnnelikuma päevana elus.

Meile, tegevarmee meedikutele, tähendas saabunud rahu niisuguse raske ja masendava kohustuse lõppemist, mis oli seotud eesliinilt massiliselt saabuvate haavatute ja põrutatute abistamisega. Laskurpolgu sanitaarrood, mille koosseisu kuulus ka kirjutise autor, oli lahingu ajal seotud esmase arstiabi andmisega kannatanuile. Meie roodus oli nelikümend kaheksa meest, seitseteist hobust ja väliköök. Andsime põhiliselt esmaabi, sest ravi oli rindeoludes etapiline. Polgu sanitaarpunkti toodi haavatud pataljoni punktidest, meil tuli kõigepealt eraldada esmaabi vajajad nendest, kes kannatasid kohe edasitoimetamist tagalasse. Kohapeal sulgesime verejookse, ravisime traumašokki, lahastasime. Lahingute aegu võtsime vahel vastu paarsada haavatut ööpäevas. Tuli läbi vaadata erineva ulatuse, asukoha ja raskusastmega rohkem või vähem veritsevaid haavu, enamik neid olid rebestu-

nud servadega killuhaavad. Üks nüüdisaegse välikirurgia rajajaid, Nikolai Pirogov, on tabavalt öelnud, et lahingute ajal on tegemist traumade epideemiaga. Haavatuid tuuakse meditsiinipunkti väga palju ja vaid kiire, asjalik haavatute sorteerimine, nende õige selektiivne abistamine ja transportimine võib vältida ohtlikku ummikut. Meditsiinitöötajaid jäi nende tingimuste jaoks alati napiks. Nii oli vaja vähemalt kolme inimest, et abistada lahtise reieluumurruga haavatut. Seejuures nõuab kogu protseduur, alates haava korrastusest kuni venitusega lahastamiseni, hulk aega. Samal ajal tuleb kasutada abinõusid traumaatilise šoki vastu, mis neil haavatuil on tavaline.

Kord oli meie sidumisruumis haavatud sõdur, kes oli täiesti kaotanud nägemise, kuigi tal mingeid näopiirkonna vigastusi ei olnud. Keset kukalt oli aga väike peaaegu mitteveritsev killuhaav, võis oletada suuraju kuklapiirkonnas asetseva nägemiskeskuse kahjustust. See oletus pidas paika. Iga kannatanu vajas erinevat hoolt ja erinevat suunamist, mis leidis fikseerimist ka vormikohases eesliinikaardis. Kogu meditsiinipersonal, arstidest alates kuni sanitaride ja voorikoosseisu meesteni, abistas kannatanuid päeval ning ööl suurima hoole ja püüdlikkusega. Tehti kõik, et vähendada haavatute kannatusi, eriti nende transportimisel auklikel metsateedel ja väljadel. Sõja argipäev oli täis lakkamatut tööd ja masendust, sest sageli ei olnud meie abist enam kasu. Seda parem tunne oli, kui õnnestus toime tulla mõne näiliselt lootusetu juhtumiga. Kord oli meie sidumisruumis raskesti haavatud ohvitser. Tema kaela oli kild nii tugevasti vigastanud, et näha olid häälepaelad. Tegime kõik, mis võimalik, kuigi lootust teda päästa oli vähe. Aasta hiljem välilaagris paistis ühel just sedamoodi arm kaelal. Selgus, et sama mees. Terveks sai!

Sõda oli julm veel selle poolest, et ei haavatud ega meditsiinitöötajad ei olnud kindlustatud vaenlase kallale tungi eest. Meenub, kuidas 1941. a. augustis hukkus transpordilaeval «Sibir» arvu-

kalt Tallinnast evakueeritud haavatuid fašistide lennurünnaku läbi. Lahingute ajal Velikije Luki juures tulistas vaenlase lennuk niitval lennul pardarelvadest meie arstiabitelki, kus just seoti haavatuid, vaid imekombel läks kogu laenguseeria mõned meetrid kõrvale. 1944. a. talvel saadeti 27. laskurpolgu võitlejad öösel kiiresti korrastama täielikult purustatud Veimarni raudteejaama, kus vahetult enne seda vaenlase heidetud lennukipommidest oli õhku lennanud laskemoonarong ühes kõrvalroobastel seisnud ja rindelt haavatu- tega saabunud sanitaarrongiga. Sõjas ongi inimese elu juhuse käes. Surm võis tabada igal pool. Magasime kord vanas puuhoones. Öösel oli kõva pommitamine, aga väsimusest ei suutnud me sellest hoolida. Hommikul leidsime oma hoone suisa augulisena. Sõjas harjus paljuga: pideva ohuga, muldonnides elamisega; isegi käies magama õppisime lahingurännakul Velikije Luki alla. Aga vaevalt sõdimine kellelegi harjumuseks saab. Sellega seostub surm. Ebaloomuliku surmaga ei saa leppida.

Peale haavatute abistamise nõudis teenistus tegevarmees meedikutelt pidevat tööd ka teises liinis — võitlust sanitaarhügieeni alal ja epideemiatõrjet mitmesuguste ohtlike nakkushaiguste leviku tõkestamiseks. Just sellal, mil algas 7. eesti laskurdiviisi formeerimine, kus kirjutise autor teenis, olid need ülesanded eriti aktuaalsed. Sõja ajal esines düsenteeriat, köhutüüfust, aga ka niisuguseid infektsioone, millest senised teadmised olid kasinad, nagu tulareemia oma mitmesuguste vormidega, tähniline ja taastuv tüüfus, malaaria, viirushepatiitidid. Rööbiti kahtlaste haigusjuhtude kiire isoleerimise ja ravimisega pandi suurt rõhku epideemiatõrjele: sanitaar-epidemioloogiline luure, põhjalik sanitaarkorrastus allüksustes, uute saabunud eraldamine karantiini, jooksev desinfektsioon, kaitsesüstimid. Ei unustatud ka üldist profülaktikat. Eks veteranid vist mäletavad kibedamaitselist männiokkaekstrakti, mis C-vitamiinirikka joogina kahtlemata tõstis organismi resistentsust. Muide, 7. eesti laskurdi-

viis oli üks esimesi Nõukogude väekoon-
dise, kus 1943. a. sügisel tehti aprobee-
rimise sihiga kaitsesüstimisi tähnilise
tüüfuse vastu, kasutades M. Krontovs-
kaja ning M. Majeovski valmistatud
vaktsiini.

Suured teened kogu meditsiinilise töö
organiseerimisel ja suunamisel diviisid
olid juhtivatel arstidel ning komandöri-
del R. Karinil, A. Nordbergil, A. Kalvol,
O. Palul jt. Nõukogude meditsiini tähe-
lepanuväärsest edust neil aastail rää-
kis see, et suur protsent haavatuid ja
haigeid tervistunutena ja riivikõlvuliste-
na väessa tagasi pöördus.

Renessansi suurmeistri, maalikunst-
niku ja graafiku Albrecht Düreri üks
tuntumaid teoseid on puugravüür see-
riast «Apokalüpsis». Purustavaid jõude
sümboliseerivad sellel pildil ratsanikud,
levitades sõda, haigusi, surma, nad ei hei-
da armu ei lihtsurelikele ega ka imperaa-
torile. Kõik tallatakse hobuste jalgade alla.
Üks ratsanikest kannab kaalusid, kujut-
ades jumala kohut, kuid tänapäeva
tõlgenduses võiks see olla rahvaste ko-
hus sõjaroimarite üle. Nürnbergi prot-
sess peaks olema hoiatuseks maailma
agressiivsetele jõududele uue maailma-
sõja vallapästmise teel.

Sõjasündmustest saavad mälestused,
mis inimeses aja möödudes tuhmuvad,
kuid ometi ei unune. Vahel võib näida,
et oleme unustanud, et uued inim põlved
ei mäleta eelmiste ohvreid, kuid see pole
nii. Miski ei kao jäädavalt, eilne mõju-
tab homset. Inimkonna mälu talletab
ajaloo pöördehetked, leiab neist oma
väärtuste möödupuut.

TRÜ arstiteaduskond

Kaadri ettevalmis- tamine

Teaduslikke kutseid

NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuv
Kõrgema Atestatsioonikomisjoni kolleegium andis
4. jaanuaril 1984. a. dotsendikutse TRÜ arsti-
teaduskonna pediaatria kateedri dotsendi kt.
arstiteaduse kandidaat **Tiia Soole** pediaatria eri-
alal ning hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni
kateedri dotsendi kt. arstiteaduse kandidaat **Malle
Niidule** hügieeni erialal.

Irene Maaroo

Kaitsti kandidaadi väitekirju

22. veebruaril 1984 kaitses Tartu Riikliku
Ülikooli erialanõukogu ees väitekirja «Kroonilise
lümfoleukoosi immunoloogilised aspektid» TRÜ
arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateedri
assistent **Hele Everaus**. Oponeerisid Moskva Arsti-
teaduste Kesktäiendusinstituudi prof. N. Andrejeva
ja Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi peatera-
peut prof. N. Elšteini. Oponendid hindasid disser-
tandi uurimust kõrgelt. Nõukogu tunnistas H. Eve-
rausi väitekirja meditsiinikandidaadi kraadi vää-
riliseks. NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures
asuv Kõrgema Atestatsioonikomisjoni Presiidium
kinnitas 27. juunil 1984 H. Everausile meditsii-
nikandidaadi kraadi.

H. Everausi väitekirja on kliinilis-immunoloogi-
line uurimus, mis käsitleb ühe kasvajalise prot-
sessi — kroonilise lümfoleukoosi — immunoloogi-
lisi mehhanisme, nende osatähtsust haiguse
arengus ja kulus. Kroonilist lümfoleukoosi põdeja
organismi immunoloogilise reaktiivsuse muutuste
väljaselgitamine võimaldab detailsemalt mõista
vereloomesüsteemi kasvajate patogeeni, ühtlasi

võimaldab konkretiseerida ravi. H. Everaus on uurinud nii rakulisi kui ka humoraalseid immuunreaktsioone, sealhulgas täppimmunoanalüüs leidis kliinilis-immunoloogilise uurimusena esmakordselt rakendamist Nõukogude Liidus. Töö tulemustest selgub, et nii rakuline kui ka humoraalne immuunreaktsioon on kroonilist lümfoleukoosi põdejail häiritud juba haiguse esimeses staadiumis, kusjuures immuunreaktiivsus haiguse süvenemise korral langeb veelti. Kroonilist lümfoleukoosi põdeja vereseerumis esinev antikeha kroonilise lümfoleukoosi antigeeni vastu osutus spetsiifiliseks ja varajaseks näitajaks, mistõttu antikeha uurimine võimaldab haigust diagnoosida juba preleukoosistaadiumis.

Immuunvaegusseisundis lümfoleukoosihagete ravi immunostimulaatoritega näib olevat perspektiivne, eriti tüsistuste ärahoidmise aspektist.

H. Everaus on sündinud 5. jaanuaril 1953. aastal Tartus teenistuja perekonnas, lõpetanud 1971. a. Tartu 5. Keskkooli keemiaklassi. Samal aastal astus TRÜ arstiteaduskonda, mille 1977. aastal lõpetas kiitusega. Pärast internatuuri töötas aasta TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudis vanemlaborandina, alates 1980. a. septembrist TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateedri assistendina. H. Everaus on trükkis avaldanud 13 hematoloogiaalast teadusartiklit.

Valve Saarma

23. mail 1984 kaitses Tartu Riikliku Ülikooli erialanõukogu ees kandidaadiväitekirja «Liikvori valguline koostis ajuinfarkti ja ajukasvajaga haigetel» Tallinna Pelgulinna Haigla neuroloog **Krista Parts**. Väitekiril on valminud aspirantuuris professorite E. Raudami ja R. Zuppingu juhendamisel. Oponeerisid prof. J. Berzinš Riia Meditsiiniinstituudist ja bioloogiadoktor A. Lind Tartu Riiklikust Ülikoolist. NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsiooni-komisjoni otsusega 28. novembrist 1984. a. kinnitati K. Partsile meditsiinkandidaadi kraad.

Töös on uuritud liikvori ja vereseerumi valgulist koostist, kasutades modifitseeritud disk-elektroforeesi polüakrüülamiidgeelil, mis võimaldab määrata valgufraktsioone mittekontsentreeritud liikvoris. Selgus, et liikvori valgulise koostise muutused on mittespetsiifilised, olenevad ajukahjustuse raskusest ja kajastavad hematoentsefaalbarjääri läbilaskvuse suurenemist. Viimast

näitavad põhiliselt prealbumiinide, gammaglobuliini ja makroglobuliinide hulga muutused.

K. Parts on sündinud 1946. a. Tallinnas teenistuja perekonnas. 1965. aastal lõpetas ta Paide 1. Keskkooli ning 1971. a. TRÜ arstiteaduskonna. Üliõpilaste neuroloogiaringis tehtud teaduslik töö pälvis üleliidulisel konkursil esimese preemia. Pärast ülikooli lõpetamist on ta töötanud neuroloogina Harju rajoonis ja Nõmme Haiglas, olnud Ametiühingute Nõukogu usaldusarst. 1983. aastast alates on K. Parts olnud Pelgulinna Haigla neuroloog.

Rein Zuppig

Tallinna Meditsiini­kooli lõpetajaid 1985. aastal

Piret Ahonen (kiitusega), Riina Alksnis, Monika Anni, Riina Aun, Tatjana Balõševa, Bela Bauman, Marina Beljakova, Jelena Birjukova, Jelena Bitškova, Anna Daniltšenko, Natalia Dolgaleva, Natalia Dundjakova, Jelena Džemesjuk, Marina Eljaste, Ljubov Fjodorova, Marina Fokina, Margarita Fomitševa, Anu Hark, Irina Hurtsilava, Aljona Geiko, Inga Getija, Natalia Getman (kiitusega), Liia Illison, Olga Ioutsil (kiitusega), Ilona Ivanova, Svetlana Ivanova, Olga Janbekova, Marju Johanson, Kersti Jüriado, Svetlana Kaljuta, Jane Karnarvik, Irina Kezik, Irina Kolot (kiitusega), Juri Korotkov, Natalia Kozlova, Taissia Krasjukova, Galina Krivovjazaja, Marina Lapusta (kiitusega), Olga Lebedeva, Inna Leikina, Terje Lepa, Ulvi Lepiksaar, Made Lepmets, Marina Lesovitš, Kersti Liber, Jelena Lopato, Irina Matvejonok, Krista Meokas, Tsira Mirkina, Juta Mülla, Hille Mänd, Svetlana Männik, Larissa Neklejonova, Viktoria Nesterova, Svetlana Nikolina, Jelena Orlova, Julia Petrova, Eve Preegel, Irina Rõžkova, Galina Rõžnjeva, Rita Rütma, Lidia Sadõkova, Svetlana Saloid, Sigrid Sarapik, Ljubov Severin, Marina Sleptsova, Marina Smirnova (kiitusega), Valentina Solovjova, Piret Strandson, Ruth Suurorg, Galina Sõtina, Natalia Šemarinova, Lolita Šljupikova (kiitusega), Maria Šufan, Laima Zagorskaja, Dina Zbirun, Marika Zuihhina (kiitusega), Jelena Žukova, Niina Tihhomirova, Tatjana Titova, Tatjana Tomilova, Hirja Toming (kiitusega), Alla Tšerednitšenko, Svetlana Tšernjak (kiitusega), Tatjana Tšistodeljeva (kiitusega), Olga Ustinova.

Tartu Meditsiinikooli lõpetajaid 1985. aastal

Elle Aju, Aivi Arjak, Marju Haidak, Viigi Hani, Maaja Hendrikson, Kaie Höim, Tiina Ind, Raili Jänes, Sirje Kallin (kiitusega), Terje Kapp, Sirje Karus, Tiina Karus, Helina Kaurla, Evi Kelt, Marge Kereme (kiitusega), Erika Kiin (kiitusega), Lea Kiis (kiitusega), Malle Kiisk (kiitusega), Kaie Kohtla, Ilse Kolk, Ingrid Kruber, Annely Kün- gas, Inga Lehhova (kiitusega), Önnela Lepp, Heli Luhtmaa, Allan Maamets, Ivi Mark, Anu Mälk- soo (kiitusega), Liia Nõmm (kiitusega), Tiia Oher- jus (kiitusega), Sirje Ots (kiitusega), Silvia Paa- but (kiitusega), Anne Parmas, Esta Pintsaar (kii- tusega), Tiina Pott (kiitusega), Katrin Pung, Kris- tin Pung, Anne Puusepp, Heli Puusta, Merle Põ- der, Rita Pöör, Jana Remmet (kiitusega), Tiina Riiman, Tiia Roogsoo, Retti Rullinkoff, Terje Saagim, Maimu Saar (kiitusega), Ita Selgis, Viive Soots, Hille Sunts, Eliko Sõmer, Irina Zimina, Kersti Taimla, Velli Tamm, Piret Tamme, Ende Tammekund, Mirjam Taska, Marika Tiitmaa, Eret Tints (kiitusega), Maija Tirman, Jelena Tomasson, Terje Truu, Natalja Vabarna, Merle Vahter, Ülle Valb, Eha Valk, Marju Veedla (kii- tusega), Kaie Vidrik (kiitusega), Aare Viira (kii- tusega), Alla Viirsalu (kiitusega).

Genfi Ülikooli väljaandel ilmus 200-lehekülje- line raamat — «Alkohol ja noorus», milles on kõige silmapaistvamate spetsialistide 17 teadus- ülevaadet. Autorite hulgas on ka kaks Ülemaa- ilmse Tervishoiuorganisatsiooni eksperti. Raama- tus on toodud summaarne teadusinformatsioon alkoholi toimest imikute ja väikelaste, ka nooru- kite organismisse. Üks peamisi teemasid, mida eriti põhjalikult valgustatakse, on loote alkohool- se mürgituse sündroom.

Peamised ravimid. Ehkki kogu maailmas paku- takse müügiks pidevalt vähemalt 25 000 ravimit, on siiski nendest vaid 200 ravimit ja vaktsiini kui peamised raviained, mida me vajame enamiku haiguste nii ärahoidmiseks kui ka ravimiseks. Nakkushaiguste ja parasitaarhaiguste raviks on tarvis alla 50 ravimpreparaadi. Samal ajal aga sureb arengumaades nende haiguste tagajärjel 40% kogu maailmas nakkushaiguste tõttu sur- nuist.

Здоровье мира, 1985, 2.

Arsti- teaduse ajaloost

UDK 614.27(474.2)(091)

Apteekide juubelid

Heino Gustavson · Tallinn

Võru Rajooni Keskapteek, Võnnu ja Rõngu apteek, Varbla, Viitna ja Nõmme Vana apteek, Veri- ora apteek

Võru linna asutamisel saabus teiste uustulnukate seas kohale ka apteeker Johann Jakob Geisler Königsbergist. Soodsaid tingimusi kasutades laskis ta kohe ehitada ühe puuhoone, kuid aptee- ki avada tal siiski ei õnnestunud — Vene seadused nõudsid igalt võõrsilt saabun- nud farmatseudilt uue kutseeksami soo- ritamist. Eksami sooritas J. J. Geisler Peterburis 12. märtsil 1785 (siin kõik daatumid ukj.) ning alles seejärel võis ta lahti teha apteegi ukсед (8). Et ava- mise täpne kuupäev on seni teadmata, võtame aluseks apteekriõiguse saamise kuupäeva, mil tõenäoliselt juba sisse- seatud apteek rahva teenistusse astus. J. J. Geisler ise valiti neli aastat hiljem raehärraks. Ta suri tuberkuloosi 1804. a.

Temale järgnesid proviisorid, kes apteeki kord edukalt majandasid, kord sel- le laostumisäärele viisid. See, millal ehitati praegune apteegimaja, ei ole täpselt teada, kuid viide maja olemas- olule pärineb aastast 1871. Vähemalt juba 1873. a. valmistati Võru apteegis limonaadi ja kunstlikku mineraalvett ning 1890. a. avas apteeker A. Steding samas kõrval rohukaupluse. Mõlemad

ettevõtted töötasid aastakümneid. Suure Isamaasõja ajal sai Vana apteek suu- resti kannatada. 1965. aastast alates on ta kandnud Võru Rajooni Keskapteegi nimetust. Hoone remonditi põhjalikult 1974. a.: seati sisse keskküte, laiendati müügi ruumi, paigaldati uus sisustus ja aparaatuur, taastati peaukse algne kuju (vt. foto 1).

1973. a. alates on apteeki juhitanud proviisor A. Rohtmaa, kes on seal juba 1964. aastast ametis olnud. Pikk tööstaaž on ka M. Linnol (1938) ja R. Songisepal (1948).

Rõngu apteegi sisseseadmiseks sai 1883. a. loa kohalik kihelkonnaarst N. Reichardt (1). Aadressiraamatus on avamisaastana märgitud 1885 (5). Mis kuupäeval alustati ravimite müüki ja kes oli esimene apteeker, selle kohta ei ole midagi teada. Üks mis kindel, et

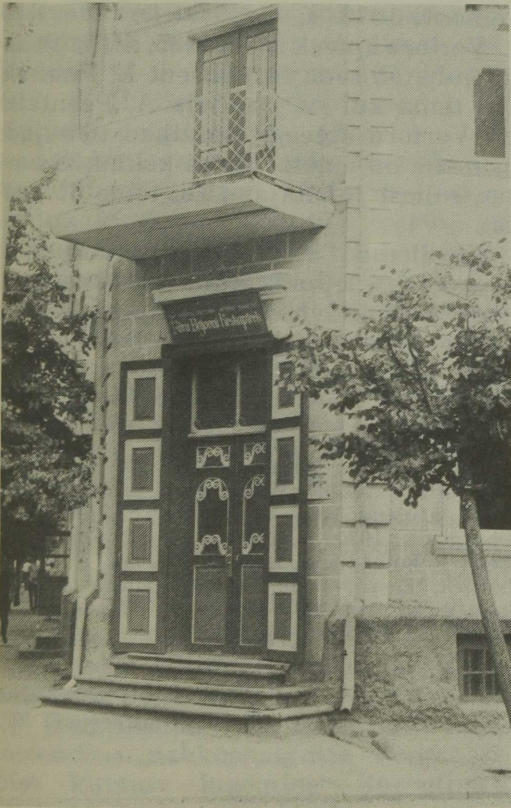


Foto 1. Võru Rajooni Keskapteegi sissekäik. K. Annomi foto.

ajavahemikul 1895... 1904 oli esialgu rentnik, seepeale omanik ja tegelik töötaja proviisor J. Kaart (3). Viimased 22 aastat on juhataja olnud farmatseut A. Savioja. Esialgsest apteegimajast endise doktoraadi vastas on nüüd saanud elamu, apteek asub kunagises kauplusehoones.

Võnnu apteegi asutamisluba proviisor R. Schmidtile kannab 15. mai 1885 daatumit (9), ukсед avati Kurista vanas vallamajas kiriku lähedal sama aasta 12. novembril¹ (2). Kohalikel andmeil olevat üks arvukatest hilisematest apteekritest, proviisor A. Rosenthal, lasknud Võnnus ühe sepikoja 1913. a. praeguseks apteegihooneks ümber ehitada. Alates 1961. a. on apteeki juhitanud proviisor V. Lepik ja samas on töötanud ka tema naine A. Lepik. Oma jõududega on sisse seatud veevärk. Uus sisustus saadi 1974. a.

Nõmme Vana apteegi asutamislugu on keerukam. Sinna, linnalähedasse perspektiivikasse suvituskohta, taotleti apteegi asutamise luba juba 1899.² ja 1902. a., kusjuures viimasel puhul alustaski proviisor J. Rechtlich juhatusel 30. mail tegevust maa-apteek (omanik proviisor B. Linde, kellele kuulus Tallinna Tõnismäe Vana apteek). Paraku jäid oodatud kasumid tulemata ning apteek suleti 29. septembril 1904.³

Saanud õiguse asutada Nõmmel järjekordne apteek, leidis proviisor A. Trossin sobiva hoone raudteejaama juurest seitsmendast versta postist umbes 150 sülda Valdeku poole ja laskis selle ümber ehitada. Kuberneril resolutsioon töö alustamiseks kannab küll daatumit 13. VI 1910, kuid ukсед avati kaks päeva varem, 11. juunil.⁴ (4). Nimetatud kuupäeva loemegi praeguse apteegi nr. 14 asutamisaajaks. Praegune Mai tänav kandis muide Apteegi tänav nime.

1968. aastast asejuhatajana ning 1979. aastast juhatajana näeme apteegis nr.

¹ RAKA, f. 31, n. 17, s. 138, l. 7—8.

² RAKA, f. 31, n. 27, s. 55 (terve toimik).

³ RAKA, f. 31, n. 30, s. 87 (terve toimik).

⁴ RAKA, f. 31, n. 38, s. 9 (terve toimik).

14 proviisor I. Luhastet. Üks tema eelkäijaid (1944...1969) oli proviisor J. Kalvo, omaaegseid aktiviste palgaliste farmatseutide organisatsioonis Eesti Rohuteadlaste Ühingus, Teenivate Farmatseutide Ametiühisuse asutaja 1917. a. Pikka aega on apteegis töötanud proviisor L. Määrsepp ja raamatupidaja M. Muutra. Viimati tehti põhjalik remont 1973. aastal, kahjuks asendati siis ka haruldane ofitsiinimööbel ilmetuga.

Tahaksime loota, et apteek veel kauaks ajaks jääks traditsioonilistesse ruumidesse.

Viitna apteek on korduvalt oma asukohta vahetanud, ka muidu on ta meie apteegiajalos üks erandlikke. Asutaja ei olnud üksikisik, vaid Haljala—Kadrina Kihelkondlik Meditsiinilise Abi Ühisus, kes sai 1909. a. Kärmas oma ambulatooriumi juures maa-apteegi asutamise loa. Luba tegevuse alustamiseks on dateeritud 5. aprillil 1910 ning tööle asus apteekriabiline A. Damfeld. Majandamise hõlbustamiseks anti siiski apteek juba kuu aega hiljem kohalikule arstile H. Goldbergile rendile.⁵

1920-ndate aastate algul müüs tollane Haljala—Aaspere Selts apteegi apteekriabilisele R. Allasele. Ta kavatses selle üle viia Kabalasse, Viru Maakonnavalitsus aga soovitas uue asupaigana Viru-Roelat. Tervishoiunõukogu ei nõustunud ühe ega teisega ja leidis võimaliku olevat apteegi ainult kuhugi lähedusse ümber paigutada.⁶ Nii asutigi Läänale (vt. foto 2). Seal oli üks juhatajaist praegune TRÜ Zooloogiamuuseumi direktor R. Veenpere (1947...1968). Apteek toodi 1940. a. Viitnasse, kus ta paikneb rahvale märgatavalt kättesaadavamas kohas. Põhjalik remont, mille käigus vahetati välja mööblit, toimus 1977. a. Alates 1979. a. on apteeki juhitanud proviisor K. Kaasik.

Taotlused apteegi asutamiseks **Varbasse** algasid 1907. aastal, kuid vaatamata kubernerite nõusolekule ei suutnud palujad oma soove realiseerida. Saanud loa 13. märtsil 1910, seadis apteegi sisse proviisor A. Peterson Vigala apteegist ning avas selle 7. novembril, enne ametlikule resolutsioonile allakirjutamist. Järgnes pahanudus, kuid lõpuks siiski anti avamisloa tagantjärele, 13. veebruaril 1911.⁷ Nii nagu Nõmme Vana apteegi puhul, peame ka siin apteegi tegelikuks avamisajaks faktilist töö algust. Omaniku omavolitamise tekitas eba-meeldivusi hiljemgi: sulgenud eelneva loata ajutiselt apteegi enne Esimest maailmasõda, tekkis raskusi selle taasavamisel.⁸ Ka aastail 1940...1942 ravi-meid ei müüdnud.

Tervelt 26 aastat oli juhataja ametikohal S. Luik (1958...1984), praegu on tema asemel noor farmatseut H. Eskla. Uus sisustus saadi pärast kapitaalremonti 1973. a.

Veriora apteek avati 1935. a. (7). Praegu juhatab seda farmatseut L. Punnek. Nii tema kui ka jaendaja A. Peentaim on Veriora apteegi staažikad töötajad: esimene on ametis olnud kokku 34 aastat, sellest juhatajana 28, teine 31 aastat.

Võrdlemisei kehvades ruumides tuli olukorraga leppida kuni 1982. aastani, mil Veriora soovhoos leidis apteegile uue paiga vastses ja mugavas hoones.

KIRJANDUS: 1. Olevik, 1883, 14. nov. — 2. Olevik, 1884, 17. aug. — 3. Prov. Johan Kaart'i ametijuubel. Pharmacia, 1922, 6, 324—335. — 4. Revallsche Zeitung, 1910, 29. mai. — 5. Richter's Baltische Verkehrs- u. Adreßbücher. Bd. I. Livland. Riga, 1900, 44. — 6. Rähesoo, K. Pharmacia, 1930, 11, 306—308. — 7. Salasoo, H. Eesti Rohuteadlane, 1936, 2, 37—39. — 8. Seuberlich, E. Liv- und Estlands älteste Apotheken. Riga, 1912, 229—230. — 9. Vönnust. Perno Postimees, 1885, 21. juuni.

Liha- ja Piimatööstuse
Ministeeriumi KTB

⁵ RAKA, f. 31, n. 37, s. 261, 1, 12, 21, 24.

⁶ ORKA, f. 2000, n. 1, s. 254, 1.551.

⁷ RAKA, f. 31, n. 35, s. 167, 1. 1, 4, 5, 9; f. 31, n. 36, s. 257, 1. 1, 6, 7, 10, 11;

f. 31, n. 38, s. 29, 1. 1, 6-a, 17.

⁸ RAKA, f. 31, n. 41, s. 163, 1. 1, 6, 7, 10.

UDK 616-002.7(092) Schotter

Sada aastat Hans Schotteri sünnist

Viktor Kalnin · Tartu

Hans Schotter, elukäik, arstitöö Moskvast, I maailmasõda, tegevus Eestis, Eesti Arstide Selts, teaduslik pärand

9. veebruaril 1985 möödus 100 aastat omaaegse tuntud arsti Hans Schotteri sünnist (9. II 1885... 30. III 1945). Ta võrsus eestlasest kooliõpetaja ja Püha-vaimu kiriku kösterorganisti Friedrich Schotteri perest, sündinud 13. lapsena. 1905. a. astus H. Schotter Moskva Ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 1913. a. kiitusega (3).

H. Schotteri teenistuskäik algas Moskva evangeelses hospitalis silmapaistvate arstiteadlaste, hilisemate professorite V. Mintsi (4), G. Greife, A. Jordani ja J. Blumbergi (1) juures. 1917. a. H. Schotter mobiliseeriti. Ta tegutses polguarstina, 1918. a. langes sakslaste gaasirünnaku ohvriks. Paranenud mürgitusest, töötas ta tehasearstina Moskvast. Kodusõja päevil oli H. Schotter Punaarmee 163. evakuatsioonihospitali peaarst (3).

Ajavahemikul 1920... 1930 töötas H. Schotter Moskvast Eesti saatkonnas arstina. Huvi teaduse vastu ajendas teda ordinaatori ja teadlasena osa võtma I. Metšnikovi nim. Nakkushaiguste Instituudi tööst, mida juhendas nimekas immunoloog S. Koršun (5). H. Schotteri uurimistöö tulemused ilmusid tuumakates artiklites. Siin sai temast ka tunnustatud lektor ja pedagoog. Aastail 1926... 1930 oli H. Schotter assistendiks Moskva Riikliku Ülikooli II Nakkushaiguste Kliinikus, mida juhtis silmapaistev epidemioloog J. Martsinovski (7). Siin usaldati H. Schotterile eradotsendina nakkushaiguste diagnoosimise kursuse lugemine. Energiliselt võttis ta osa ka tööst Moskva Terapeutide Seltsi, Mikrobioloogia Seltsi ja muude teadusühingute liikmena.

Pärast naasmist Eestisse asus H. Schotter tööle erahaiglas, sõjaväenakkusbarakis, kunstiteaduskooli arstina, põhiliselt aga tegeles erapraktikaga. Ta tegutses aktiivselt ka Tallinna Eesti Arstide Seltsis, oli seal mõnda aega teadussekretäriks. Tema initsiatiivil asutati Tallinna Terapeutide Selts ning sannaarharidusliku suunitlusega selts «Perekond ja Kool». Oma uurimistulemusi tutvustas H. Schotter teaduskongressidel, -kongressidel ja erialaseltside koosolekutel (2), kokku ligikaudu 70 ettekandes. Trükist on ilmunud 25 tööd, neist 8 välismaal. Tema poolt käsitletud teemadest väärivad eriti esiletõstmist monograafia epideemilisest gripist (kaasautorluses nimeka nõukogude mikrobioloogi I. Kritševskiga) (6), originaalsed ravi- ja diagnoosimismenetlused, nagu uus põrna palpeerimise meetod, uus kunstliku hingamise variant, katsed alimantaarse allergia puhul, uus preparaat *Carballax* jm.

Suure eruditsiooniga ja oma eriala kirgliku propageerijana omandas



TARTU ÜLICOOL

RAAMATUKOGU

H. Schotter silmapaistva lektori ja õppejõu maine. Ta pidas loenguid rahvaülikoolis, koolivelskrite, meditsiiniõdede, masseerijate ja samariitlaste kursustel ning juhatas Tallinna Pedagoogilises Muuseumis koolinoorte tervishoiuringi. Sellest huviringist on võrsunud arstideadlased, näiteks professorid J. Riiv ja L. Schotter, dotsendid S. Laanes ja A. Vapra, nimekad spetsialistid V. Grüntal ja E. Heinsoo ning paljud teised arstid.

Nõukogude võimu taaskehtestamisel 1940. a. määrati H. Schotter Tallinna Nakkushaigla peaarstiks, reorganiseerimiseks kasutas ta oma rikkalikke kogemusi.

Hans Schotteri isiksuse võlu — lai silmaring, kirjandus- ja muusikalembus (tegeles ka heliloominguga), südamluk suhtumine ravalustesse ning suur kiindumus teadusesse — on olnud innustavaks eeskujuks tema rohkearvulistele õpilastele ja lähedastele. Kogu sellest suguvõsast on võrsunud terve dünastia — kokku 16 mitmesuguse eriala arsti.

KIRJANDUS: 1. *Brennsohn, I.* Die Ärzte Estlands. Riga, 1922, 422, 452. — 2. *Roots, R.* Tallinna Eesti Arstide Selts 1919—1937. Rmt.: Eesti organiseeritud arstikond 1912—1937. Tartu 1938, 129—143. — 3. L. Schotter-seeniorilt saadud dokumentaalne materjalid.

4. *Альтшулер Б., Черфас Д.* Профессор Минц. Рига: Лиесма, 1970. 70. — 5. БМЭ, 2-е изд., т. 13, 1127—1128. — 6. БМЭ, 2-е изд., т. 14, 380—381. — 7. БМЭ, 2-е изд., т. 16, 907—908.

H. Schotteri trükis ilmunud tööd.

1. Schotter, H. Hochgradige lokale Eosinophilie bei einem mit Optochin behandelten postpneumonischen Pleuraexsudat. — Münch. med. Wochenschr., 1922, 41, 1460—1461.

2. Schotter, H. *Typhus recurrens*'i ravitsemisest neosalvarsaaniga. — Eesti Arst, 1924, 12, 265—269.

3. Schotter, H. Hochgradige lokale Eosinophilie bei einem mit Optochin behandelten postpneumonischen Pleuraexsudat. — Eesti Arst, 1922, 12, 549—552.

4. Schotter, H., Lenebach, M. Zur Therapie der Darmprolaps. — Münch. med. Wochenschr., 1924, 39, 1358—1360.

5. Schotter, H., Brodskaja, S., Sinai, G. Die Duodenalsondierung bei typhösen Erkrankungen.

gen. — Münch. med. Wochenschr., 1928, 10, 432—438.

6. Schotter, H., Brodskaja, S., Sinai, G. Zur Vakzinetherapie des Abdominaltyphus. — Wien. klin. Wochenschr., 1928, 9, 1—12.

7. Schotter, H. Spontaner Abgang eines enormen Gallensteins. — Münch. med. Wochenschr., 1929, 37, 963—966.

8. Schotter, H. Zur Methodik der Milzpalpation. — Münch. med. Wochenschr., 1929, 37, 1562—1565.

9. Schotter, H. Katsed alimentaarsete allergia puhul. — Eesti Arst, 1930, 2, 41—52.

10. Schotter, H. Nakkuse levimisest ja profülaksist. — Eesti Arst, 1931, 10, 569—581.

11. Schotter, H. Võitlemisest nakkuse vastu. Kilde immuunsuseõpetusest. — Caritas, 1932, 2, 17—19.

12. Schotter, H. Kombineeritud muda-elekterravi tulemused ja indikatsioonid. — Eesti Arst, 1933, 5, 217—227.

13. Schotter, H. Sisehaigused. Stenogramm loengutest, peetud 1932/1933. a. koolivelskrite kursustel Tallinnas. Üleriikliku Medicin-velskrite Ühingu väljaanne. Tallinn, 1933, 92.

14. Schotter, H. Infektsioonilised haigused. Stenogramm loengutest, peetud 1932/1933. a. koolivelskrite kursustel Tallinnas. Üleriikliku Medicin-velskrite Ühingu väljaanne. Tallinn, 1933, 143.

15. Schotter, H. Zur Causyth-Therapie akuter Infektionskrankheiten. — Wien. med. Wochenschr., 1938, 25, 1—8.

16. Schotter, H. Reithosenschenkel (eine Anomalie der Muskulatur der Oberschenkel). — Wien. med. Wochenschr., 1938, 26, 1—5.

17. Schotter, H. Uni. — Eesti Arst, 1940, 12, 1005—1006.

18. Schotter, H. Kunstliku hingamise variant. — Arstiteadus, 1941, 1, 4—15.

19. Шоттер Г. Ф. Малярийная карточка Института инфекционных болезней им. И. И. Мечникова в Москве. Еженедельник Мосздравотдела, 1923, 33, 13—15.

20. Шоттер Г. Ф. 200 случаев применения сальварсана при возвратном тифе. Труды Института инфекционных болезней им. И. И. Мечникова, вып. I. М., 1924, 83—96.

21. Шоттер Г. Ф. Стоварсолан при малярии. Журнал микробиологии, патологии и инфекционных болезней. М., 1926, т. II, вып. 2—3, 85—93.

22. Шоттер Г. Ф., Кричевский И. Л. Эпидемический грипп. Библиотека практического врача, кн. 10. М.—Л., 1927, 145.

23. Шоттер Г. Ф., Фейгаль П. С. Значение реакции оседания при брюшном тифе. Русский журнал тропической медицины. 1929, VII, 8, 556—562.

24. Шоттер Г. Ф. О профилактических мероприятиях при брюшном тифе. Сов. врач, 1930, 3, 137—144.

25. Шоттер Г. Ф. Дизентерия. БСЭ, 1-е изд., т. 22, 305—310. М., 1935.

TRÜ arstiteaduskonna hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kateeder

Konverentsid ja nõupidamised

Vabariiklik psühhiaatrite ja psühholoogide seminar toimus 7. detsembril 1984 Jämejala Vabariiklikus Psühhoneuroloogiahaiglas tervishoiuministeriumi peapsühhiaatri H. Väre eesistumisel. Seminari eesmärk oli arutada psühhiaatriaiglates töötavate psühholoogide tööprobleeme koos tervishoiujuhtide ja psühhiaatritega.

Seni on psühholoogide laiemat kaasamist haiglatöösse takistanud sobiva organisatoorse töövormi, samuti psühholoogide tegevuse metoodilise juhendamise puudumine, ei ole ka selge, kes seda peaks tegema. Raskusi on ka seetõttu, et ülemaailmselt tunnustatud psühholoogilised testid ei ole veel kohandatud meie vabariigi oludele, meil puudub psühholoogide täiendussüsteem. Meie vabariigis on meditsiinipsühhologe piisavalt ette valmistatud, kahjuks ei tööta kõik erialasel tööl. Mõnevõrra häirib psühholoogide ja psühhiaatrite koostööd veel see, et psühholoogi tegevust haiglas tõlgendatakse liiga kitsapiiriliseks, ka see, et psühholoogid ise ei ole aktiivsed haiglatöösse sekkumisel.

Seminaril kuuldud ettekannetest ja sõnavõttudest jäi mulje, et psühholoogide elavam osalemine haiglatöös on vajalik ja aktuaalne ning vajab lähemal ajal organisatoorselt küljest ühtlustamist ning kindlamat sisulist juhtimist.

Seminaril viibis ka Eesti NSV Tervishoiuministeriumi Ravi- ja Profülaktilise Abi Valitsuse juhataja V. Jänes.

Anti Liiv

Esimene kohtupsühholoogia ekspertiisi alane nõupidamine toimus 25. jaanuaril Tallinnas. Kohal oli mitme eriala esindajaid, samuti külalisi Moskvast ja Leningradist.

P. Tulviste andmeil tegi Eesti esimese kohtupsühholoogia ekspertiisi aastakümneid tagasi Tartu tuntud keelemees Villem Ernits. 1975. aastast alates on ekspertiiside arv Eestis suurenenud ning püsinud võrdlemisi stabiilsena paarikümne ümber. See arv on aastas tehtavate ekspertiiside kõrval tühine.

Kohtupsühholoogia ekspertiiside puhul on seni lahendamata mitmed organisatoorsed probleemid, meil puudub koosseisuline kohtupsühholoogia-ekspert. Puudub ka ühtne seisukoht, kes õieti

peaks tegema kohtupsühholoogia ekspertiise, ei ole protseduuride eeskirju, mistõttu ekspertiisid on väga eritasemelised. Meie vabariigis on lahendamata teaduslikult põhjendatud psühholoogiliste testide kasutuselevõtt ning küsimus, kes peaks neid ette valmistama. Korrigeerida tuleks spetsialiseerumis- ja eriala täiendamise süsteemi. Silmas pidades reaalsel olukorda ning töösuhteliselt väikest mahtu, tegi allakirjutanu ettepaneku, et parema lahenduse leidmiseni võiksid põhiosa ekspertiise teha psühhiaatriaiglates psühholoogid, kasutades seejuures kohtupsühhiaatrite poolt rakendatud organisatoorseid vorme. Ilmselt vajab küsimuse lõplik lahendamine veel korduvaid nõupidamisi.

Anti Liiv

Leiutus- ja ratsionaliseerimisalane seminar-nõupidamine toimus 6. veebruaril 1985 Tartu Kliinilises Haiglas.

Nõupidamisel tegi allakirjutanu kokkuvõtte tervishoiuministeriumi süsteemi leiutus- ja ratsionaliseerimistegevusest aastail 1983...1984. Kahe viimase aasta jooksul on meil esitatud 6 leiutistaotlust, saadud on 5 autoritunnistust ning kasutusele võetud kolm leiutist. Samal ajavahemikul on ratsionaliseerimistepanekuks tunnistatud ja kasutusele võetud 266 tehnilist lahendust.

Tervishoiuasutuste novaatorid peaksid oma jõupingutused suunama meditsiinitehnika täiustamisele, aga ka töötingimuste parandamisele, käsitöö vähendamisele, koristustööde mehhaniseerimisele, kütuse ja elektrienergia kokkuhoiule. Paremini ja tulemusrikkamalt on vaja korraldada teadus- ja arendustööd.

TRÜ patendiosakonna juhataja E. Teetsov rõhutas, et ka meditsiinis peavad rakenduslikku laadi teadustööd olema uudsed, s. t. lõppema leiutisega. Esineja tutvustas arstiteaduskonna leiutajate ja ratsionaliseerijate töid. Seal on loodud ligikaudu 40 vahetult meditsiiniga seotud leiutist.

Üleliidulise Teadusliku Meditsiinitehnika Ühingu Eesti vabariikliku juhatuse esimees I. Vainstein peatus ühingu eesmärkidel ja ülesannetel ning valgustas meditsiinitehnika arengusuundi.

Prof. kt. E. Laane analüüsis leiutus- ja ratsionaliseerimistegevuse planeerimist, ta osutas mitmesugustele reservidele meedikute töös. Vaja on põhjalikult tunda tööprotsessi, näha seda osadena, teha kindlaks nõrgad kohad ja neid täiustada.

A. Seppo nim. Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise Laboratooriumi ja Kliiniku patendisektori juhataja L. Gans rääkis leiutiste ja ratsionaliseerimistepanekute kasutuselevõtmise raskustest traumatoloogias. Leiutiste alusel loodud uute operatsiooninstrumentide meditsiinipraktikas kasutamise loa saamine on tema arvates väga keeruline, tehased ei ole huvitatud nende tootmisest, keegi ei nõua uue juurutamist. Ka autorite materiaalne stimuleerimine ei ole küllaldane.

J. Savisaar Tartu Linna Stomatoloogiapoli-

kliinikust, kes oli viibinud Üleliidulises Riiklikus Patendiekspertiisi Teadusliku Uurimise Instituudis stažeerimisel, jagas kogemusi ja tähelepanekuid lejutiste läbivaatamise kohta, ühtlasi peatus ta lejutistaotlusele esitatavatel nõuetel.

Lembit Mitt

VIII Läti NSV stomatoloogide konverents toimus 29. novembrist 1. detsembrini 1984 Riias. Plenaaristungil vaeti organisatoorseid küsimusi maaelanike stomatoloogilise abi tõhustamiseks Balti liiduvabariikides ja Valgevene NSV-s. Avaettekannet oli Nõukogude Liidu peastomatoloogilt G. Pahhomovilt. Kuulati üle 70 ettekande, külaelakolimeetrite oli ka Saksa DV-st.

Läti NSV juhtivate stomatoloogide ettekanded rõhutasid, et peamine on stomatoloogiliste haiguste profülaktika üldine parandamine, ka plaaniline hammaste saneerimine lastel. Läti NSV tervishoiuvõrgus on $\frac{6}{7}$ stomatoloogide ametikohade üldarvust ette nähtud tööks ravi ja profülaktika alal. Kutsealustest on hambad saneeritud 95%-l, mitme linna kooliõpilaste osas on see protsent samuti üle 90. 60%-l lastest on suuõõne hügieeniline seisund paranenud, vähem on ette tulnud parodontopõletikke. Hambaproteesid sai 1984. aastal 382 inimest 10 000 kohta (üleliiduliselt keskmiselt 228). Rajoonides tuleb üks kirurgiga tegelev stomatoloog 10 stomatoloogi kohta. On hea, et Riia Meditsiiniinstituudi ortopeedia kateedris korraldatakse üleliidulisi stomatoloogide-ortopeedide täienduskursusi.

Teised ettekanded käsitlesid hammaste, parodonti ja suu limaskesta haiguste ravi, profülaktikat ning suuõõnehügieeni. Sellel teemal esitas S. Russak (kaasautorid V. Sillastu ja O. Rajavee) eksperimentaal-kliinilise töö proopolise efektiivsust ravitoimist parodontaalkudede haiguste korral. Kliiniliselt analüüsiti töös parodonti põletikuliste ja düstroofiliste protsesside ravi tulemust 108 haigel, kellele oli põletikulistesse igemetaskutesse aplitseeritud 10%-list proopolise piirustlahust ja propotseumisalvi. Head ravitulemused saadi 98 haigel, kellel nõrgenesid nii valud kui ka põletikunähtud igemetes. Tulemused lubavad soovitada ravimit laiialdasemalt kasutada. E. Beltšikov (kaasautor G. Männik) käsitles immunoloogilist süsteemi reguleerivaid vahendeid parodontaalkudede kahjustustega haigete kompleksravis. Niisugusteks vahenditeks on nõrga toimega immunodepressandid (butadiioon, salitsülaadid, kaaliumipreparaadid, novokaiin). Hüpofüsaar-adrenaaalsüsteemi aktiveerimiseks mõjuvad hästi ravinälgimine, soola- ja (männi)okkavannid tärpentini lisamisega, ravikehakultuur, hüperbaariline oksügenatsioon jms.

E. Leiburi kliinilis-morfoloogilises uurimises vaadeldi reparatiivse osteogeneesi stimulatsiooni parodontoosihaigetel selliste preparaatide (adenüül, trentaali, türokaltsitoniin) abil, mis suurendavad alveolaarluu osteogeneesiks vajaliku 3'5'-adenosiinmonofosfaadisaldust. Koekultuurides on kindlaks tehtud, et tsükliilised nukleotiidid

aktiveerivad luu osteogeneesi, mis on vajalik parodontaalkudede taastamiseks.

Kirurgilise stomatoloogia istungil oli kõne all odontogeensete põletike ravi ja sepsise profülaktika, lõualuude väärarengute, deformatsioonide ning kasvajate kirurgiline ravi. Teisel istungil räägiti hambumusanomaaliate profülaktikast ja ravist lastel ning eri konstruktsiooniga hamba-
proteeside valmistamisest.

Toimus ka sümposium «Regeneratsiooniprotsesside optimaalseks muutmine näo- ja lõualuutraumade ning haiguste korral». Allkirjutanu (kaasautor P. Roosaar) ettekanne käsitles luukoe resorptsioonimehhanisme seoses innervatsiooni ja verevarustuse häiretega. Tööst rakenduslik osa leiab kasutamist suulaelõhede plastiliste operatsioonide (uranoplastika) ja luumurdude puhul, aidates kirurgilisi menetlusi atraumaatiliseks muuta. Näo- ja lõualuude kaasasündinud ning omandatud haiguste kirurgilist ravi käsitles A. Stambergi ettekanne, kelle andmed üla- ja alalõua deformatsioonide kirurgilise ravi kohta täiskasvanuili kutsusid esile diskussiooni. A. Kõdari ja allkirjutanu ühisettekannet oli kaasasündinud huule- ja suulaelõhede laste ortopeedilisest ravist ujuboturaatori (suulaeproteesi) kasutamise teel, soodustamaks lapsel normaalset toitumis- ja kõnefunktsiooni ning vältimaks ülalõua sekundaarseid deformatsioone.

Käsitlemist leidis veel mitmesuguste kirurgiliste menetluste rakendamine haava paranemiseks. Mõjusateks võteteks tunnustati osteosünteesi kompressiooni-distraktsioonimeetodil alalõua fraktuuride ravi, veresoonte mikroanastomoose loomine naha autotransplantaadis mikrokirurgiliselt ulatuslike näo pehmete kudede defektide korral. On tähtis tunda veresoonte anatoomilis-topograafilisi iseärasusi Filatovi ümarvarre moodustamisel keha eri piirkondades. Järeldus, et regeneratiivse reparatsiooni protsesse odontogeensete lõualuupõletike, lõualuumurdude ja parodontoosi korral on võimalik aktiveerida ka mitmete füüsikaliste tegurite ja ravimite abil (laserkiiritus, hüperbaariline oksügenatsioon, kvarts, ultraheli, türokaltsitoniini või trentaali manustamine jms.).

Maie Lõvi-Kalnin

Vitaminoloogia ja toitumishügieeni probleemikomisjonide ühispleenum toimus möödunud aasta detsembris Moskvas. Arutati NSV Liidu elanike toitumist. Eestist esines ettekandega «Eesti NSV kooliõpilaste varustatus vitamiinidega ja selle parandamise võimalused» M. Saava.

Paljudes liiduvabariikides kannatatakse vitamiinipuuduse all eriti kevadtalvel. Isegi Gruusia elanike ratsioon ei ole talvel ja kevadel vitamiinirikas. Peamine põhjus on selliste vitamiinivaeste rafineeritud toiduainete nagu suhkru, maiustuste, rasvade, peenjahust toodete või muude taoliste tarbimise tunduv suurenemine ning mitme loodusliku produkti, nagu köögi- ja puuvilja tarbimise vähenemine. Nisutera kroovimisel jääb kliidesse 70...90% vitamiinidest. Ameerika Ühendriikides ja Kanadas lisatakse seetõttu

esimese ja kõrgema sordi nisujahule B-rühma vitamiine. NSV Liidus vitaminiseeritakse viendik nisujahust. Inimtoiduks peaks rohkem tarvitama vitamiinirikkaid nisukliisid. Sotsiaal-majanduslik areng on kehalise töö mehhaniseerimise ja automatiseerimise tõttu vähendanud elanike toiduenergia, s. o. süsivesikute ja rasva vajadust. Kuid stressi sagenemine suurendab mõnevõrra valgu (10 %), mõningate vitamiinide (25... 50 %) ning mineraalainete (kaltsiumi, raua jt.) vajadust. Nii muutub ratsioon energiarikkaks (esineb rohkesti liigse kehakaaluga inimesi), kuid plastilisi ja katalüütilisi komponente ei ole toidus küllaldaselt. Sageli on laste, rasedate, last rinnaga toitvate emade, haigete, rasket kehalist ja pingelist vaimset tööd tegijate toit vitamiinivaene. Prof. V. Jefremov arvas, et NSV Liidu elanikud tunnevad suurt puudust C-vitamiini ja taimede lehtedest leiduva foolhappe järele. Pleenum pidas vajalikuks välja töötada üleliidulise programmi aastaks 1985... 1990, mille eesmärk on toidu vitamiinisalduse suurendamine ja vitamiinitõustuse arendamine.

Pleenumist osavõtjatele tutvustati teadusliku tootmiskoondise «Vitamiinid» tööd, kus peale teadusliku uurimistöõ sünteesitakse ja valmistatakse tööstuslikult vitamiine, koensüüme ja mitmeid ravimeid. Vitamiinipreparaadid saadakse kõik peale B₁₂ keemiliselt sünteesi teel. Nii tuleb odavam ja sünteesitud vitamiinid ei erine toimelt looduslikest. Pleenumist osavõtjad juhtisid tootjate tähelepanu sellele, et tööstus ei too da vitamiinipreparaate laste jaoks.

Einar Vagane

VI üleliiduline sümposioon füsioloogilisel aktiivsete ainete otsingute alal toimus 7... 11. jaanuarini 1985 Riias NSV Liidu TA ja Läti NSV TA korraldusel. Sümposiooni põhieesmärk oli füsioloogilisel aktiivsete ainete — uute potentsiaalsete ravimite — prekliiniliste farmakoloogilistoksikoloogiliste uuringute mahu ja nõuete täpsustamine, nende standardiseerimine meie riigi ulatuses ja ka rahvusvahelises ulatuses. Sümposioonil osales 160 teadlast ja farmaatsiatööstuse juhtivat spetsialisti.

NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi Farmakoloogiakomitee ja Farmakopöakomitee poolt oli põhiettekanne akadeemik M. Maškovskilt. Seoses riiklike nõuete suurenemisega prekliiniliste farmakoloogiliste, eriti aga toksikoloogiliste uuringute mahu osas on uute ravimite kasutuselevõtt pidevalt kallinenud. Kui 1962. a. olid USA-s uue ravimi juurutamise kulud keskmiselt 2,6 miljonit dollarit, siis 1967. a. 10 miljonit, 1973. a. 20 miljonit ja 1984. a. juba 30... 60 miljonit dollarit. Ka meil ulatuvad praegu ühe ravimi väljatöötamise ja kasutuselevõtu kulud 1... 2 miljoni rublani. Et uus farmakoloogilisel aktiivne aine jõuaks emase kliinilise katsetuseni, tuleb peale põhitomete, toime mehhanismi, aine kiinetiliste parameetrite uurida ka 2... 4 katseloomaliigil toksilisust 6... 12-kuulise manustamise kestel.

Ainel võib olla teratogeenne, embrüotoksiline, mutageenne, kantserogeenne või allergiseeriv toime, võimalik on immuunsüsteemi mõjutamine, harjumust ja sõltuvust tekitav toime jne. Enamik uuringuid tehakse 2... 3 loomaliigil paralleelselt.

Ühe ravimi juurutamiseks kulub aega maailmas keskmiselt 7... 8 aastat ja ühe ravimi keskmise iga (kasutamisaeg) on ka ainult ligikaudu 8 aastat. Näiteks lubati Nõukogude Liidus 1984. a. kliiniliseks kasutamiseks 60 uut preparaati, võeti aga kasutusele 800 preparaati. Kolme aasta jooksul (1982... 1984) võeti meil kasutusele 211 preparaati, kasutusele lubati alla 200 preparaati. Seega uute ravimite (preparaatide) arv praegu ei suurene, vaid on stabiliseerunud või mõnes riigis isegi vähenenud.

Uus ravim leiab tee praktikasse üksnes siis, kui ta olemasolevatega võrreldes on mõjusam, vähem ohtlik või on tal muid eeliseid.

Viimane, X NSV Liidu Farmakopöa ilmus 1968. a., praegu ettevalmistusel olev XI Farmakopöa ilmutab mitmekülgelisena, esimene köide 1986. a.

Sümposiooni programmis olid ettekanDED, mis käsitlesid enamiku ravimirühmade farmakoloogiliste uuringute põhinõudeid ja mahtu: kasvajatevastased, antihüpertensiivsed, psühhotroopsed, arütmiavastased, immunotroopsed, antibiootikumid jt. Samuti oli ülevaatlikke ettekanDED ainet prekliinilise toksikoloogia kõigi valdkondade uurimismeetodikaist. Üldine suund on praegu maksimaalselt lähendada meie riigi farmakoloogiakomitee nõudeid rahvusvaheliselt üldkehtivatele. See on oluline ka meie ravimite konkurentsivõime parandamiseks rahvusvahelises ulatuses. PõhiettekanDE konkurentsivõimeliste ravimite arendamise printsiipide kohta pidas Läti NSV TA Orgaanilise Sünteesi Instituudi direktor prof. E. Lukevics. TRÜ farmakoloogia kateedrist esitasid ettekanDED dotsent A. Žarkovski ja allakirjutanu. Need käsitlesid isotoobimeetodite tähtsust farmakoretseptilise avastamisel ja uute ainete põhitomete prognoosimisel.

Sümposioonil määrati kindlaks põhilised töösuunad, samuti laboratoorse baasi arendamise nõuded.

Lembit Allikmets

Üleliiduline stomatoloogiaalane seminarnõupidamine toimus 4... 5. veebruarini 1985 Moskvas N. Semaško nimelises Stomatoloogiainstituudis. Peatähelepanu oli pööratud stomatoloogia teaduskondade ja -osakondade uuele õppeplaanile üleminekule. Üleminek toimub järk-järgult, alates I... II kursuselt. TRÜ-s alustati uue plaani järgi õpetamist 1984/1985. õppeaastal. Uues õppeplaanis on stomatoloogia eriainetega jaoks ette nähtud 1700 tundi endise 1400 asemel. Need 300 lisatundi, mis on jaotatud nelja stomatoloogilise eriaine vahel, tõstavad tulevaste stomatoloogide erialaettevalmistust. Eelmisest õppeplaanist erinevalt on uues eraldatud 94 tundi stomatoloogiliste haiguste profülaktikale ja suuõõnehügieeni õpetamisele. Ka internatuuri õppeprogrammi viiakse sisse profülaktika. Suuõõnehügieeni pa-

randamiseks, eriti lastel, peetakse vajalikuks avada stomatoloogiapolikliinikutes ja -osakondades ning koolides spetsiaalsed hügieenikabinetid näitlike vahenditega.

Nõupidamisel arenes diskussioon seoses lastestomatoloogia statuudi ja selle eriaine õpetamisega. Vastavalt NSV Liidu Tervishoiu-ministeriumi Õppeasutuste Peavalitsuse teadusnõukogu otsusele 1985. aasta 17. jaanuarist on lastestomatoloogia ametlikult tunnistanud iseseisvaks meditsiinerialaks — neljandaks distsipliiniks terapeutilise, kirurgilise ja ortopeedilise stomatoloogia kõrval. Oletatavasti tingib see ka riigieksami kehtestamise vastavas eriaines. Vajadus selle eriala spetsialistide järele on suur, näiteks puudub Moskvas 420 lastestomatoloogi. Nõupidamisel räägiti ka suuremast vajadusest programmeeritud õpetamise järele, samuti analüüsiti psühholoogilis-pedagoogilisi printsiipe meditsiinikõrgkoolis. Teisel seminaripäeval jätkus uue õppeplaani üksikasjalik arutelu teraapia, kirurgia, ortopeedia ja lastestomatoloogia kateedris.

Meie vabariiki esindasid üleliidulisel seminarinõupidamisel TRÜ arstiteaduskonna stomatoloogia kateedri õppejõud S. Russak, E. Leibur, A. Kõdar ja allakirjutanu.

Maie Lõvi-Kalnin

Tubakasuitsetamisest loobumine isegi pärast südameinfarkti pikendab eluiga. Veel aasta pärast koronaaarhaiguse algust on kaalukas põhjus suitsetamisest kindlalt loobuda — sellise järelduse tegid Dublini arstiteadlased, kes olid pikka aega ravinud ja jälginud 498 alla 60-aastast meespatsienti. Need mehed olid üle elanud stenokardiahoo või müokardiinfarkti, mis oli neil tekkinud üle kahe aasta tagasi. 82% meestest, kes suitsetamisest (üle kuue sigareti päevas) pärast haigeksjäämist ei loobunud, oli 13 aastat pärast haigestumise algust juba kõik surnud. Samal ajal aga neist haigetest, kes olid suitsetamisest loobunud kohe, suri 13 aasta jooksul pärast haigestumise algust vaid 37%. Eriti kahjulikult mõjus tubakasuitsetamine patsientidele, kes põdesid mittestabiilset stenokardiat või komplitseeritud esmast müokardiinfarkti.

Die Heilberufe, 1985, 3.

Arstide seltsides

Eesti Stomatoloogide Seltsi 30. aastapäeva tähistati 7. detsembril 1984. a. TRÜ aulas. Piduliku koosoleku avas Eesti NSV tervishoiu-ministri asetäitja O. Tamm.

Arstiteaduskonna prodekaan prof. E. Sepp lubas oma sõnavõtus igati kaasa aidata stomatoloogide ettevalmistamisele, sest abivajajate vähenemist ei ole käesoleval sajandil ette näha.

Eesti Stomatoloogide Seltsi tegevusest esitas ülevaate seltsi esimees dotsent S. Russak. Seltsi asutajaks 1954. a. ja esimeseks esimeheks kuni surmani 1963. a. oli prof. V. Hiie. Järgmistel aastatel juhtis seltsi tööd G. Veerma (1963...1969), seejärel dotsent N. Vihm (1969...1978). Seltsi tegevusest võtab osa 90% stomatoloogidest. Seltsi filiaalid tegutsevad Tallinnas, Tartus, Viljandis, Rakveres, Pärnus, Narvas, Kingissepas ja Kohtla-Järvel. Liikmetest on kaks meditsiinidoktorid (M. Lõvi-Kalnin ja E. Beltšikov) ja kaheksa-kandidaadid. Publikatsioonide arv on suurenenud kahelt artiklilt 1954. aastal 67 artiklini 1983. aastal. 30 aasta jooksul on kirurgilises stomatoloogias lõualuumurdude ravis kasutusele võetud mitmesuguseid konstruktsioone, on tehtud säästvat uranoplastikat, ortodontilisi anomaaliaid ravitud kirurgiliselt, samuti parodontihai-gusi koos luuplastikaga, ägedate mädapõletike puhul on kasutusel hüperbaariline oksügenatsioon, ambulatoorses praktikas narkoos. Mittekarioosete kahjustuste puhul on hakatud rakedama remineraliseerivat ravi, pulpipõletike bioloogilist ravi, parodontihai-guste ravis on kasutusel hapnik, türokaltsitoniin, kloorheksidiin, tsüklilised nukleotiidid ja klorofüllipt. On pandud alus parodontoosi immuunravile. Tähelepanu leidis En-antigeeni määramise võimalus stomatoloogiliste hai-guste diagnoosimisel. Parodontihai-gusi põdejad dispanseeritakse, tegeldakse hambakaariese profülaktikaga ning apikaalsete periodontiitide ravis kasutatakse intradentaalset elektroforeesi. Valmistatakse büügelproteese ja portselanist hambakroone, proteesi aluseid valmistatakse Varese kiirmeetodil, tehakse ka keramiilisi mudeleid, kasutusel on parodontoosi ortopeediline ravi. Lastel ravitakse anomaaliaid mitmesuguste ortodontiliste konstruktsioonide abil. Korraldatud on laste stomatoloogiline dispanseerimine.

Dotsent S. Russak rõhutas, et seltsi 30 tegevusaastat on olnud viljakad. Palju on tehtud kaadri väljaõppe alal, ka arstide kvalifikatsiooni tõstmise ja sanitaarharidustöö alal.

Eesti NSV peastomatoloogi S. Hansteini ettekanne oli stomatoloogia olukorrast ja perspektiividest meie vabariigis. Käsitleti ka parodonti- haiguste immunoloogilisi aspekte (E. Beltšikov), tsükliliste nukleotiidide (E. Leibur) ja kloro- füllipti kasutamist (M. Saag) parodonti- haiguste ravis.

Tallinna ja Tartu stomatoloogide seltside tege- vusest rääkisid A. Müür ja T. Seedre.

Ellen Lepasaar

Eesti Lastearstide Seltsi juhatase laiendatud pleenum toimus 11. detsembril 1984 Harju rajooni Lagedi kultuurikeskuses. Osa võttis 31 laste- arsti.

Harju Rajooni RSN TK Tervishoiuosakonna peapediaater A. Uuli rääkis rajooni pediatrilisest abist. Vaatamata sellele, et keskaigla ja lastenõuandla rajoonis puuduvad, on pediatrid suutnud üle 90 % lastest läbi vaadata. Suur aga on laste arv pediatrriaoskonnas. Muret tekitab ka laste voodikohtade nappus rajooni raviasutus- tes. Tallinna lastehaiglad on seni abi osutanud, kuid probleemi lahendab uue keskaigla valmi- mine Keilas. Tööd raskendab ka sideteenistuse halb olukord Harju rajoonis, raskusi on suvitus- rajoonides puhkavatele Tallinna lastele arstiabi andmisel, siit ka vajadus, et laste tervise huvides peaksid suvilakooperatiivides telefonid olema. Tunnustavalt märgiti, et kolme aasta jooksul on oma erialakvalifikatsiooni tõstnud 23 Harju rajooni lastearsti. Tunduvalt on vähenenud alla ühe aasta vanuste laste sümptom. A. Uuli tooni- tas, et emad peaksid enam huvi tundma oma laste tervise vastu, laste jälgimise ja ravi järje- pidevuse parandamiseks peavad muu hulgas laste- arstide käsutuses olema ka transpordivahendid. Ka majandite- ja asutustepoolne abi võiks suu- rem olla.

Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi valitsus- juhataja E. Tomberg tegi kokkuvõtte Voronežis toimunud üleliidulisest seminarist, kus vaatluse all oli olnud maalaste arstiabi. Oluliseks peeti kvalifikatsiooni regulaarset tõstmist, eesrindlike kogemuste koolide rajamist, rajoonidevaheliste ravi- ja profülaktikakeskuste olemasolu, eriti vastsündinute ja rehabilitatsiooni huvides. Meie vabariigis on võimalik kohe täita nõue, et alla kolme aasta vanuseid lapsi tuleb ravida rajooni keskaiglas. Probleemiks on kitsa eriala arstide kvalifikatsioon. On vajalik, et iga pediaater oskaks lapsel kodus vaadata vähemalt kõrva ning et tal oleks otsmiku- ja kõrvapeegel. Lapse ravimisel peetagu meeles, et ravi mõjusust ei määra mitte ravimite hulk, vaid individuaalne optimaalne ravi. Soovida jätab meil ka kõrge kvalifikatsioo- niga lastearstide konsultatsioonide korraldamine. Suuremat tähelepanu tuleb pöörata laste reha- bilitatsioonikeskuste projekteerimisele ja ehitamisele.

TRÜ arstiteaduskonna pediatria kateedri dot- sent H. Tälli rääkis kuuldust Ivanovos toimunud konverentsil «Terve lapse kasvatamine». Ka seal

jäi kõlama nõue, et perekondade tarvis tehtava sanitaarharidustöö maht peaks suurem olema. Peeti vajalikuks immunoloogiakabinetti raja- mist koos laboratooriumidega, tagamaks laste ohutuse vaktsineerimisel. Kahjuks ei ole meil tänaseni meditsiinilise geneetika keskust, kus oleks võimalik väärenguid õigeaegselt diagnoo- sida. Mitmed probleemid on seotud uue kooli- reformiga. Teadlaste arvates tohiks kuueaastaselt kooli lubada ainult terveid ning harva põdevaid lapsi. Krooniliste nakkuskolletega lapsed tuleb enne terveks ravida.

Pleenumist võtsid osa ka XII Eesti lastearstide kongressi organiseerimiskomitee ja redaktsiooni- kolleegiumi liikmed. Huvitav oli tutvuda Jüri uue ambulatooriumi ja apteegiga.

Leo Tamm

Üleliidulise Stomatoloogide Seltsi ja Stomato- loogia Teadusliku Uurimise Keskinstituudi ühis- konverents toimus 6...7. detsembrini 1984. a. Kalininis. Põhiteemadeks olid: 1) kaasasündinud näolõhedega laste dispanseerimine ning heiloplasti- ka- ja uranoplastikajärgsete sekundaarsete de- formatsioonide ravi; 2) plastika liittransplan- taatidega mikrokirurgilise tehnika vahendusel pea- ja kaeladefektide korral. Mitu ettekannet (esinejad V. Kozlov, R. Novosjolov, G. Sem- jentšenko jt.) rõhutas kompleksravi (kirurgilise, ortodontilise, logopeedilise) tähtsust kaasasündi- nud huule- ja suualõhedega laste varajases rehabiliteerimises. Kompleksravi mõjususe kind- laksmääramiseks peeti vajalikuks koostada erit- estid. Prof. L. Frolova kõneles üleliidulise dis- panseerse ravikeskuse peatselt avamisest Mosk- vas, kus hakkab tööle üle 200 spetsialisti ja kus hakatakse ravima näo- ja lõualuude kaasasündi- nud arenguhäiretega lapsi. Üleliiduline keskus hakkab koordineerima vabariiklike ja teiste dis- panseerete keskuste (praegu on neid üle 40) tööd. Eestis on taoline keskus töötanud juba 1964. aastast alates.

Lõualuude rekonstruktiivsete operatsioonide võimalust kaasasündinud teiseste ja omandatud näo- ja kaeladefektide kõrvaldamisel käsitles V. Bezrukovi, A. Titova, V. Sukatšjevi ja V. Ippolitovi ühis- ettekanne. Liittransplantaatide (luust, kõhrest, lihastest, nahast ja limaskestast) kasutamise otsar- betekusest näo ja lõualuude plastiliste taastavate operatsioonide korral mikrokirurgia rakendamisel kõnelesid professorid A. Nikandrov, N. Aleks- androv, V. Dunajevski, M. Vodolatski jt. Näo elundite ja kudede taastamist kaela, õlavöötme, rinna piirkonnast moodustatud jalamil nahalap- pide abil, mida tehakse vähihaigetel pärast kas- vava eemaldamist, käsitlesid P. Naumov, O. Tšu- dakov, V. Dmitrijeva jt. V. Bogatov soovitas näo- ja lõualuude kasvajate eemaldamiseks kasutada laserskalpelli.

Eesti NSV-st võttis konverentsist osa alla- kirjutanu.

Maie Lõvi-Kalnin

Meie juubilare



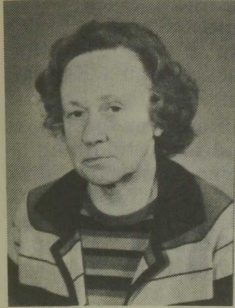
Felix Raudkepp, Eesti NSV teeneline arst, Nõukogude Eesti preemia laureaat, Eesti neurokirurgia üks rajajaid, sai 4. juunil 85-aastaseks. Doktor F. Raudkepi pikkade tööaastate sisse mahub üle poole sajandi aktiivset neurokirurgiaalast tegevust: töö Tartu Ülikoolis professor L. Puusepa assistendina, Tallinna Neurokirurgiahaigla rajamine, Eesti NSV neurokirurgiaalalise ja Tallinna Vabariikliku Haigla neurokirurgiaosakonna juhatamine. Pika ja raske arstitee tänaseks märgiks on Tallinna neurokirurgia- ja neurotraumatoloogiatervis ning doktor F. Raudkepi õpilaste tegevus, kes peavad kalliks oma õpetaja kõige sagedamini meenutatud juhtmõtet — *noli nocere!* Juubelpäeval soovivad Felix Raudkepile tugevat tervist Eesti NSV Tervishoiuministeerium, L. Puusepa nimeline Neurokirurgide, Neuropatoloogide ja Psühhiaatrite Selts, Tallinna Vabariikliku Haigla ning õpilased ja kolleegid.



Zinaida Saar, TRÜ arstiteaduskonna nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateedri dotsent, sai 21. mail 70-aastaseks. Z. Saar on sündinud Pihkva oblastis. 1934. aastal astus ta Tartu Ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 1946. a. Suure Isamaasõja päevil töötas Tšuvaši ANSV-s poliikliiniku ordinaatorina, naistenõuandla juhatajana, vanemsanitaarinspektarina, rajoonidevahelise sanitaar- ja epidemioloogijaama juhatajana ning nakkushaiguste osakonna arstina. 1944. a. suunati ta tööle Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissariaati Tallinnas. Aastail 1947... 1951 oli Z. Saar nooremteadur Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis, kus valmis ka väitekirja «Varaalistele laste tuberkuloosi epidemioloogia Tallinnas», mida kaitses 1953. a. Ajavahemikul 1952... 1954 oli ta Tartu Nakkushaigla peaarst. 1954. aastast alates on töötanud TRÜ arstiteaduskonnas, esialgu oli peaarstria kateedri juhataja, aastail 1962... 1968 nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateedri juhataja ning 1984. aastani ühendkateedri nakkushaiguste osakonna juhataja. Juubilar on avaldanud rohkesti teadusartikleid laste tuberkuloosi, düsenteeria, kolienteriidi ja viirushepatiidi diagnoosimise, epidemioloogia ja profülaktika alalt. Z. Saar on silmapaistev organisatsioon, hea pedagoog ning nimekas teadlane. Hea töö eest on Z. Saart autasustatud mitme medali, tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ja paljude aukirjadega. NLKP ridadesse kuulub ta 1940. aastast alates.



Rimma Sudakova, Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi bakteriaalsete soolenakkuste laboratooriumi juhataja, meditsiinkandidaat, sai 14. jaanuaril 60-aastaseks. Sündinud Ivanovos teenistuja perekonnas. 1948. aastal lõpetas Ivanovo Riikliku Meditsiiniinstituudi. Seejärel suunati ta tööle Vologda Epidemioloogia ja Mikrobioloogia Instituudi mikrobioloogilaboratooriumi. 1952. a. tuli R. Sudakova tööle Tallinna Vabariikliku Vaktsiinide ja Seerumite Teadusliku Uurimise Instituudi mikrobioloogilaboratooriumi juhatajaks. Seega on juubilar töötanud instituudis selle asutamisest alates, kokku 33 aastat ühel ja samal ametikohal. 1957. a. kaitses ta Leningradis kandidaadiväitekirja, mis käsitles düsenteeeriabakterite fagotüpeerimist. Juubilar on trükis avaldanud üle 90 teadusartikli, milles tähelepanu keskmes on olnud peamiselt soolenakkuste etioloogia ja serodiagnoosimine, epidemioloogia ning profülaktika. Ta on palju kaasa aidanud meie vabariigi sanitaar- ja epidemioloogiatervis kaadri kasvatamisele. Kauaaegne I. I. Metšnikovi nimelise Arstide Seltsi liige, aastaid olnud seltsi Tallinna filiaali juhatus sekretär. R. Sudakova kuulub NLKP ridadesse 1974. aastast alates. Juubilari on autasustatud mitme aukirja ning tervishoiu eesrindlase rinnamärgiga.



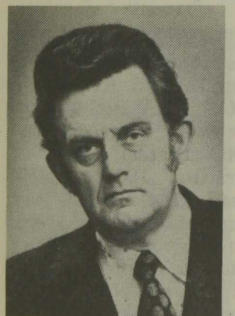
Laine Villako, TRÜ arstiteaduskonna biokeemia kateedri vanemõpetaja, bioloogiakandidaat, sai 11. mail 60-aastaseks. Sündinud Võrumaal Missos töölise perekonnas. 1943. aastal lõpetas Jõhvi Ühigümnaasiumi ning 1949. a. TRÜ arstiteaduskonna farmaatsiaosakonna kiitusega. Aastail 1949... 1954 töötas TRÜ teaduskonnasisehaiguste kateedris vanemlaborandina. Ajavahemikul 1955... 1968 oli tegev TRÜ arstiteaduskonna biokeemia kateedris assistendina ja seejärel samas kateedris vanemõpetajana tänaseni. 1967. aastal kaitses kandidaadiväitekirja «Heksoosamiinide biosünteesist mao limaskestas ja nende sisalduse muutustest seoses mao funktsionaalse seisundiga». Peamine uurimissuund juubilaril töödes on praegu adenosüin-trifosfataaside osa mao limaskestas toimuvates biokeemilistes protsessides. Trükis avaldanud 45 teadusartiklit, neist osa üleliidulistes väljaannetes, peamiselt mao biokemismi valdkonnast. Tema eeskujulik töö on pälvinud mitmeid aukirju ja tänuavaldusi. L. Villako on suurte kogemustega õppejõud, kellega üliõpilased saavad kiiresti hea kontakti, mistõttu ka lõpukurstuste noored on tema sagedad külalised töökohal.



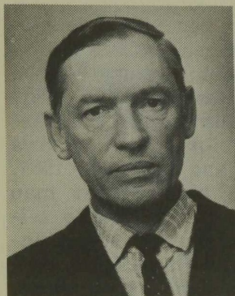
Arvi Sillam, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kutsehaiguste osakonna vanemteadur, meditsiinikandidaat, sai 20. mail 60-aastaseks. Sündinud Tallinnas teenistuja perekonnas. Ajavahemikul 1945... 1951 õppis TRÜ arstiteaduskonnas. Seejärel oli arst Nõukogude armees. 1957. aastast alates on töötanud Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis, alustas noorenteadurina. 1967. a. kaitses ta kandidaadiväitekirja «Nimmeristluu radikuliit Eesti NSV põlevkivikaevanduste kaevuritel». Vanemteadurikutses anti 1974. aastal. Teadustöös on keskendunud neuroloogiliste kutsehaiguste probleemidele. Juubilar on üle 80 publikatsiooni autor ning «*Scripta medicorum*'i sarjas ilmunud raamatu «Kutsehaigused» üks autoreid. Rohkesti on avaldanud ka kutsehaigustealaseid metoodilisi juhendeid ja soovitusi. Märkimist väärib tema töö noorte kolleegide juhendamisel. A. Sillam on pikemat aega olnud Tallinna Neuroloogide ja Psühhiaatrite Seltsi juhatuses, on Tartu Riikliku Ülikooli erialanõukogu liige. Juubilar on täitnud korduvalt mitmesuguseid ühiskondlikke ülesandeid.



Maret Veske, Vabariikliku Vereülekandejaama osakonnajuhataja, meditsiinikandidaat, sai 18. veebruaril 50-aastaseks. Sündinud Võrus teenistuja perekonnas. 1954. a. lõpetas Rakvere 1. Keskkooli. Pärast TRÜ arstiteaduskonna ravisakonna lõpetamist 1960. a. suunati ta tööle vereülekandejaama vere konserveerimise osakonna juhatajaks. Sellel ametikohal on ta töötanud tänaseni. M. Veske on esimese kategooria spetsialist transfusioloogia alal. 1976. aastal kaitses kandidaadiväitekirja käsitleb vereandmise mõju doonori organismile. Ta on rakendanud mitmeid uudseid võtteid vere konserveerimisel, juurutanud fibrinogeeni ja krüopretsipitaadi tootmise Vabariiklikus Vereülekandejaamas. Esimesena NSV Liidus võttis kasutusse tasuta doonorite perfokartoteegi. Juubilar on osalenud Eesti Hematoloogide ja Transfusioloogide Seltsi tegevuses, olles aastaid selle sekretäriks. M. Veske on oodatud lektor nii oma eriala kui ka muude erialade seltsides. Jõudu ja tahet on juubilaril jätkunud ka ametiühingutööks, korduvalt on teda valitud ametiühingukomitee esimeheks. M. Veske on hea töö eest pälvinud tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ning aukirju.



Enno Kross, Tartu Kliinilise Haigla hingamiskeskuse juhataja, sai 18. veebruaril 50-aastaseks. Sündinud Viljandimaal, lõpetanud Abja Keskkooli, 1961. aastal TRÜ arstiteaduskonna. Tartu Kliinilises Haiglas on E. Kross töötanud 1959. aastast: juba üliõpilasena ravikehakultuuri instruktorina, seejärel neurokirurgiaosakonnas anestezioloogina. 1964. aastast tänaseni on olnud hingamiskeskuse juhataja. Juubilar on esimese kategooria anestezioloog-reanimatoloog, on palju ära teinud eluohtlikus seisundis neuroloogiliste ja neurokirurgiliste haigete ravi korraldamisel. Ta on trükis avaldanud üle 40 teadusartiklit, on osa võtnud vabariiklikest, üleliidulistest ja rahvusvahelistest konverentsidest, kongressidest ja sümposionidest. E. Kross on silma paistnud ka ühiskondlikus tegevuses: olnud haigla komsomoliorganisatsiooni sekretär, ELKNÜ ja EKP Tartu Linnakomitee liige. Praegu on ta haigla parteibüroo sekretäri asetäitja ning rahvakontrolligrupi esimees. E. Kross on ühingu «Teadus» lektor. Juubilaril töö on pälvinud V. I. Lenini juubelimedali, tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ning au- ja tänukirju. Teda on autasustatud NSV Liidu Rahvamajandusnäituse pronksmedaliga. 1965. aastast on kuulunud NLKP rida-



Leo Ora, Tartu Kliinilise Haigla neuroloog, sai 23. veebruaril 50-aastaseks. Sündinud Tartus teenistuja perekonnas. 1953. aastal lõpetas Tartu 1. Keskkooli ja Tartu Muusikakooli ning 1962. aastal Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna. Ajavahemikul 1962... 1966 töötas neuroloogina Kohtla-Järve 1. Linnahaiglas. 1966. aastast on töötanud Tartu Kliinilises Haiglas neuroloogina-elektroentsefalografistina. Korduvalt viibinud täienduskursustel. Juubilar on hinnatud spetsialist. Tähtsal on ilmunud teadustöid ning ta on esinenud konverentsidel ning sümposiumidel. Aktiivne ka ühiskondlikus töös, olnud ametiühingukomitee esimees ning pikemat aega Tartu Linna RSN Täitevkomitee kultuurinõukogu liige. Aastaid oli ta populaarse ansambli «Harvlek» liige, praegu haigla segavokaalansambli «Recipe» juhendaja. L. Ora töö on pärvinud mitmeid aukirju ning tänuavaldusi.



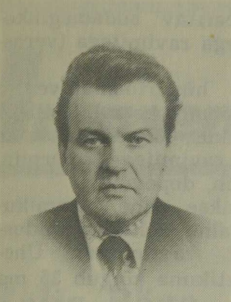
Leida Kesa, Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalbioloogia Instituudi protozoologiaosakonna endobiosidelaboratooriumi juhataja, vanemteadur, NSV Liidu TA protozooloogide ja mikrobioloogide ühingu liige, sai 7. märtsil 50-aastaseks. Juubilaril täitus ka 20 aastat tegevusteadusepõllul. Sündinud Tartus. Lõpetas 1953. aastal 2. Keskkooli kuldmedaliga, TRÜ arstiteaduskonna 1959. aastal kiitusega. Süvateadmised viroloogias omandas noorenteadurina Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni TU Instituudis (1959... 1961), bakterioloogias laboriartina Tallinna Merimetsa Haigla bakterioloogialaboratooriumis (1961... 1966), tsütoloogias ordinatuuris õppides ja noorenteadurina Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis kantserogeneesimehhanismide laboratooriumis, kus 1972. aastal valmis ka kandidaadiväitekiri kantserogeneesi teemal. Juubilar on avaldanud üle 60 teadusartikli, millest enamik ilmunud üleliidulistes ja rahvusvahelistes väljaannetes. Viimased 10 aastat on tegelnud algsoma—viiruse vahekorra uurimisega, mille tulemused on talle toonud üleliidulise ja rahvusvahelise tunnustuse. L. Kesa on oma originaaluurimusi esitanud rahvusvahelistel foorumitel, sealhulgas ka V rahvusvahelisel protozooloogide kongressil New Yorgis.



Maie Gustavson, Tallinna Kiirabihaigla ülemõde, sai 7. märtsil 50-aastaseks. Saanud meditsiiniõe kutsetunnistuse, asus ta 1957. aastal Tallinna Tõnismäe Haiglas tööle palatiõena. Peagi ilmnes noore töötaja organisaatorivõimekus ja juba esimese tööaasta lõpul määrati ta traumapunkti vanemõeks. Järgnesid vanemõekohustused Tallinna Vabariiklikus Psühhoneuroloogiahaiglas ning taas Tallinna Tõnismäe Haiglas. 1979. aastal oli M. Gustavson Moskvas üleliidulistel ülemõdede täienduskursustel ning seejärel töötas 1980. aastast Tallinna Stomatoloogiapolikliiniku ülemõde ametikohal. Alates 1984. aastast on juubilar töötanud praegusel ametikohal. M. Gustavson on esimese kategooria meditsiiniõde, ta on teenekas töötaja, kes pikemat aega on osalenud Eesti NSV Meditsiiniõdede Seltsi keskjuhatuses, aastail 1976... 1980 seltsi esinaisena. Ülemõena seisab ta raviasutuse õdedenõukogu eesotsas. Aastaid on kestnud tema ametiühingutegevus. Praegu kuulub M. Gustavson Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumisse, olles ühtlasi laste- ja noorukitekomisjoni esinaine. Juubilari eeskujulik töö on korduvalt pärvinud paljusid aukirju ja tänuavaldusi.



Jaan Märtin, Eesti NSV Tervishoiuministeriumi peapepidemioloog, meditsiinikandidaat, sai 13. aprillil 50-aastaseks. On lõpetanud Tartu 5. Keskkooli. Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna lõpetas 1960. a. Ajavahemikul 1960... 1963 oli Paide Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarst ning Paide Rajooni Kesksaigla peaarsti asetäitja. 1963. aastast alates on töötanud tervishoiuministeriumis, algul inspektorarstina, 1973. aastast peapepidemioloogina. 1972. aastal kaitstud kandidaadiväitekiri käsitles infektsioosse hepatiidi profülaktikat. Trükis on avaldanud üle 90 teadustöö. J. Märtin on kõrgema kategooria epidemioloog. Juubilar on Eesti NSV Tervishoiuministeriumi ning Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi teadusliku nõukogu liige, tervishoiuministeriumi epidemioloog, parasitoloogia, infektsioon- ja viirushaiguste probleeminõukogu esimees ja laboratooriuminõukogu esimees, I. I. Metsnikovi nimelise Arstide Seltsi juhatuses esimees ning samanimelise üleliidulise seltsi juhatuses liige. J. Märtinit on autasustatud tervishoiu eesrindlase ja tsiviilkaitse eesrindlase rinnamärgiga.



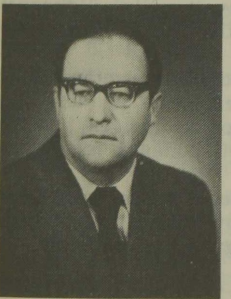
Udo Reino, TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia kateedri dotsent, sai 16. aprillil 50-aastaseks. U. Reino on lõpetanud Tallinna 10. Keskkooli. 1953. a. astus TRÜ arstiteaduskonda, mille lõpetas 1959. a. kiitusega, oli üks esimesi pediaatriaosakonna lõpetajaid. Pärast seda oli Räpina Rajooni-haiglas kirurg ja pediaater, seejärel peaarst ning Põlva Rajooni RSN TK Tervishoiuosakonna juhataja. 1961. a. asus õppima kliinilises ordinatuuris lastekirurgia erialal. Sel ajal alustas ka teadustööd ning ordinatuurile järgneid aspirantuuriaastad. Pärast seda töötas Tallinna Vabariikliku Haigla lastekirurgiaosakonnas. 1966. a. kaitses väitekirja «Soo määratlus ja korrigeerimine välis- ning sisesuguelundite anomaaliatega lastel». Samast aastast on töötanud teaduskonnakirurgia kateedris. Juubilar nimega on olnud seotud lastekirurgia õpetamine TRÜ-s ning väga paljud selle eriala kirurgidest on olnud tema õpilased. U. Reino on võimekas lastekirurg ja teadlane, Tartu linna lastekirurgia peaspetsialist. Juubilar on 72 teadustöö autor, esinenud paljudel üleliidulistel ja rahvusvahelistel kongressidel, aastail 1974. . . 1975 stažeeris Helsingis ja Turus. Juubilar on olnud kauaaegne arstiteaduskonna ja üleülikoolilise ÜTÜ nõukogu esimees. U. Reino hea töö on pärvinud palju aukirju.



Laine Paavel, Tallinna Linna Kliinilise Lastehaigla nefroloogiaosakonna juhataja, Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi lastenefroloogia peaspetsialist, sai 16. aprillil 50-aastaseks. Sündinud Kemerovo oblastis kooliõpetaja perekonnas. On lõpetanud Rakvere 1. Keskkooli. TRÜ arstiteaduskonnas õppis aastail 1953. . . 1959. Pärast ülikooli lõpetamist oli Võrus jaoskonnapediaater ning hiljem Võru rajooni peapediaater. Ajavahemikul 1963. . . 1965 õppis Tallinna Vabariikliku Haigla ordinatuuris pediaatria erialal. Järgnes töö Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Emade ja Laste Ravi ja Profülaktilise Abi Valitsuse inspektorarstina ning I Lastehaigla osakonnajuhatajana. 1979. aastast on juubilar töötanud praegusel ametikohal. L. Paavel on esimese kategooria pediaater. Korduvalt on ta esitanud ettekanneid arstide seltside koosolekutel, avaldanud trükitud teadusartikleid. L. Paavel on nõutud konsultant. Hea töö eest on juubilar autasustatud tervishoiu eesrindlase ja kommunistliku töö eesrindlase rinnamärgiga ning mitme Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi aukirjaga.



Maarja Rooma, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vanemteadur, sai 20. aprillil 50-aastaseks. M. Rooma on sündinud Tartus teenistuja perekonnas. 1953. aastal lõpetas Otepää Keskkooli hõbemedaliga ning 1958. aastal TRÜ arstiteaduskonna farmaatsiaosakonna. Ajavahemikul 1958. . . 1965 töötas farmatseudina Tartu apteekides, 1966. . . 1969 Tallinna Pelgulinna Haigla apteegis. Aastail 1969. . . 1980 oli Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis teaduriks, kus 1973. aastal kaitses bioloogiakandidaadi väitekirja. 1980. aastast alates on töötanud praegusel ametikohal. M. Rooma uurimisobjektiks on olnud lämmastikühendite, eeskätt nitraatidesisaldus toiduainetes. Praegu on käsil meie vabariigi köögivilja ja kartuli nitraatidesisalduse määramine. Ta on täiendanud ja täpsustanud ka lämmastikühendite määramise meetodeid. Juubilar on avaldanud üle 70 teadustöö ning ta on innukas teaduse populariseerija. Osaleb Eesti Hügienistide ja Tervishoiuorganisatsioonide Seltsi töös. M. Rooma on võimekas spetsialist, nõudlik ja töökas teadlane, kes on pärvinud kolleegide austuse.



Anatoli Tetsov, Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi teaduslik sekretär, meditsiinkandidaat, sai 14. juunil 50-aastaseks. Sündinud Leningradi oblastis Kingissepa teenistuja perekonnas. 1952. aastal lõpetas Tartus keskkooli ning 1958. aastal TRÜ arstiteaduskonna. Seejärel oli A. Tetsov Saaremaal Vana-Lõve ja Mustjala arstijaoskonna juhatajaks. Ajavahemikul 1961. . . 1963 oli Tartu Linna Kliinilise Nakkushaigla ordinaator, 1964. . . 1967 Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi aspirant epidemioloogia erialal. Pärast aspirantuuri lõpetamist töötas sama instituudi epidemioloogilaboratooriumis, algul noorem-, hiljem vanemteadurina. 1974. aastast on olnud praegusel ametikohal. 1972. aastal kaitses kandidaadiväitekirja. Nii väitekirja kui ka muud uurimused on käsitletud põhiliselt kõhutüüfusi epidemioloogiat. Trükis on avaldanud üle 50 teadustöö. A. Tetsov on Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi teadusliku nõukogu presiidiumi büroo ja nakkushaiguste probleemikomisjoni liige, aastail olnud I. I. Metšnikovi nimelise Arstide Seltsi sekretär. Juubilar on hea töö eest pärvinud palju aukirju ning tervishoiu eesrindlase rinnamärgi. A. Tetsov on kuulunud NLKP ridadesse 1961. aastast alates.

Uusi ravimeid

KORTOMÜTSETIIN

(*Cortomycetinum*, кортомицетин)

Kollaka varjundiga valget värvi salvi, mille koostisse kuuluvad 0,5 % hüdrokortisoonatsetaati ja 0,2 % levomütsetiini vaseliin-lanoliinsalvi alusel.

Sõltuvalt koostisainetest on salvil põletiku- ja kihelusvastane, antimikroobne ning antiallergiline toime.

Kortomütsetiin on näidustatud kasutamiseks nakkuslike, põletikuliste ja allergiliste nahahaiguste raviks (ekseemid, neurodermiit, püodermiad jm.). Salvi määratakse haiguskolletele õhukese kihina 2...3 korda päevas. Ravi kestus on 7...10 päeva, raskematel juhtudel kuni 30 päeva.

Kõrvaltoimena võivad esineda haiguse ägenemine, individuaalne tundlikkus ravimi suhtes. Kui tekivad hüpereemia, kihelus, valulikkus manustamiskohal, tuleb ravimi manustamine katkestada.

Vastunäidustusteks salvi kasutamisel on nahatuberkuloos, naha seen- ja viirushaigused, haavad ning haavandid.

Kortomütsetiini tuub, milles on 15,0 g salvi, maksab 1 rbl. 52 kop. Uus kodumaine ravim.

OKSODOLIIN

(*Oxodolinum*, *Chlortalidone*, *Hygroton*, оксодолин)

Oksodoliin on keemiliselt oksosulfamoilkloorfenüüloksüisindoliin. Mõõdukalt natriureetiline pika toimeajaga diureetiline ravimpreparaat. Oksodoliini molekul sisaldab sulfoonamiidrühma nagu diklotiasiidki (hüpotiasiid).

Ravim blokeerib naatriumioonide reabsorptsiooni distaalsete neerukanalikeste proksimaalosas, osaliselt ka proksimaalkanalites. Eripära seisneb tema suhtelisel pikaajalises diureetilises toimes, millest on tingitud ka ravimi aeglane eritumine neerude kaudu.

Toime algab 4...6 tundi pärast ravimi sissevõtmist ja kestab harilikult üle ühe ööpäeva, mõnikord isegi kolm ööpäeva. Näidustatud on oksodoliin nagu hüpotiasiidki salureetilise ja anti-hüpertensiivse toimega ravimina. Sissevõetuna imendub kiiresti maost, 25 % eritub uriini ja 75 % roojaga.

Mõjus vahend kroonilise vereringepuudulikkuse IIA ja IIB staadiumi puhul.

Oksodoliin on kombineeritav südameglükosiidide ja diureetilise toimega ravimitega (verospiroon, furosemiid).

Oksodoliini kasutatakse hüpertooniatõve ja sümptomaatilise hüpertensiooni korral, millega kaasneb vereringepuudulikkus. Manustatakse ka koos hüpotensiivse toimega ravimitega (reserpiin, apressiin, klofeliin, isobariin, dopegüüt).

Oksodoliinitablette võetakse enne hommikueinet. Annus on individuaalne, sõltudes näidustusest, haiguse raskusest, ravitoimest. Ühekordne ravimiannus diureetikuna kõigub 25 mg ja 100 mg vahel.

Tursete kiire vähendamise eesmärgil võib ühekordset annust suurendada 200 mg-ni või kombineerida kiire toimega diureetilise ravimitega, näiteks furosemiidiga (hommikul 0,06...0,08 g furosemiidi, 6...8 tunni järel 50...100 mg oksodoliini).

Toimeefekti saabumise järel antakse oksodoliini 2...3-päevaste vaheaegadega 50...100 mg. Arteriaalse hüpertensiooni korral võib niisugune manustamisviis kesta mitu kuud.

Hüpertooniatõve ja sümptomaatilise hüpertensiooni korral määratakse haigele 25...100 mg oksodoliini üks kord päevas, sageli koos reserpiiniga (50 mg oksodoliini ja 0,25 mg reserpiini), ka apressiini või β -adrenoblokaatoritega.

Ravi kestus sõltub toimeefektist ja ravimi talutavusest.

Oksodoliinravi toimugu arsti kontrolli all. Otstarbekas on samal ajal manustada kaaliumipreparaate.

Kõrvaltoimena võib pikaajalise ravi korral areneda hüpokalieemia, millega kaasnevad nõrkus, peapööritus, peavalu, iiveldus või muutused elektrokardiogrammis.

Hüpokalieemia ennetamiseks peab haige toit olema kaaliumirikas, sisaldades kartuleid, tomateid, kuivatatud puuvilja.

Oksodoliini kaliureetiline toimeefekt on küll hüpotiasiidi toimeefektist nõrgem, kuid nõuab samuti kaaliumipreparaatidega korrigeerimist. Hüpokalieemia tekkimisel vähendatakse oksodoliini annuseid ja antakse haigele asparkaami ning kaaliumkloriidi.

Kõrvaltoimena võivad tekkida düspepsia, vere suhkruisalduse tõus suhkruhaigetel, podagra kliiniliste tunnustega hüperurikeemia.

Ravi ajal jälgitagu pidevalt uriini üldkogust, vere elektrolüütide koostist ning arteriaalset rõhku.

Vastunäidustusteks oksodoliini kasutamisel on hüpokalieemia, rasked nefroosid ja nefriidid, äge neerupuudulikkus koos anuuriaga, maksa-kooma, äge hepatiit, rasked podagra ja suhkurtõve vormid.

50 tabletti á 50 mg oksodoliini maksab 2 rbl. 27 kop. Ravim kuulub B-nimekirja. Säilitatakse kuivas jahedas kohas, valguse eest kaitstult.

Uus kodumaine ravim.

Aino Jürison

In memoriam

Kaljo Rägo
26. XI 1921 ... 15. III 1985



15. märtsil 1985 varises manalasse Tartu Kliinilise Haigla funktsionaaldiagnostika osakonna kardioloog Kaljo Rägo.

Kaljo Rägo sündis 26. novembril 1921. aastal Tartu ülikooli õppejõu perekonnas. Lõpetas Tartu 1. Keskkooli ja 1949. a. TRÜ arstiteaduskonna.

Juba üliõpilasena alustas tööd Tartu Vabariiklikus III Sisehaiguste Kliinikus laborandina, hiljem jätkus töö ordinaatorina. Aastail 1949... 1952 oli K. Rägo Eksperimentaalse ja Kliinilise Medit-

siini Instituudi aspirant sisehaiguste erialal, ajavahemikul 1952... 1955 Tartu Vabariikliku Struumadispanseri laboratooriumi- ja osakonnajuhataja, 1955... 1967 TRÜ arstiteaduskonna neuroloogia ja neurokirurgia ning sisehaiguste propedeutika kateedri assistent, 1967... 1971 Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kardioloogiaosakonna juhataja.

Seoses tervise halvenemisega asus K. Rägo 1973. a. tööle Tartu Kliinilise Haigla funktsionaaldiagnostika osakonnas arstina.

K. Rägo oli laia silmaringiga, oma eriala tunnustatud spetsialist. Suure entusiastina tegi ta väga palju südame- ja veresoonte haiguste diagnoosimise edasiarendamiseks meie vabariigis. Esimesena Eesti NSV-s võttis ta kasutusele mehhanokardiograafilised uurimismetodid, konstrueeris ja täiustas 15 südame ja vereringe talitluse uurimise aparati, millest osa on saanud ka üleliidulise tunnustuse osaliseks. Trükkis on avaldatud ligi 30 teadusartiklit.

K. Rägo oli Eesti Kardioloogide Seltsi asutajaliige ning aastaid kuulus ta seltsi juhatusse. 1961. aastast oli K. Rägo NLKP liige. Aktiivse erialase ja ühiskondliku tegevuse eest oli teda autasustatud tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ja paljude aukirjadega.

Mälestus Kaljo Rägost kui kõrgesti erudeeritud, silmapaistvast spetsialistist ja entusiastlikust inimesest jääb kolleegide ja sõprade südamesse kauaks püsima.

Tartu Kliiniline Haigla

Kriitika ja bibliograafia

UDK 613.2(049.3)

Raamat leivast ja inimese toitumisest*

V. Jõepera peab toitumise arengu peamiseks näitajaks loomsete valkude osatähtsuse suurenemist ratsioonis. Autor kirjutab lk. 70: «Toitumise evolutsiooni nüüdisaegne intensiivne periood annab organismile järjest rohkem valkainevahetust intensiivistavaid asendamatuid aminohappeid ja on aastatuhandete jooksul suhteliselt muutumatu eksisteerinud inimese uueks inimeseks evolutsioneerumise tegur». (Peatükk «*Homo sapiens novus?*», lk. 62... 70). Toitumise evolutsiooni käigus põhjustab loomsete valkude osatähtsuse suurenemine V. Jõepera arvates elu intensiivistumist, aktiivse töövõimelise eluperioodi pikenemist, tervise tugevdamist ja elu üldist pikenemist. Selle kõigega kaasneb laste kiirem kasvamine, täiskasvanute kehamõõtmete ja vastavalt inimese kehaliste võimete suurenemine (lk. 62... 63). Seetõttu kujuneb vajadus ratsioonides loomsete valkude osa pidevalt suurendada (lk. 92). Meditsiini seisukohalt (autori arvamus lk. 61) on valguainevahetuse intensiivistumine universaalseim profülaktika

* Voldemar Jõepera. Leib meie laual. Inimese toitumise arengust. Tallinn. Kirjastus «Eesti Raamat». 1983, 104 lk. Kunstiliselt kujundanud Ott Herodes. Retsenseerinud Jüri Kann.

ja ravi vahend. Autor avastab teraviljamaksimumi ja olulise suhte jäävuse seaduse ning tühjade kalorite otsustava tähtsuse selle suhte säilitamisel ja energiadefitsiidi kompenseerimisel. Ta püüab edasi arendada inimese evolutsiooni teooriat ja lahendada või kummutada mitmeid meditsiiniprobleeme. Seejuures «... ühiskonnas 100—150 aasta jooksul toimuv toitumise evolutsioon peab üksiku inimese juures sageli aset leidma 10... 25 aastaga» (lk. 64).

Veenev tõestusmaterjal eespool toodud hüpoteeside kohta puudub. Toitumisprobleemide käsitlus, taandades kõike loomse valgu osale, on ühekülgne ja lihtsustatud. Toitumisteadus peab nüüdisaja toitumise teoreetiliseks aluseks kõigi toidukomponentide tasakaalustatud ratsioonides. Füsioloogilised toidunormid ei näe ette loomse valgu osa üha jätkuvat suurenemist. NSV Liidu 1968. aasta toidunormides oli loomse valgu osa valgu koguhulgast 50... 60%, 1982. aasta toidunormides, mis on kehtestatud kuni 2000. aastani, on normiks keskmiselt 55%. Pole ka teaduslikult põhjendatud andmeid loomse valgu osa tõstmise ratsionaalsuse kohta, vaid hoopis vastupidi — valguliig toidus on terve seisukohalt ohtlik, soodustades ateroskleroosi, podagra jt. haiguste arengut, mitmete aminohapete (metioniini, türosiini, histidiini jt.) liig aga mõjub toksiliselt.

Autor arvab: «... toitumise arenemisel hoitakse inimorganismis valkainevahetuse ja energiavahetuse suhe automaatselt enam-vähem püsival, teraviljasaadustes esineva valkude ja toiduenergia suhtega lähedasel tasemel» (lk. 29). «... see suhe on muutunud organismi enda füsioloogiliseks vajaduseks» (lk. 29). Teraviljasaadustes ja toidus esinevat valkude ja toiduenergia suhet inimene meie arvates ei tunnetata ega saa seda automaatselt reguleerida. Autor kannab majandusstatistikast tulenevad tarbimisandmed ekslikult üle füsioloogilisteks vajadusteks ja käsitleb neid kui normi. Nii võiks autori arvates kehatäidluse suurenemine suuren-

dada ka tegelikku energiavajadust (lk. 88) ja toidunormid tuleks kehtestada tegeliku kehakaalu kohta, arvestades rahvastiku tulukurühmade tegelikku diferentseeritud loomsete valkude osa ratsioonides (lk. 101). Lihtsustatult tähendaks see seda, et paksudele tulekski soovitada süüa üha rohkem.

Lk. 32: «... aedvilja tarbimise stabiilne tase saavutatakse enam-vähem ühel ajal teraviljamaksimumiga...». Arvutused on näidanud, et sobivate aedviljade tarbitav kogus peaks loomsete valkude osa suurenemisel 50%-ni kasvama, 240 kg-lt umbes 1000... 1200 kg-ni aastas (lk. 37). Eestis esines teraviljamaksimum möödunud sajandi lõpul ja käesoleva algul. Konkreetsete uurimistööde järgi suurenes loomse valgu osa ajavahemikul 1962... 1982 meie ratsioonides 49... 62% valgu koguhulgast. Kõõgivilja tarbiti neil aastail statistiliste andmete järgi 70... 83 kg, puuvilja 30... 60 kg ja kartulit 194... 120 kg aastas inimese kohta (tarbimine on pidevalt vähenenud). Kui autor mõtleb aedvilja all ka kartulit, ei tõuse nende produktide tarbimine praegu üle 300 kg inimese kohta aastas. Seega autori teoreetilist arvutust ei kinnita praktika. Praktika aga on tõe kriteerium.

Lk. 34: «Niisiis tuleb üldistavalt tunnistada, et majanduslikult arenenud maades paraneb toitumise arenemisel inimorganismi varustatus mineraalainete ja vitamiinidega. Ja seda vaatamata sellele, et loomsete valkude osa suurenemisel lülitatakse keskmisse ratsiooni üha suurenev kogus «tühje kaloreid»». Eesti NSV maa- ja linnaelanike toidu ja ainevahetuse uurimine aastail 1962... 1982 näitas, et põhiliselt rafinaadiderikka ratsiooni tõttu esines kevaditi 75... 90 %-l ja sügiseti 10... 30 %-l C-vitamiini-vaegust, aastaringselt 30... 45 %-l B₁-, 30... 55 %-l B₂-, 15... 25 %-l B₆- ja 20... 40 %-l PP-vitamiini-vaegust. Ka magneesiumi, raua, kaltsiumi või mõnede mikroelementidega varustatus ei olnud sageli küllaldane. Seejuures oli vitamiini- ja mineraalainete vaeguse peamine põhjus

just rafineeritud toiduainete liigtarbimine, mis viimasel ajal on katnud kuni 50 % maa- ja linnaelanike toidu kalorsusest. Autor asetab paljukirutud tühjad kalorid ühele pulgale selliste otsustava tähtsusega edusammudega nagu tule kasutuselevõtmine ja loomade kodustamine (lk. 70). Nii kiidab autor seda, mida tuleb hinnata negatiivselt.

V. Jõepera käsitleb olulisi tervishoiuprobleeme (peatükk «Neli haigushüpooteesi», lk. 71... 80) ning jõuab nelja haiguse — podagra, tuberkuloosi, ateroskleroosi ja vähktõve — analüüsimisel omapoolsete seisukohtadeni. Autor lõpetab peatüki: «Niipalju neljast haigushüpooteesist, milledest kaks (podagra ja tuberkuloosi kohta) said siinkohal püstitatud, kolmas (ateroskleroosi kohta) mingil määral kummutatud, neljas (vähktõve kohta) aga jäetud asjaolude sunnil püstitamata» (lk. 80).

Et brošüür on kirjutatud eesti keeles, peaks see kaasa aitama kohalike toitumisprobleemide lahendamisele. Oluliseks probleemiks on Eesti NSV-s suhkrur, rasva ja rafinaadide liigtarbimine ning vitamiinide, mineraal- ja ballastainete vähesus ratsioonides. Nendes küsimustes ei suuna brošüür lugejat õigesti. Brošüüris esinevate vigade tõttu ei saa nõus olla lk. 2 märgituga, et autori järeldused ja ettepanekud on seotud NSV Liidu toitlusprogrammist tulenevate ülesannete täitmisega.

Bioloogiadoktor Einar Vagane

Veel kord pilk tagasi 1984. aasta «Nõukogude Eesti Tervishoiule»

Ajakirja väliskujundus, mis on juba aastaid ühesugune olnud, jätab hea mulje. Formaati on paras, sobides köidetuna kenasti raamaturiilile. Köita oleks aga soovitatav, sest siis jääks järele kapitaalne dokument, mis peegeldab meie vabariigi tervishoiu arengut. See väljaanne peaks olema iga arsti raamatukogus, kellel on perspektiivitunnet ja kes on huvitatud oma kohast meditsiinis. Mida rohkem selliseid tervishoiutöötajaid, seda parem.

Ajakiri «Nõukogude Eesti Tervishoid» pole tarbetrükis, mis pärast lugemist ära visatakse. Trükiarv 5500 eksemplari, tänavu 5800. Sellest peaks piisama, kuigi üksiknumber pärast ilmumist kaob müügilt kiiresti ja vähemalt Tartus ei ole neid kioskites seismas näinud. Ostuga hilinedes võib ilma jääda. Hoolas mees aga tellib ette. Numbri maht on 80 lehekülge ja mitte üks rida rohkem. Ilmub 6 numbrit aastas, kokku 480 lehekülge. Siia Prokrustese sängi tuleb paigutada kogu vabariigi meditsiin või vähemalt kvintessents sellest. Üldiselt on see toimetusel ka korda läinud. Resultaadiks on universaalse sisuga teaduslik-praktiline ajakiri, nagu seda näeme paljude piirkondlike arstide assotsiatsioonide esindavate nädala- või kuukirjade kujul. Püüdes saavutada laialdasemat lugejaskonda, pakkuda kõikidele tervishoiutöötajatele midagi huvitavat, on «Nõukogude Eesti Tervishoid» järjest laiendanud oma alateemade ringi. 1984. aastal on jõutud juba 26 rubriigini, millest kaalukam osa kannab pealkirja «Teooria ja praktika». See ongi osa, mille alusel võib ajakirja arvata teaduslikuks. Kokku võis sellise suunitlusega artikleid kogu möödunud aasta kohta lugeda 48, seejuures üsna hajutatud temaatikaga, rinnavähiga alustades ja südame ishemiatõve riskiteguritega lõpetades. Vahepeale mahub kõik muu,

millega meie meedikud tegelevad: bakterioloogia, ortopeedia, günekoloogia, patoanatoomia, kirurgia oma alaharudega, stomatoloogia, oftalmoloogia, pediatria jt. Kui omada veidike fantaasiat ja kujutleda loetelu ettekannetena teaduslikul koosolekul, siis tekib õnnis tunne, et jälle oleme vanal heal arstide seltsi koosolekul, kus kõik räägivad kõigest ja kõik kuulavad kõike. Kaasa rääkida võis igauks. Nüüd enam ei saa, sest arsti universaalsus on kadunud, kuulub minevikku. Aeg on edasi läinud. Selles mõttes on ajakiri «Nõukogude Eesti Tervishoid» igati asjalik. Ajakiri ühendab meie arstkonda, erialaseid süvateadmisi saadakse aga ka erialastest meditsiiniajakirjadest.

Meie vabariigi arstide publikatsioonidest langeb «Nõukogude Eesti Tervishoiule» üsna tagasihoidlik osa. Juba ainuüksi TRÜ arstiteaduskonna keskmine teadusproduktioon aastas on 500 üksust, lisaks veel ÜMPI teadlaste vähemalt 150 üksust. Järelikult on otsitud ka muid avaldamisvõimalusi ja ilmselt on neid ka leitud. Analüüsides individuaalselt meie vabariigi nimekate teadlaste publitseerimisaktiivsust, selgub, et neilt ilmub 4...10 teadusartiklit aastas, mõnel aastal rohkem, mõnel vähem. See teadusinformatsioon ilmub põhiliselt väljaspool meie vabariigi piire, üleliidulistes väljaannetes, ka välismaa ajakirjades. See on ka täiesti loomulik ja nii peabki olema, kuid meie oma ajakiri on mõnes mõttes jäetud vaeslapse ossa, kuna nimekate autorite kaalukad tööd saadetakse mujale. Sellest siis osalt juhuslikkus temaatikas ja kvaliteedis. Mõnevõrra leevendavad olukorda temaatilised numbrid. Näiteks ajakirja 2. numbris ilmub kümme kardioloogiaartiklit. Kuid samas teeb temaatilises informatsiooni avaldamise aeglasemaks. «Nõukogude Eesti Tervishoiu» seniseks vooruseks on olnud publitseerimise kiirus ja noorteadlaste, väitekirja koostajate tööde vastuvõtmine. See ei tähenda kaugeltki seda, et oleks avaldatud nõrku, uudsuse- ja informatsioonivaeseid kirjutisi. Kõigest sellest järeldub, et «Nõukogude Eesti

Tervishoiu» olemasolu teadusajakirjana on õigustatud.

Nagu teada, on ajakirjal väga kõrge kvalifikatsiooniga ja autoriteetne toimetuskolleegium. Oleks tervitatav, kui iga ajakirjanumber algaks suunava ja kokkuvõtliku artikliga. See oleks nagu juhtmõte, kõige aktuaalsema esiletõstmine. Ilmselt aga on üks selle rakendamist segavaid põhjusi alaline ruumi- puudus ajakirjas.

Võib kindel olla, et nüüdisaja informatsioonitulvast ja ajapuudusest tingituna võivad mingi ajakirja kaanest kaaneni läbilugemist enesele lubada ainult üksikud erudiidid oma kutsetöö huvides. Tavaline meedik lehitseb ka ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» läbi ja haarab tugevamini ainult sellest, mis teda huvitab. Seda arvestades ongi toimetus püüdnud pakkuda võimalikult mitmekesisemat materjali — iga tervishoiutöötaja leiab siit enesele midagi. Ajakiri on isegi reklaamile mõelnud — ravimid, teaduskirjandus. *A propos.* Miks ei võiks kroonika rubriigis olla ära toodud ka kaadri liikumine ravi- ja teadusasutustes. TRÜ arstiteaduskonna kohta on küll üht-teist leida. Näeksin hea meelega ka seda, et iga teadusartikkel algaks lühikese resümeeaga paksus šriftis. Loed selle läbi ja informatsioon on ühe minutiga käes. Igas suuremas välisraamatukogus on Nõukogude Liidu kliinilise meditsiini esindajad — ajakirjad «Терапевтический архив» ja «Клиническая медицина» — lugemissaali riiulil olemas. Kahjuks aga pole ma «Nõukogude Eesti Tervishoidu» leidnud. Otsinud olen küll, huvi pärast. On üllatav, et ajakirja «Клиническая медицина» tiraaž on meie ajakirja omast ainult 6 korda suurem. Ei, ma ei eksinud. Arvasin siiski enamat. Seda fakti silmas pidades on «Nõukogude Eesti Tervishoid» tubli olnud. Kas on siin tegemist maarjamaalase lugemiskirega — ärkamisajast pärineva sügava lugupidamisega kirjasõlga vastu — või ajakirja sisukusega. Julgen arvata, et nii ühe kui ka teisega.

Kahtlemata huvitab toimetust lugeja arvamus, et mida teha veelgi paremini.

Teadustööde publitseerimine jäägu nii nagu on. Aastate jooksul on välja kujunenud kindlad nõuded ja neid tuleks järgida: uudsus, sisukus, selgus, konkreetsus, informatiivsus. Arvestades lugejate enamikku, on eelistatavamad praktilise suunitlusega tööd, kuigi ka seda suunda päriselt fetišeerida ei tohi.

Tuleme tagasi valusa probleemi juurde. Meie ajakiri on oma kuuest välja kasvanud. Ta vajab eluruumi. Nähtavasti peavad olema väga kaalukad põhjused ja põhjendused, mis ei luba «Nõukogude Eesti Tervishoidu» muuta kuukirjaks. Vaja on iga tervishoiutöötaja pidevat ideoloogilist ja erialast enesetäiendust, on vaja teadussaavutuste kiiremat ellurakendamist, on vaja eesrindlike kogemuste ja töömeetodite intensiivsemat tutvustamist, üldse meie meditsiiniteaduse intensiivsemaks arenguks oleks vaja kuukirja. Kõigegeks selleks tuleb astuda samme, eriti siis, kui seisame sellise tähtsa ja vastutusrikka ülesande täitmise künnisel nagu seda on kogu rahvastiku dispanseerimine. Ainuüksi tervishoiuministri julgustavast ülesastumisest selleks ei piisa. Kuid taotleda ilmunissageduse suurendamist tuleb ja seda järjekindlalt, sest ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» selja taga on kogu meie vabariigi meditsiiniüldsus.

«Nõukogude Eesti Tervishoiu» profiili ja eesmärki arvestades on tähtis koht ülevaateartiklitel. Artiklite teadusliku väärtuse ja sisutiheduse osas ei ole autoritele midagi ette heita, küll vast seda, et teemad on enamasti valitud liiga kitsad, liiga spetsiifilised. Huvi-pakkuvamaks oli vast R. Birkenfeldti ja C. Villmanni ülevaade «Meteolabiilsus ja meteotroopsed haigused». Usun, et kõik, kes 4. numbri kätte võtsid, selle ülevaate ka läbi lugesid. Samuti peaksid tegevarstile huvi pakkuma uemad andmed ravimite teratogeense ja embrüotoksilise toime kohta. Probleem on eriti aktuaalne. Mõnused ja hästi loetavad on K. Kutsari filosoofilised kirjutised. Ootame lisa.

Kasuistika on meditsiinis alati huvi

pakkunud. Tegelikult ongi raviarsti igapäevane tegevus üksikute haigusjuhtude jada. Kasuistika on pipar kliinilisele meditsiinile. Eri- ja erandlike haigusjuhtude vahendusel saab arst vabaneda mõtterutiinist. Igal juhul hästi valitud ja hästi nähtud haigusjuhud.

Kui eelmistel aastatel agaralt asjalikke mõtteid vahetati, siis möödunud aasta jäi selles osas tagasihoidlikuks. Mainitud tõsiasi häirib ilmselt toimetustki. Palutakse mõtteid, kui mitte alati geniaalseid, siis vähemalt uusi ja asjalikke.

«Nõukogude Eesti Tervishoid» on tähelepanu pööranud ka meditsiiniajaloole. Vaatamata TRÜ ja tema arstiteaduskonna auväärse juubeli möödumisele, jätkub tihe ja sisukas sellealane publikatsioonide seeria. Loomulikult olid aukohal meenutused prof. Albert Valdesest, meie vanema ja keskmise põlvkonna arstide õpetajast. Prof. A. Valdes on muutunud legendiks. Ilma möödunudule toetumata ei ole edasiminekut.

Võib-olla on üle paisutatud konverentside ja nõupidamiste osa, kuid ei saa ka väita, et see informatsioon vajalik ei oleks. Kahtlemata on, võiks aga rohkem selekteerida ja kärpida.

«Nõukogude Eesti Tervishoid» ei tohiks lugejaid jätta ka ilma keeleliste nõuanneteta, rubriik «Quaestiones linguae Estonicae in medicina» peaks tingimata jätkuma. Keel elab ja areneb, rikastub ka meditsiiniterminoloogia. Ja katsi siis õigesti ütelda ja kirjutada, kui oled 40...50 aastat tagasi küpsus-eksami õiendanud.

Kokkuvõtteks ütlesin järgmist. Meie kutseajakiri «Nõukogude Eesti Tervishoid» on hea ja sisukas, erandiks ei ole ka vaadeldav aastakäik tervikuna. Ajakirja toimetuse suur aitäh! Muidugi saab teha veelgi paremini, aga selleks on vaja kõikide meie vabariigi tervishoiutöötajate osavõttu ja kaastööd.

*TRÜ arstiteaduskonna sisehaiguste
propedeutika kateedri juhataja
professor Jaan Riiu*

Tervishoiuministeriumis

21. veebruaril toimunud kolleegiumi istungit juhatas tervishoiuminister V. Rätsep.

Peaepidemioloog J. Märtin andis ülevaate gripi ja teiste ägedate respiratoorsete viirusnakkuste profülaktikast 1984. aastal. 1984. aastal oli gripihaigestumus eelnenud aastate näitajatest suurem, see seostus sellega, et 1983. a. sügiskuu haigestumuse tõus langes tegelikult 1984. a. I kvartalis. Haigestumise etioloogilises struktuuris prevaleerisid paragripp ja adenoviiruse nakkus. Möödunud aasta sügisel toimus meie vabariigis küllalt ulatuslik gripivastane vaksineerimine. Haigestumisjuhud sagesid alles 1984. a. veebruaril algul. Seoses sellega võttis kolleegium vastu otsuse, mis näeb ette hulgaliselt abinõusid gripipuhangu likvideerimiseks ja 1985. a. massilise vaksineerimise tõustamiseks.

Tervishoiuministeriumi kaadriosakonna juhataja A. Sivenkov esitas ettekande arstide vajadusest ja 1985. a. TRÜ arstiteaduskonna lõpetajate suunamisest vabariigi meditsiinasutustesse. Arstidega kindlustatus on viimaste aastatega järjest paranenud, erilist rõhku on pandud maarajoonide raviasutustele ja kiirabile. Suurim on vajadus jaoskonnaterapeutide, kiirabi arstide ja neuroloogide järele; Tallinnas, Paides ja Pärnus püsib väga suur vajadus pediaatrite ja stomatoloogide järele. Samas aga tuleb planeerida ka noorte teadlaste juurdekasvu. Raskusi on ülikooliajal abiellunud ja Tartus elavatele pediaatritele töökoha leidmisega. Meil Eestis on liiga palju arste, kes töötavad kohakaasluse alusel. Kaadriküsimuses võtsid sõna ka professorid P. Bogovski, H. Väre ja V. Rätsep, samuti P. Mardna ja P. Laane. A. Sivenkov rääkis tööst tervishoiusüsteemi juhtiva kaadriga. Praegu on meie vabariigis 124 juhtivat tervishoiutöötajat. Ideelis-poliitiline töö nendega on pidevalt olnud ministeriumi tähelepanu keskpunktis. Väga olulised on tervishoiujuhi isiklikud omadused, kõlblikkus juhtimiseks, kompetentsus, vastutustunne alluvate ees. Ta peab olema nii kasvataja, õpetaja kui ka hea organisator ja autoriteet. Olulisel kohal on ka töö tulevase potentsiaalse juhtiva kaadriga. Sõna võtsid V. Rätsep ja L. Jakobson. Kolleegiumi otsuses märgitakse, et tööd juhtiva kaadriga tuleb tõhustada, suuremat tähelepanu pöörata poliitilisele ettevalmistusele, regulaarselt tuleb kontrollida tervishoiujuhtide tegevust ja kasvatada tulevase juhte. Kinnitati vastavasisuline ürituste plaan.

Päevakorras oli ka meie vabariigi 1986. a. ravimitelemise kinnitamine, samuti ülevaade ravimitelemise varumise plaanide täitmisest ja ülesannetest 1985. aastaks, mille kohta esitas ettekanded Apteekide Peavalitsuse juhataja asetäitja E. Sassi. 1984. aasta ravimitelemise varumise plaan täideti 103,9%-liselt, kahjuks on veel asutusi, kellel jäi plaan täitmata. Võeti vastu otsus, milles nähakse ette abinõud 1985. a. ravimitelemise varumise plaanide täitmise kohta nii sortimendi osas kui ka koguseliselt.

Kollegiumi istungist võtsid osa ka EKP Keskkomitee tervishoiusektori juhataja L. Jakobson ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee esinaine T. Hendrikson.

28. veebruaril toimunud kollegiumi istungit juhatas minister V. Rätsep. Ministri abi R. Siimann analüüsis kodanike avaldusi, ettepanekuid, kaebusi ning isiklike pöördumisi tervishoiu-ministeeriumisse 1984. aastal. Saabunud on 653 kirja, mis on vähem kui 1983. a. Erilist tähelepanu nõuavad korduvad kirjad. Kahjuks mitte alati ei pöördu inimene selle asutuse või organisatsiooni poole, kelle kompetentsi küsimus kuulub, vaid saadab kirja kohe kõrgemal-seisvale instantsile. On vaja parandada elanike informeeritust arstiabi saamise tingimuste, võimaluste ja nõuete kohta kohapeal. Konfliktisituatsioonid peaks lahendada seal, kus nad tekkinud on. Kaebused moodustasid kirjadest 37 % ja nende põhjusteks olid põhiliselt rahulolematuse ravi, meditsiinitöötajate käitumise või tervishoiuasutuste töökorraldusega. Haige surmaga seotud kirju saabus 20, kõik need kaebused lahendasid spetsiaalselt loodud komisjonid. Kirjades taotletakse ka eriarstiabi saamist, samuti defitsiitide ravimeid. Neid kirju oleks võimalik ennetada, sest peaks ju iga arst teadma eriarstide konsultatsioonile suunamise korda, samuti olema informeeritud apteekides saadaolevatest ravimiteest. Kõige rohkem on kirju saabunud Narvast, Tallinnast ja Kohtla-Järvelt.

Ministri esimene asetäitja O. Tamm rõhutas kirjade õige analüüsimise suurt tähtsust. Teatud juhtudel on vaja isegi kirja kirjutaja välja kutsuda, et temaga vestelda ja küsimus lõplikult lahendada. Karmimalt tuleb käituda arstidega, kes kutse-eesitaja nõuete vastu on eksinud, ainult noomitusest siin ei piisa. Ministeeriumi poole on tihti pöördutud ka suuliste kaebustega, ka selle üle tuleb arvestust pidada.

Tervishoiuminister V. Rätsep rõhutas, et kui inimene pöördub ministeeriumisse konsultatsiooni või ravimi saamiseks, on see normaalne nähtus. Kahjuks aga on saanenud nende juhtude arv, kus kaebuste esitamisel on ministeeriumist mööda mindud. Inimeste avaldustesse, ettepanekutesse ja kaebustesse tuleb suhtuda erilise hoole ja tähelepanuga.

Tervishoiu-ministeeriumi Tehnika-Ekspluatatsioonivalitsuse juhataja I. Intso andis ülevaate kütuse ja energiaressursside ratsionaalsest kasutamisest 1984. aastal ning 1985. aasta kokkuhoiu-ülesannetest tervishoiuasutustes. Mõõdunud aastal ülekulu ei olnud, energia kokkuhoiu plaanid täi-

deti. Arutati ka meditsiiniseadmete ja -aparatuuri 1986. a. tellimusi. Et sel aastal avatakse viis uut tervishoiuasutust, saavad teised tervishoiuasutused tehnikaseadmeid vähem. Asutuste juhid peaksid tellimused edaspidi esitama läbimõeldult ning põhjalikuma analüüsi järel. Kahjuks ei kasutata olemasolevat aparatuuri täies ulatuses. Kollegiumi kinnitas tellimuste summad 1986. aastaks.

Helle Brus

1985. a. 14. märtsi kollegiumi koosolekut juhatas tervishoiuminister V. Rätsep. Kuulati peaspetsialistide E. Palo ja M.-A. Riikjärve informatsiooni emade ja laste suremuse kohta 1984. a. Surma põhjuste struktuuris esimesel eluaastal on esikohal perinataalse perioodi haigused, teisel kaasa-sündinud anomaaliad, kolmandal kohal hingamis-elundite haigused. Teisel eluaastal on esikohal õnnetusjuhtumid, järgnevad hingamis-elundite haigused ning anomaaliad ja närvisüsteimihaigused.

Sõnavõtjad rõhutasid loote seisundi antenataalse diagnoosimise vajadust (M. Sergo, P. Bogovski, E. Tomberg). Enam tähelepanu tuleb pöörata enneaegsuse põhjuste väljaselgitamisele ja ravile ning täpsele anamneesile, ka uute ravimeetodite rakendamisele raseduse ja sünnituse juhtimisel ning vastsündinute intensiivravile (P. Bogovski, L. Viidebaum). Kroonilisi haigusi põdevate noorte naiste ravimisel ning nende nõustamisel perekonna planeerimises peaksid osalema kõik eriarstid (L. Viidebaum, E. Tomberg).

Arutelust tegi kokkuvõtte minister V. Rätsep, kes rõhutas, et emade- ja lastekaitse ei ole üksnes meditsiini-, vaid ka ühiskondlik probleem. Minister andis ülevaate ka NSV Liidu Tervishoiu-ministeeriumis asetleidnud nõupidamisest, kus vaatluse all oli samuti laste suremus.

Samal koosolekul rääkis Vabariikliku Sanitaaria ja Epidemioloogiajaama bakterioloogialaboratooriumi juhataja U. Jõks sanitaar-bakterioloogilistest uuringutest ravi- ja profülaktikaasutuste sanitaar- ja epidemioloogilise režiimi kontrollimisel. Kollegiumi otsuses on formuleeritud nõuded, mida asjaosalised peavad oma töös edaspidi silmas pidama.

Veel kuulati tervishoiu-ministeeriumi plaani- ja rahandusvalitsuse juhataja I. Lumina ettekannet Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi 1984. a. finantsmajandusliku tegevuse kohta, pikemalt analüüsi voodifondi kasutamist.

21. märtsil 1985. a. arutati kollegiumi koosolekul viit küsimust.

Ettekande ajutise töövoimetuse ekspertiisi alasest tööst Tallinnas esitas Tallinna Vabariikliku Haigla peaarsti asetäitja L. Maurer, kes oli võrrelnud meie vabariigi 1984. a. ajutise töövoimetuse näitajaid Läti NSV vastavate näitajatega. Ajutine töövoimetuse on meie vabariigis 6,2 % suurem. See näitaja on väiksem üksnes tuberkuloosist tingitud töövoimetuse puhul, eriti suur aga haigete hool-duse korral. Eestis on ajutine töövoimetuse kõige suurem Tallinnas. Ilmneb väga suur erinevus rajoonide, linnade ning polikliinikute ja erialade lõikes. Aruandja ning sõnavõtjad pidasid selle põhju-

seks erinevat suhtumist töövõimetuse ekspertiis-
sisse. Põhilised vead on haigete ATEK-isse suuna-
mise hilinemine (V. Rätsep, V. Jänes, N. Elšteini) ja
ravi kvaliteet. Suurem peab olema tervishoiuosa-
konna, tervishoiuministeeriumi, haiglate ning
polikliinikute osakonnajuhatajate osa ajutise
töövõimetuse ekspertiisis.

Samal päeval arutati endokrinoloogilist abi. Ära
kuulanud peaspetsialistide I. Kalitsa ja N. Elšteini
ettekanded ning sõnavõtt (R. Kotkas, E. Palo,
R. Tuppts jt.), leiti, et endokrinoloogilise abi kva-
liteediga Eestis võib rahule jääda. Tartu Vaba-
riiklik Struamadispanser on meie vabariigi en-
dokrinoloogiakeskus, ka TRÜ õppebaas. Tallinnas
on dispanserne osakond, üheksas rajoonis tööta-
vad endokrinoloogiakabinetid ning Tallinnas ja
Tartus ka lasteendokrinoloogiakabinet. Kasutusele
on võetud mitmeid uusi diagnoosi- ja ravimee-
todeid. Kahjuks on Tartu Vabariiklik Struamadis-
panser jäänud kitsaks ning silmas pidades töö
mahtu Tallinnas, tuleb avada seal dispanser. Voo-
difond on väike, ei ole ka piisavalt endokrinolooge.
Enam tuleb tegelda latentse ning varajase suh-
kurtõve avastamisega, dispanserimisega. Kollee-
giumi otsuses on toodud juhised edaspidiseks.

Samal koosolekul kuulati «Eesti Meditsiiniteh-
nika» autopargi direktori A. Nõu ettekannet liik-
lusohutusalasest tööst 1984. a. Süstemaatilisel
on vaja kontrollida autojuhtide tervislikku seisundit
ning väga rangelt jälgida garaazimiseeskirjadest
kinnipidamist.

Kinnitati autode 1985. a. jaotuskava, samuti
ka tervishoiutöötajate vabariikliku rahvaspordi-
ja VTK-komisjoni uus koosseis ning põhimäärus.

Kollegiumi koosolekut juhatas tervishoiu-
minister V. Rätsep, koosolekul viibis EKP Keskkomi-
tee sektori juhataja L. Jakobson.

28. märtsil toimus kollegiumi koosolekul,
mida juhatas tervishoiuministri esimene asetäit-
ja O. Tamm, arutati koos Tervishoiutöötajate
Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presi-
idiumiga tervishoiutöötajate ajutist töövõimetust
1984. aastal ning tervishoiutöötajate tervise kait-
set. Ettekand esitas presiidiumi liige R. Malviste.
Ajutise töövõimetuse põhjustest on esikohal luu-
ja lihasesüsteemi haigused, järgnevad aegedad res-
piratoorsed nakkused, olmetraumad ning gripp.
Haigestumise struktuuris on tunduvalt suurenenud
gripi, olmetraumade, tööteetraumade ning
psüühiliste häirete osatähtsus.

Ajutise töövõimetusega haigestumus on suhte-
liselt madal Tallinna Kiirabihaiglas, «Eesti Medi-
tsiinitehnika» autopargis, Tartu Kliinilises Haig-
las, kõrge aga Tallinna Vabariiklikus Psühhoneu-
roloogiahaiglas, Nõmme, Pelgulinna ning Tõnis-
mäe haiglas. Tallinna Vabariikliku Psühhoneu-
roloogiahaigla töötajatele antav arstiabi on killus-
tatud ning vajab reorganiseerimist, haigestumise
põhjust on uuritud pealiskaudselt, Tõnismäe
Haigla töötajatel on raske pääseda stationsaarsele
ravile. Ajutist töövõimetust soodustavaiks tegu-
reiks peeti pensioniealiste arvukust, samuti suurt
tööpinget komplekteerimata ametikohtade tõttu,
töötamist kutsekaasluu alusel ning kohati raskeid
tööttingimusi. Nõudlikum tuleb olla töövõime-
tuse ekspertiisi osas.

Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vaba-
riikliku Komitee esimees T. Hendrikson toonitas,
et ajutise töövõimetuse ekspertiis on olnud üks-
nes arvuline, mitte aga põhjusi esile toov. On
kahju, et tervishoiutöötajad ei kasuta alati
dieettoitlustamise ning sanatoorse ravi võimalu-
si. Valitsusjuhataja V. Jänese arvamus oli, et
rohkem meedikuid tuleks gripi vastu vaktsinee-
rida.

Teiseks kuulati vabariikliku alluvusega eelar-
veliste tervishoiuasutuste ja isemajandavate
ettevõtete 1984. a. finantsmajandusliku tegevuse
ning raamatupidamisarvestuse aruandeid. 1984. a.
põhilised plaaniülesanded on täidetud. Muret
teeb varustamise ebarütmilisus ning kaupade väl-
javedu (J. Raiend). Apteekide Peavalitsus on saanud
ravimeid ebarütmiliselt, mis ühelt poolt tingib
häireid ravimitega varustamises ning teiselt
poolt põhjustab ülenormatiivse laoiseisu (V. Nisu).
Plaani- ja rahandusvalitsuse juhataja I. Lumina
juhtis tähelepanu koosseisude ja palgafondi
aruannete täpsema vormistamise vajadusele. Lu-
bamatu on ülenormatiivsed laoiseisud.

Kollegiumi koosolekul kuulati veel ministeer-
iumi peajuriskonsuldi A.-R. Väljataga ettekannet
õigusalasest töö ja õiguskorra kohta tervishoiu-
süsteemis.

Maie Keerma

28. jaanuaril 1985 toimus Eesti NSV Tervis-
hoiuministeeriumi teadusliku meditsiin nõukogu
presiidiumi büroo koosolek prof. P. Bogovski
juhatusel. Päevakorras oli hügieenialane teadus-
lik uurimistö. Arutelusel olid ka mullused uurimused,
mis olid tehtud koostöös välisriikidega. Hügieeni
probleemikomisjoni esimees prof. R. Silla mainis,
et puhthügieenilise uurimistööga tegelevad viis
uurimisasutust. Uurimistööd on kokku 11. Temaatika
hõlmab väliskeskonna sanitaar-hügieenilise hinnangu,
keskkonnategurite mõju inimese organismile ning
normeerimise.

Hügieeniga piirnevate uurimisteamadega tege-
leb 10 uurimisasutust. Kokku on uurimistööd 14.
Nende temaatika hõlmab väliskeskonna saastatuse,
selle kontrolli ja uurimismeetodid ning prognoosimise,
samuti mõju elusloodusele.

Mõlemas uurimisasutuste rühmas on uurimistööd
hügieeni ja hügieeniga piirnevatelt aladelt 25
teamal, mida meie vabariigi kohta on palju.
Kahjuks puudub nende tööde koordineerimine
nii uurimise kui ka tulemuste kasutuselevõtmise
osas. Tervishoiuministeeriumi teadusliku meditsi-
iin nõukogu hügieeni probleemikomisjon on seda
tööd puudulikult koordineerinud.

Meditsiin nõukogu presiidiumi büroo otsuses
fikseeriti tegevusplaan. Hügieeni probleemiko-
misjoni esimese prof. R. Silla peab esitama
ettepanekud probleemikomisjoni uue koosseisu
kohta. Teaduslikel uurimisasutustel, kus üldse
tehakse hügieenialaseid uurimisi, on vaja silmas
pidada järgmist: jätkata meie vabariigi elanike
hügieenialaseid uurimisi, põllumajandushügieeni
alal tegelda keemiliste ainete leviku, müra, vib-
ratsiooni uurimisega, samuti on vaja uurida kala-
laevastiku töötajate tööhügieeni, tegelda joogivee

sanitaar-bakterioloogilise kontrolliga meie vabariigis.

Eesti NSV Tervishoiuministeriumi teadusastute teadusalasest koostööst välisriikidega informeeris meditsiinkandidaat A. Tetsov. 1984. a. arenes edukalt uurimistöö Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudil Soomega kutse-nahahaiguste ja geneetilise toksikoloogia alal, Saksa DV-ga vähiregistri korralduse ja nitrosoamiinide alal. Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi teadureil on koostöö Soome teadlastega. Meditsiininõukogu presiidiumi büroo võttis informatsiooni teadmiseks.

Prof. P. Bogovski teatas kardioloogia probleemikomisjoni esimehe prof. J. Riivi avaldusest reorganiseerida kardioloogia probleemikomisjon, sest mitmed liikmed on lahkunud ja on asutatud juba kardioloogiainstituut. Nõukogu presiidiumi büroo tegi peakardioloog B. Libermanile ja prof. J. Riivile ettepaneku esitada kardioloogia probleemikomisjoni uue koosseisu kandidaadid.

Allakirjutanu informeeris, et on saanud NSV Liidu Tervishoiuministeriumi korraldus, mis kohustab Eesti NSV Tervishoiuministeriumi kontrollima A. Seppo nim. Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise Laboratooriumi ja Kliiniku ning Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi tööd. Kontrollimise tulemusi arutatakse Eesti NSV Tervishoiuministeriumi kolleegiumi koosolekul.

14. veebruaril 1985 toimus Eesti NSV Tervishoiuministeriumi teadusliku meditsiininõukogu presiidiumi koosolek, mida juhatas prof. P. Bogovski. Päevakorras olid teaduslike uurimistööde ja meditsiininõukogu 1984. a. töö aruande ning teadussaavutuste ellurakendamise 1984. a. aruande kinnitamine ja muud küsimused.

1984. a. pidas nõukogu büroo viisi, presiidium neli koosolekut. Üks pleenum toimus koos TRÜ arstiteaduskonna ja Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi nõukoguga. Teadusliku meditsiininõukogu 1984. a. tööplaan on täidetud. Edu on saavutatud teadlaskaadri ettevalmistamisel. Kaitsti kaks doktori- ja 13 kandidaadidissertatsiooni. Perspektiivplaanis on lõpetada 26 doktori- ja 97 kandidaaditööd. Aruandeaastal lõpetati 13 plaanilist uurimust, neist 8 kuulub Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudile (EKMI). Leiutustunnistusi saadi 4, taotlusi esitati 4 ja tehti 70 ratsionaliseerimisetepanekut, neist 25 kuulub ÜMPI-le. Anti välja 8 monograafiat, 31 õppevahendit ja 4 konverentsi materjalid. Ilmus 1052 teaduslikku artiklit, neist kuulub TRÜ arstiteaduskonnale 563, ÜMPI-le 206, EKMI-le 169, Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudile 95, kardioloogiainstituudile 13 ja A. Seppo nim. Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise Laboratooriumile ja Kliinikule 6. Avaldati 107 populaarteaduslikku artiklit.

Arstiteaduslike uurimisasutuste ja TRÜ arstiteaduskonna aruannete järgi on lõpetatud uurimistööde tulemusena kasutusel kokku 92 ettepanekut, nendest profülaktika alal 31, diagnoosimise

alal 31, ravi 23 ja uute organisatsiooniliste vormide ning eesrindlike kogemuste alal 7. Kasutuselevõetud ettepanekute arvust langeb EKMI-le 28 ja TRÜ ÜMPI-le ning arstiteaduskonnale 38. Üleliiduliselt on rakendatud 31 ettepanekut. Suureks puuduseks on see, et paljudes ravi- ja profülaktikaasutustes ei olnud 1984. aastaks koostatud teadussaavutuste ega eesrindlike kogemuste juurutamise plaani. Eesti NSV Tervishoiuministeriumi vastavad valitsused ja peaspetsialistid ning vabariiklike asutuste organisatsioonimeetodika osakonnad ja peaarstid on teadussaavutuste kasutuselevõtmisega silmselt veel vähe tegelema.

Viimasena kuulati Tallinna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhataja R. Kotkase informatsiooni koostööst TRÜ, TPI ja Küberneetika Instituudi teaduritega mitmete meditsiiniaparatuuride (reograaf «MRG 84», kiiretoimeline O₂-analüsaator, veloergomeetrid «Hara 9» ja «Hara 10», elektterraviks mõeldud impulssvooluallikas «Med 2», pneumotahhograaf hingatava õhuvoolu kiiruse ja mahu mõõtmiseks, seade 35 unipolaarse EKG rinnalülituse automaatanalüüsiks) kasutamise meetodika väljatöötamise alal.

Teadusliku meditsiininõukogu presiidium otsustas järgmist: 1) kiita heaks Tallinna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna algatusel toimuv koostöö TRÜ, TPI ja Küberneetika Instituudiga; 2) paluda Tallinna RSN Täitevkomiteelt abi meditsiiniaparatuuri katsetootmise alustamiseks.

Andrei Sarap

Tartu Riiklikus Ülikoolis

Arstiteaduskonna nõukogu ning Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi (ÜMPI) nõukogu ühisel koosolekul 15. jaanuaril 1985 olid põhiliselt päevakorraküsimusteks 1984. aasta teadustöö aruanded, esitajad teadusprodekaan prof. E. Sepp ja ÜMPI teadusdirektor bioloogiadoktor A.-V. Mikelsaar.

Aruandeaastal saavutati teadustöö alal mitmeid märkimisväärseid tulemusi. Kõik plaaniülesanded täideti tähtajaliselt, paranes ÜMPI ja arstiteaduskonna materiaal-tehniline baas, eriti varustatus import- ja kodumaise aparatuuri ning materjaliga tähtsamate teadusprogrammide täitmiseks. Tähtsamate teadustulemustena leidsid Eesti NSV Teaduste Akadeemia aastakoosolekul äramärkimist tööd infarkti kirurgilise ravi, hormonaalse regulatsiooni ja tsütogeneetika alal, neuroleptikumide antipsühhootilise ja kõrvaltoimete molekulaarsete mehhanismide, paroodoni ja hambakõvakudede haiguste patogeneesi uurimise ning südame isheemiatõve ja hüpertooniatõve taastusravi alal.

Aruandeaastal oli täitmisel 33 teemat 9 teadus-suunas, ÜMPI-l vastavalt 23 ja 7. ÜMPI-s lõpetati üks teema ja kaks üleliidulise sihtprogrammi 0.69.07 ülesannet, teaduskonnas programmi 0.69.08 ja 0.40.43 kaks ülesannet. Eesti NSV rahvamajanduse arendamise plaani kuulus teaduskon-

nal 9 ja ÜMPI-l kõik 23 teemat. Teiste tähtsamate üleliiduliste teadus- ja tehnikaprogrammide all täitis ÜMPI 10 ja teaduskond kolm teemat. Neli teaduskonna teemat olid täitmisel NSV Liidu Riikliku Teadus- ja Tehnikakomitee ülesannetena, 15 teema alal töötati NSV Liidu Teaduste Akadeemia ja Meditsiiniakadeemia kompleksprogrammi «Fundamentaalteadused meditsiinile» täitmiseks, VMN-i maade kompleksprogrammide all uuritakse kahte teemat ja kõrgkoolidevaheliste programmide all ühte teemat.

1984. aastal ilmus teaduskonnal 600 (23 välismaal, 91 üleliiduliselt) ja ÜMPI-l 213 tööd (1983. aastal vastavalt 505 ja 176). Ilmus neli monograafiat ja 30 õppevahendit. Võeti osa mitmete üleliiduliste ja vabariiklike konverentside, samuti ühe rahvusvahelise konverentsi korraldamisest. Ühisüritusena sai arstiteaduskonna päeval teoks konverents «Meditsiiniuuringud praktikale».

Lepingulisi töid tehti teaduskonnas 29 ja ÜMPI-s 11 (1983. aastal vastavalt 28 ja 4).

Aruandeaastal finantseeris NSV Liidu Riiklik Teadus- ja Tehnikakomitee ÜMPI-t täiendavalt 9000 rublaga (3 lisakohta).

Esitati kaks autoritunnistuse taotlust, saadi kaks positiivset vastust ja 10 autoritunnistust. Belgias anti välja patent ÜMPI aatomimudelite kohta. Aatomimudeleid on eksponeeritud rahvusvahelistel näitustel Moskvas ja ka välismaal, kus nende eest saadi audiplomid.

Teaduskonnas kaitsti neli kandidaadi- ja üks doktoriväitekirja (R. Talvik), kinnitus saadi neljale kandidaadi- ja ühele doktoriväitekirjale; ÜMPI-s kaitsti kolm kandidaadväitekirja ja saadi kinnitus neljale.

Teaduskonnas ja ÜMPI-s juurutati kokku 67 uut uurimis- ja ravimeetodit, tehti 49 ratsionaliseerimisetepanekut.

Aruandeaastal töötas teaduskonnas 26 ÜTU ringi 643 üliõpilasega. Üliõpilaste juhendamise tegeles 210 õppejõudu ja teadurit. ÜMPI baasil töötas 1984. aastal 150 üliõpilast, valmis 7 diplom- ja 13 kursusetööd ning 29 võistlustööd. Teaduskond esitas 143 võistlustööd. Septembris korraldas arstiteaduskond järjekordse Balti liiduvabariikide ja Valgevene meditsiiniüliõpilaste teaduskonverentsi. Teadustöö tulemustelt ja publikatsioonide kaalult ning arvult aktiivsemad kateedrid olid neuroloogia ja neurokirurgia, patoanatomia, mikrobioloogia, farmakoloogia, hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni, psühhiaatria ja teaduskonnasisehaiguste kateeder. Aktiivsusest jäid teadustöös neile alla hospitaalkirurgia ja patofüsioloogia kateeder. Olulisemate puudustena toodi esile järgmist.

Teadustööd takistavad ruumipuudus ja mitme kateedri ruumide amortiseeritus. Suuresti takistab teadustööd ka kateedrite ja ÜMPI vivariumi halb olukord, katseloomade hooldus ei vasta nõuetele. Paljudes allastustes on aparatuuri minimaalselt (näiteks optikaseadmeid, automaatanalüsaatoreid jne.), samuti teadlaskaadri järelkasv on tunduvalt aeglasem, kui plaanis ette nähtud. See ei vasta teaduskonna vajadustele mitmel erialal.

Katseloomade baasi parandamiseks võttis ÜMPI nõukogu vastu eriotuse.

Arstide, stomatoloogide ja farmatseutide täiendamise ja spetsialiseerimise teaduskonna dekaan prof. H. Tikko esitas 1984. aasta töö aruande. Kokku viibis täiendusel 479 kursanti, korraldati 45 tsükli. Täiendusteaduskonna töökorraldus täiustus seoses uue teraapiakateedri avamisega.

Neuroloogia ja neurokirurgia kateedri assistendi kohale valiti konkursi korras meditsiinkandidaat R. Anton.

Arstiteaduskonna nõukogu ja parteiorganisatsiooni ühisel koosolekul 19. veebruaril olid põhitsemaks sügissemestri ning talvise eksamissessiooni tulemused. Aruande esitas prodekaan prof. L. Pokk.

1984/1985. õppeaastal jätkus üleminek uutele õppeplaanidele, uue õppeplani järgi töötasid I, II, III ja IV kursused. 1984/1985. õppeaasta talvisel sessioonil oli arstiteaduskonna õppeedukus 93,6%, 0,4% võrra parem kui 1983/1984. õppeaasta talvisel sessioonil. Ülikooli teaduskondade hulgas on see ajalooteaduskonna järel edukuselt teine koht. Arstiteaduskonnas oli talvisel sessioonil kõige edukam stomatoloogiaosakond (95,5%), järgnesid spordimeditsiinosakond (95,4%), farmaatsiaosakond (95,0%) ja raviosakond (94,3%). Kõige madalamaks jäi õppeedukus pediatraiaosakonnas (86,5%). Absoluutne õppeedukus oli farmaatsia I, spordimeditsiini II ja III, stomatoloogia III ja pediatria IV kursusel. Õppeedukus oli madal pediatria I (57,2%), ravi II (81,7%) ja farmaatsia II kursusel (87,9%), mis oli osaliselt tingitud halbadest tulemustest keemiaeksamitel.

1984/1985. õppeaasta sügissemestri jooksul eksmatrikuleeriti teaduskonnast 46 üliõpilast, neist 35 edasijõudmatusse tõttu, mis on märgatavalt rohkem kui 1983/1984. õppeaasta sügissemestril ja mis tuleneb teaduskonna juhtkonna rangemast tööstiilist. Koosolek märkis ka, et vene õppekeelega raviosakonna rühma I kursusele (rühmas 25) astuvad endiselt põhiliselt tulnukad teistest liiduvabariikidest, kes hiljem Eesti NSV-st peatselt lahkuvad. Meie vabariigi vene õppekeelega keskkoolide lõpetajate laialdasemat vastuvõttu kõigile ülikoolis õpetatavatele erialadele takistab nende äärmiselt halb eesti keele oskus.

Nendest asjaoludest lähtudes arstiteaduskonna parteiorganisatsiooni ja nõukogu ühine koosolek otsustas: kinnitada aruanne ja lugeda arstiteaduskonna õppe- ja kasvatustöö tulemused 1984/1985. õppeaasta sügissemestril rahuldavaks; kohustada kateedrijuhatajaid 25. veebruariks 1985. a. analüüsima eksamite tulemusi ja koostama tegevusplaan, et vähendada üliõpilaste väljalangevust edasijõudmatusse tõttu; pöörduda TRÜ rektoraadi kaudu Eesti NSV Haridusministeeriumi poole palvega parandada eesti keele õpetamist meie vabariigi vene õppekeelega keskkoolides, mis võimaldaks lõpetajail õppida kõigil arstiteaduskonnas õpetatavatel erialadel.

Samal koosolekul esitas pediaatria kateedri töö aruande kateedri juhataja dotsent L. Tamm. Pediaatriaosakonna üliõpilaste arv on viimase 7 aasta jooksul kahekordistunud, paranenud on spetsialiseerumine ja ka lastearstide teadmiste täiendamine. Kateeder on õppevahendite kirjasutamise alal üks teaduskonna paremaid. Nõukogu soovitas dotsent L. Tamme valida pediaatria kateedri juhataja kohale ka järgmiseks tööperioodiks.

Histoloogia kateedri dotsendi kt. P. Roosaar esitas *venia legendi* loengu teemal «Suukoe regeneratsioon», mis sai nõukogu poolt kiitva hinnangu.

19. veebruaril 1985 pidas arstiteaduskonna õppelaagris TRÜ Kääriku spordibaasis lõpukursuste üliõpilastele loengu Eesti NSV tervishoiu-minister V. Rätsep. Ta käsitles tulevaste noorte spetsialistide ülesandeid meie vabariigi tervishoiusüsteemis ning meditsiini arengusuundi Eesti NSV-s.

5. märtsil kohtus TRÜ aulas arstiteaduskonna üliõpilaste ja õppejõududega ülikooli rektor prof. A. Koop. Oma sõnavõtus käsitles ta ülikooli struktuuri, selle dünaamikat, ülikooli ehitusprobleeme, ühtlasi andis ta ülevaate oma tööst NSV Liidu Ülemnõukogu saadikuna.

Arstiteaduskonna nõukogu koosolekul 19. märtsil 1985 arutati Tartu Ühendpolikliiniku tehnilist projekti ja ehitise asendiplaani. Ettekande esitas Tartu Linna RSN TK Tervishoiuosakonna juhataja M. Sikk. Polikliiniku esimese järgu maksumuseks on planeeritud kuni kolm miljonit rubla, ehitatakse see Riia, L. Puusepa ja Lembitu tänava vahelisele vabale territooriumile (närvikliiniku vastu). Polikliinikusse on planeeritud praegu haiglates toimuv konsultatiivne vastuvõtt, samuti enamiku teraapia- ja kirurgiaerialade spetsialistide vastuvõtt. Polikliinikus on naistenõuandla ja ortopeedilise stomatoloogia osakond. Et polikliinik on ka arstiteaduskonna õppebaas, on sinna projekteeritud kaks auditooriumi ning mitu väiksemat õpperuumi. Hoone valmimisel jääb endiselt tööle Kesklinna Polikliinik. Polikliiniku teine järk ehitatakse tulevikus Ülejõe ja Anne uude elamurajooni, kus elab 40 % tartlastest. Nõukogu kinnitas üksmeelselt nii polikliiniku esimese järgu asendiplaani ülikooli meditsiinilinnaks kui ka tehnilise projekti põhi-seisukohad. Ehitamine on planeeritud XII viis-aastakusse.

Veel arutati õppemetoodiliste komplektide koostamist õppeainetes. Tehtud rääkis metoodikakomisjoni esimees prof. L. Nurmand. Need komplektid, mis haaravad õppeaine programmi, aja- jaotuskavasid, õppevahendeid, metoodilisi materjale, eksamiküsimustikke, on NSV Liidu Kõrg- ja Keskerihariduse Ministeriumi käskkirja põhjal vaja koostada kõigi õppeainete ja ka teaduskonnas õpetatavate erialade kohta. Pooltel kateedritel on need koostatud, ülejäänuid kohustati seda tegema õppeaasta lõpuks.

Dekaan prof. A.-E. Kaasik analüüsis arstiteaduskonna õppejõudude kliinilist tööd. Juhtiv konsultatiivne abi baasraviasutustes on kateedrite professorite ja dotsentide osas ühtlustunud. Assistentid täidavad kliinilise töö ülesandeid hästi. Ebahütlust on täheldatud üksikute õppejõudude konkreetse ravitöö mahus, eriti kirurgilise aktiivsuse osas. Dekaan soovitas kirurgia kateedrite juhatajatel ja professoritel senisest enam õpetada nooremaid kolleege ja nõuda neilt ning võimaldada neile suuremat iseseisvat kirurgilist aktiivsust.

Arutati ka antropoloogia õpetamist arstiteaduskonnas. Soovitusi selles osas jagas sünnitusabi ja günekoloogia kateedri dotsent H. Kaarma. Otsustati leida antropoloogia õpetamiseks võimalusi bioloogia, anatoomia, sünnitusabi ja günekoloogia ning teiste kateedrite juures.

Ülikooli nõukogu valis oma koosolekul 29. märtsil 1985 dotsent L. Tamme pediaatria kateedri juhatajaks ka järgmiseks tööperioodiks.

Arstiteaduskonna poliitpäeval 20. märtsil pidas ajalooteaduskonna dotsent V. Trummal loengu, milles tutvustas uusi leiumaterjale Tartu varajasema ajaloo kohta.

24. märtsil esines arstiteaduskonnas Eesti NSV Ministrite Nõukogu Juhtiva Kaadri Kvalifikatsiooni Tõstmise Instituudi professor M. Habakuk, kes rääkis kateedrite ülesandeist.

Aprillis kinnitati nii arstiteaduskonna kui ka Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi teadustöö plaanid XII viis-aastakuks. Enamik arstiteaduskonna uurimisprobleeme kuulub üleliidulistesse sihtprogrammidesse.

Lembit Allikmets

Punase Risti Seltsis

22. veebruaril 1985 arutati Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee istungil 1984. aasta sotsialistliku võistluse tulemusi ning selgitati välja võistluse võitjad kõikides rühmades.

Punase Risti Seltsi linna- ja rajoonikomiteedest sai esikoha Tartu linnakomitee (esimees M. Sikk, aseesimees A. Kilter), II koha Rakvere rajoonikomitee (T. Randlane, M. Puusepp) ning III koha Viljandi (R. Kariis, V. Arak) ja Tartu rajoonikomitee (J. Vares, S. Ellervee).

I koha pälvis Rakvere rajooni koolitöönookogu (esimees A. Kirotoek), II koha Jõgeva (A. Ehala) ja Viljandi rajooni (M. Mäepalu) ning III koha Tartu (E. Sööt) ja Paide rajooni koolitöönookogu (D. Pärt). Otsustati ära märkida ka Tartu linna (N. Stefanovskaja), Rapla rajooni (A. Kadakas) ja Kohtla-Järve linna koolitöönookogu (L. Kotškina) head tööd.

Kõrgkoolide Punase Risti Seltsi algorganiseerimiseks tuli esikohale TRÜ (esimees S. Russak), II kohale EPA (M. Rei) ja III kohale TPI algorganisatsioon (E. Simson).

Sotsialistliku võistluse tulemuste põhjal tunnistati 1984. aasta parimaks, I koha vääriliseks

Harju rajooni Kuusalu jaoskonnakomitee (esimees E. Krasmus), II kohale tuli Rakvere rajooni Vinni jaoskonnakomitee (M. Laidvee) ning III kohale Tartu Rajooni Ulila jaoskonnakomitee (A. Padar). Märgiti ära paljude jaoskonnakomiteede head tööd: Viljandi rajooni Kõpu (esimees M. Pöder), Valga rajooni Tsigulinna (M. Reimund), Kohtla-Järve rajooni Kiviõli (R. Kaaret), Pärnu rajooni Vändra (N. Toht), Rapla rajooni Märjamaa (I. Leht), Paide rajooni Türi (L. Kirss), Põlva rajooni Vööpsu (E. Jefimova), Kingissepa rajooni Lümända (M. Paju), Jõgeva rajooni Palamuse (M. Einberg) ja Võru rajooni Antsla jaoskonnakomitee (H. Tuusov).

Ursel Vagur

Tervishoiutöötajate Ametiühingus

29. jaanuaril 1985 toimunud Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumil oli arutusel Paide ja Rakvere rajooni keskhaiglate ning Tallinna ravi- ja profülaktikasaduste teaduslik töökorraldus, samuti eesrindlike töövõtete rakendamine. Presiidium kiitis heaks teadusliku töökorralduse enamikus raviasutustes, kus on järgitud tervishoiuministeeriumi juhendeid juba 1979. aastast. Vaid mõnes haiglas ei arutata regulaarselt töökorraldust ega eesrindlike töövõtete rakendamist, mida aga on tarvis teha haigla nõukogus. Tootmiskoondis «Eesti Meditsiinitehnika» peaks enam abistama töökorralduse probleemide lahendamisel. Presiidiumi otsuses fikseeriti ametiühingukomiteede ning rajooni- ja linnakomiteede tegevussuunad, otsuses on ka rõhutatud, et tootmiskoondis «Eesti Meditsiinitehnika» peab ravi- ja profülaktikasadustusi varustama väikevahenditega vastavalt Eesti Meditsiiniõdede Seltsi poolt koostatud nimekirjale.

26. veebruaril arutati presiidiumi koosolekul kollektiivlepingute täitmist 1984. aastal ja uute sõlmimist 1985. aastal tootmiskoondise «Eesti Meditsiinitehnika» allasutustes, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis ning Tallinna Keemia- ja Farmaatsiatehases. Analüüsi ka 1984. aastal Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariiklikusse Komiteesse saanud kaebusi, ettepanekuid, avaldusi. Suurem osa neist puudutas elamistingimuste parandamist, korralist puhkust ja töötasu. Analüüs näitas, et esineb seaduserikkumisi, et ametiühinguorganisatsioonide töö on puudulik.

2. aprilli koosolekul kuulas presiidiumi kontrolli tulemusi riikliku sotsiaalhooldusvahendite arvestamisel ja kasutamisel Haapsalu Rajooni Keskhaiglas ning tuusikute arvestamisel ja väljandmisel Tervishoiutöötajate Ametiühingu Haapsalu Rajoonikomitees. Mõningaid puudusi oli töövõimetuslehtede vormistamisel, tööaja arvesta-

misel raamatupidamises, ka pensioniteatiste arvelevõtmisel ning tuusikute arvestamisel ja väljandmisel. Otsuses nõuti puuduste likvideerimist aprillikuu jooksul.

Lia Vahar

Eesti NSV Meditsiiniõdede Seltsi aruande- ja valimiskonverents toimus 23. novembril 1984 Tallinna Kiirabihaiglas.

Seltsi tegevuse 1982...1984. a. aruande esitas seltsi esinaine M. Jürgenson, finantsaruande laekur A. Lind ning revisjonikomisjoni aruande komisjoni esinaine A. Kuud.

Eesti NSV Meditsiiniõdede Seltsi uus keskjuhatuse valiti 17-liikmeline: E. Gabriel, M. Gustavson, M. Jürgenson, A. Kull, K. Kurvits, P. Käärid, A. Lind, V. Maris, A. Metsmäe, H. Peebo, S. Peterson, M. Pikkmaa, E. Puusepp, M. Radik, V. Rappoport, T. Rimmel ja H. Viitas. Seltsi esinaiseks on Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla ülemõde M. Jürgenson, aseesinained on A. Peebo ja M. Radik, K. Kurvits on sekretär ning A. Lind laekur.

Põhja-Eesti Meditsiiniõdede Seltsi juhatusse kuulub 19 liiget ja seltsi tööd juhivad Tallinna Tõnismäe Haigla ülemõde M. Radik, Lõuna-Eesti Meditsiiniõdede Seltsi juhatusse 24 liiget ja seltsi tööd juhivad Tartu Kliinilise Haigla ülemõde A. Peebo.

Konverentsil oli kavas kaks ettekannet. V. Jänes rääkis tervishoiuasutuste töökorralduse päeva-probleemidest ning I. Tergem pühhosomaatilistest haigustest.

Konverentsil viibisid ka Eesti NSV Ministrite Nõukogu esimehe asetäitja I. Toome, tervishoiu-ministri asetäitja O. Tamm, Ravi- ja Profülaktilise Abi Valitsuse juhataja V. Jänes, Eesti NSV Kõrg- ja Keskerihariduse Ministeeriumi keskeriõppeasutuste inspektor H. Peekman ning Tallinna Kiirabihaigla pearst R. Toots.

Maimu Jürgenson

Vabariiklik sanitaararstiabiade kutsevõistlus toimus 17. ja 18. detsembril 1984 Vabariiklikus Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamas. Esindatud oli 14 sanitaar- ja epidemioloogiajaama 21 osavõtjaga. Tuli vastata teooriaküsimustele ja täita praktilisi ülesandeid. Teoorias olid edukamad E. Laul (Tartu rajoon) ja L. Lakman (Viljandi rajoon) ning G. Belanova (Kohtla-Järve linn), kellele järgnesid võrdselt T. Tamm (Võru rajoon) ja T. Belko (Kohtla-Järve linn). Praktikas olid paremad E. Laul, M. Laane (Harju rajoon), T. Tamm ja V. Malõševa (Narva).

Üldvõitjaks tunnistati E. Laul. Teine koht anti L. Lakmanile ja kolmas T. Tammele. Neile järgnesid V. Malõševa, T. Belko ja M. Laane. Võitja E. Laul töötab toitumishügieeni valdkonnas, tal on sel alal 10-aastane staaž. Ka L. Lakmani tööstaaz erialal on 10 aastat, tema töötab kommunaalhügieeni alal, T. Tamm aga tööhügieeni alal, töötanud kolm aastat.

Paul Krooni

Eesti NSV teadlaste publikatsioonid välismaal

Allikmets, L., Žarkovski, A., Žarkovskaja, T. In vivo and in vitro ^3H -spiperone binding in mice striatum and limbic system after chronic treatment with various neuroleptics. — JUPHAR VIII Congress. Abstracts, London, 1984.

Allikmets, L., Vasar, E., Maimets, M. Evidence for involvement of serotonin₂ receptors in the development of defensive aggressiveness. — Aggressive Behaviour, 1984, 4. Abstracts of Sixth ISRA Biennial Meeting, Turku, July 12-15, 1984.

Boston, L. Значение тиамин и транскеталазы в обмене углеводов при гипоксии. — В сб.: Сборник тезисов съезда педиатров-пульмонологов социалистических стран. Будапешт, 1984.

Imelik, O. The Changes in the Concentration and Total Amount of the Electrolytes in the Blood Serum on Various Muscular Exercises. — Biochemistry of Exercise. International Series on Sports Sciences, vol. 13. Human Kinetics Publishers, Inc. Champaign, Illinois, 1983, p. 550-556.

Imelik, O. Effect of prolonged exercise on reticulocyte count. — Sportnomedicinske objave. Sport-medical Journal. Ljubljana, 1984, XXI, 1-4, p. 2-8.

Karu, E. Stellungnahme zu H.-J. Mittmeyer, K. Läger und S. Henzler in Blutalkohol, 1982, 19, 264-268. — Blutalkohol (Hamburg; BRD), 1983, 20, S. 519-520.

Luts, A. The results of aural overload test for the determination of individual sensibility to intensive noise; twenty years later. — XII World Congress of Oto-Rhino-Laryngology. June 21-27 1981. Budapest. Abstracts. Hungary, 1981, p. 100-101.

Luts, A. High-frequency and ultrasound audiometry for early detection of hearing loss in subjects exposed to noise. — XVI International Congress of Audiology. 23-27 May 1982 Helsinki. Abstracts. Finland, 1982, p. 56.

Luts, A. Frequency of occurrence, etiology of hearing impairment and possibility of rehabilitation of hard hearing among population in some districts of Estonian SSR. XVII International Congress of Audiology. University of California Santa Barbara. August 26-30 1984. Abstracts. Incorporating the Annual Meeting of the American Auditory Society, 1984, p. 22.

Noormaa, U., Tikk, A., Kross, E., Rüpp, H. Prognostic aspects of neuro-intensive care children. — Abstracts of the 8th World Congress of Anaesthesiologists. Vol. II. Manila, Philippines, 1984, p. 125.

Noormaa, U., Tikk, A., Kross, E. Covert disseminated intravascular coagulation in critical brain damage. — Abstracts of the 8th World Congress of Anaesthesiologists. Vol. II. Manila, Philippines, 1984, p. 139.

Pokk, L. Isolated metastatic brain tumours. — Abstracts of Vth International Symposium «Treatment of metastasis: Problems and Prospects». London, 1984, p. 42.

Законченные исследования ученых Эстонской ССР

Диагностика и эпидемиология нейровирусных инфекций, а также изучение экологии арбовирусов в Эстонской ССР (отчет). Научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и гигиены МЗ ЭССР. Василенко В. А., Сарп В. Р., Сарв И. Р., Старкова Л. Л. Таллин, 1983. 74 с.

Экология, ландшафт, природный очаг вируса клещевого энцефалита, численность, вирусофорность клещей, арбовирусы, переносимые комарами, грызуны, иммунная структура, заболеваемость, энтеровирусные инфекции, энтеровирусы, вакцинация против полиомиелита, серозный менингит, ротавирусы, антитела к ротавирусам, небактериальные гастроэнтериты, иммуноферментативный метод.

Вирусологическое исследование клещей-переносчиков, органов лесных грызунов и птиц позволило установить границы природных очагов трех арбовирусов на территории Хаапсалу и Валгаского районов, а также выявить экологические связи между вирусом клещевого энцефалита и клещами-переносчиками вируса, лесными грызунами, поддерживающими образование локальных очагов, и птицами. Получены экспериментальные доказательства наличия очагов вируса Инкоо на северном и юго-западном побережье республики и вируса Синдбис на западном побережье и в Юго-Восточной Эстонии.

На территории этих районов подтверждается наличие корреляции между заболеваемостью энцефалитом и вирусофорностью клещей в соответствующей ландшафтной зоне.

Осенью 1983 г. имело место повышение заболеваемости серозными менингитами. Выделенные от этих больных вирусы не являются этиологическим фактором для всех случаев заболеваний. Отмечалось понижение процента выделения энтеровирусов как от больных, так и из проб воды Таллинского залива и других водоемов, по-видимому, из-за массовой вакцинации против полиомиелита, проведенной в 1983 г. Спектры энтеровирусов, выделяемых от больных и из проб рекреационных вод, совпадали. Помимо вирусов ЕСНО и Коксаки, были выделены аденовирусы.

При изучении распространения ротавирусных инфекций был разработан доступный вариант постановки иммуноферментативного теста для выявления ротавирусных антигенов в фекалиях больных острым небактериальным гастроэнтеритом.

Этиология и эпидемиология острых кишечных инфекций в Эстонской ССР (отчет). Научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и гигиены МЗ ЭССР. Суда-

кова А. И., Наумов В. А., Уманский С. Ш., Тетсов А. А., Пеэто Р. О., Шляпникова Л. Н., Петер И. В., Золотухина И. Я., Кленская М. А. Таллин, 1983 г. 125 с.

Острые кишечные инфекции (ОКИ), шигеллезы, эшерихиозы, сальмонеллезы, биологические свойства, информационный центр, хроническое бактерионосительство, гуморальный иммунитет, серологическая диагностика, иммуноглобулины, титр антител.

Целью работы являлось изучение этиологической структуры и некоторых эпидемиологических особенностей ОКИ в Эстонской ССР за 1978—1982 гг. в сопоставлении с рядом предыдущих лет.

Выявлен ряд закономерностей эпидемического процесса при разных этиологических формах ОКИ. Установлена тенденция к снижению заболеваемости ОКИ в республике и изменение этиологической структуры на разных этапах эпидемического процесса.

Изучена распространенность *E. coli* 01 и 0112. Установлены способность энтеропатогенных эшерихий 01 вызывать групповые заболевания в детских коллективах и высокий уровень носительства у взрослых среди беременных женщин и психических больных.

Основным резервуаром сальмонеллезной инфекции в республике являются куры и сельскохозяйственные животные, а ведущим путем ее распространения — пищевой.

Дифференцированное определение антител различной иммунохимической природы способствует установлению характера иммуногенеза при тифо-паратифозных заболеваниях и может быть использовано при снятии переболевших с диспансерного учета, выявлении бактерионосительства и ретроспективной диагностике брюшного тифа и паратифа В.

На территории республики выделена биологическая разновидность эшерихий 01, оказывающая сильное цитопатическое действие на культуру тканей, обладающая множественной лекарственной устойчивостью и вызывающая клинически выраженные заболевания.

Широкое распространение множественной лекарственной устойчивости у *S. sonnei*, связанное с конъюгативными R-плазмидами, является одной из причин стабилизации заболеваемости этого вида на высоком уровне и определяет относительно интенсивную и длительную циркуляцию возбудителя во внешней среде.

Установлены существенные различия в биологических свойствах возбудителей ОКИ при разных проявлениях инфекционного и эпидемического процессов, и показана четкая взаимосвязь между биологическими свойствами и характером этих процессов. В Эстонской ССР выделен ряд биологических разновидностей энтеропатогенных эшерихий, шигелл и сальмонелл.

Предложена методика диспансерного наблюдения за переболевшими брюшным тифом.

Nõukogude Eesti Tervishoid

**[ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ]**

**Медицинский журнал
Министерства здравоохранения
Эстонской ССР**

№ 3, май, июнь 1985 г.

**В. Й. Рятсеп — О работе современного
руководителя здравоохранения**

**Р. Р. Биркенфелдт — Факторы риска в про-
филактике болезней**

В статье раскрывается понятие фактора риска и рассматриваются теории факторов риска. По данным длительного проспективного обследования 1310 больных ревматизмом при помощи факторного анализа выделены следующие факторы риска: хроническая очаговая инфекция, бытовой фактор, возрастно-половой фактор, генетический фактор, недостаточная вторичная профилактика и сезон. При помощи соответствующих таблиц можно уточнить риск заболевания ревматизмом и в дальнейшем прогнозировать возможное течение и исход заболевания.

**В. А. Каск — Профилактические осмотры
девочек переходного возраста**

Профилактические осмотры девочек переходного возраста производятся с тем, чтобы получить данные о их физическом и половом развитии, своевременно обнаружить отклонения от нормы и сохранить основную функцию будущей женщины — материнство. Динамическое наблюдение за физическим и половым развитием девочек начинают с 10 лет и продолжают до 18 лет. Осмотр производится раз в год. В статье даются рекомендации и советы по оценке физического и полового развития и выявлению отклонений.

**А. Й. Тооминг — О необходимости раннего
обнаружения глаукомы**

В статье представлены результаты изучения 12027 человек относительно глаукомы. Выяв-

лено 39 больных глаукомой, что составляет 0,32 % всех исследованных. У диспансерных больных глаукома была обнаружена при профилактических осмотрах в 33 % случаев. Проведено сравнительное изучение больных глаукомой и контрольной группы одновозрастных лиц. Установлено, что больные глаукомой чаще страдают общими заболеваниями, чем больные контрольной группы. Наиболее часто глаукома встречается у больных с заболеваниями легких ($P < 0,001$), органов пищеварения ($P < 0,05$), гипертонической болезнью и шейным остеохондрозом. Близорукость у больных глаукомой встречается более чем в 3 раза чаще, чем в контрольной группе. Обнаружено заметное прогрессирование глаукомы через 5 лет после обнаружения заболевания ($P < 0,001$).

М. К. Пярлист, С. К. Велбри — Иммунная недостаточность у детей с рецидивирующими и хроническими заболеваниями дыхательных путей

Исследовали 136 детей с рецидивирующими и хроническими заболеваниями дыхательных путей, сопоставляя иммунологические показатели с клинической картиной болезни. У двух детей, заболевших в раннем возрасте, обнаружили врожденную недостаточность иммуноглобулинов С, А, М. С возрастом процесс у них прогрессировал, наблюдалась хроническая пневмония с бронхоэктазами и гнойным эндоbronхитом. У двух детей выявили селективную недостаточность IgA, а у 19 — временную недостаточность IgA или IgG. Эти случаи характеризовались клинически рецидивирующим бронхитом, причем с возрастом симптомы болезни уменьшались.

Т. А. Покк, Л. Р. Покк — Анализ секционных случаев у алкоголиков

Приводится анализ секционного материала прозекутуры г. Тарту за последние 7 лет (с 1978 г. по 1984 г.). За данный период диагноз алкоголизма имел место у 175 умерших, что составляет 3,5 % всех вскрытий. В течение исследуемых семи лет на секционном материале стали заметно чаще встречаться летальные исходы у алкоголиков. Наиболее распространенными причинами смерти у них были цирроз печени, пневмония, алкогольная кардиомиопатия, панкреатит и туберкулез.

Я. Э. Эха — Схема для описания коронарограмм

Автором представлена новая, проверенная в практической работе схема для краткого оформления результатов селективной коронарографии.

Р. В. Салупере — Проблема выбора стимуляторов желудочной секреции

В статье описываются стимуляторы, используемые в настоящее время при исследовании

желудочной секреции. Помимо жидких стимуляторов, гистамина, инсулина, подробно рассматривается один из сравнительно новых и перспективных стимуляторов пентагастрин. Жидкие стимуляторы обладают рядом существенных недостатков, гистамин и инсулин утрачивают свое значение прежде всего в силу их побочных воздействий. Альтернативным стимулятором является синтетический гастрин благодаря прежде всего специфическому механизму и силе действия, а также отсутствию побочного воздействия. Для характеристики действия пентагастрина приведены результаты исследования 127 больных сахарным диабетом.

М. А. Маясс — Об этиопатогенезе и лечении крипторхизма

Гонады развиваются в люмбальной области и в конце интраутеринного периода перемещаются в мошонку. Физиологическая миграция и развитие яичка протекают под гормональным контролем. Ошибочная хромосомовая информация, различные патогенные факторы, дефицит дифференцирующих гормонов в интраутеринном периоде обуславливают возникновение крипторхизма. В ретенцированном яичке развиваются дегенеративные процессы. Лечение крипторхизма должно начинаться до дегенерации ткани яичка, пока возникшие нарушения не станут необратимыми. Начиная со 2... 3-го года жизни яичко, переместившееся в мошонку, попадает в более благоприятные условия, возможны реверсивные процессы в ткани яичка и его дальнейшее нормальное развитие.

А. Э. Лутс, К. К. Котсар — Задачи медицинской помощи и аудиологии в программе интеграции глухих и лиц с нарушениями слуха в ЭССР

Для успешного разрешения проблем, связанных с нарушениями слуха, и в целях содействия введению в действие в Эстонской ССР соответствующих общесоюзных нормативных актов, постоянная сурдокомиссия Совета профессиональных союзов Эстонской ССР совместно с учеными и специалистами разработала программу (сурдопрограмму) интеграции населения с нарушениями слуха. Программа, одобренная Президиумом Совета профессиональных союзов Эстонской ССР (1982 г.), содержит предложения и рекомендации по созданию системы ликвидации социальных последствий глухоты и по объединению людей с нарушениями слуха в общество. Программа выдвигает перед врачебной помощью и аудиологией следующие задачи.

1. В целях раннего обнаружения глухоты проводить соответствующее специальное обследование новорожденных уже в родильных домах, а также детей в дошкольных детских учреждениях.

2. В целях дальнейшего развития и совершенствования применения хирургических методов при лечении нарушений слуха включить

соответствующие темы в планы научной работы кафедр ТГУ.

3. Вследствие ограниченных возможностей лечения глухоты большое значение приобретает профилактическая работа, предполагающая расширение пропаганды в области здравоохранения.

4. Ограничить применение токсических препаратов при лечении детских болезней, ибо они являются одной из причин потери слуха.

5. Лицам, вступающим в брак и страдающим наследственной глухотой, следует давать генетическую консультацию.

6. Ходатайствовать об организации производства или импортировании слуховых аппаратов для детей младшего возраста.

7. Поддержать инициативу Общества глухих ЭССР о создании реабилитационного центра в ЭССР.

8. Приложить все усилия для усиления борьбы с шумом.

9. Включить в учебные планы сурдошкол и дошкольных учреждений для детей с нарушениями слуха уроки лечебной физкультуры.

10. Вести надлежащий учет (инфофонд) при выявлении числа жителей с нарушениями слуха и характерных признаков этого контингента.

11. Дети родителей, страдающих глухотой, должны стать особыми объектами медицинской помощи начиная с самого раннего возраста.

И. А. Фрейберг — Об опыте работы детского хирурга

В статье рассматриваются наиболее важные проблемы детской хирургии — хирургия новорожденных, острые хирургические заболевания органов брюшной полости, диагностика и тактика лечения септических, урологических, онкологических и других хирургических заболеваний у детей.

А. А. Хаавель — Транспапиллярный дренаж желчных путей

При дренаже желчных путей автор использует перфорированный дренаж диаметром 5 мм, изготовленный из латекса. Дренаж вводится в общий желчный проток. Проксимальный конец проходит через большой сосочек двенадцатиперстной кишки и фиксируется капроновым шелком, который выводится назогастральным зондом через нос и закрепляется на щеке. При помощи капронового шелка дренаж можно при надобности удалить.

Л. Х. Алликметс — Куда стремится фитотерапия?

Э. Т. Таллмейстер — Медицинские работники в годы Великой Отечественной войны

Подготовка кадров

Х. А. Густавсон — Юбилейные аптеки 1985 года

В статье приводятся краткие данные о центральной аптеке Вырусского района (200 лет), аптеках в Вынну и Рынку (100 лет), в Варбла, Вийтна, о бывшей Ныммеской старой аптеке в г. Таллине (75 лет) и, наконец, о Вериора-ской аптеке (50 лет).

В. В. Калнин — Сто лет со дня рождения Ханса Шоттера

9 февраля 1985 года исполнилось 100 лет со дня рождения известного в свое время врача Ханса Шоттера (9. I 1885 — 30. III 1945).

В статье рассказывается о деятельности Х. Шоттера, которая началась в Москве под руководством выдающихся ученых В. Минца, Г. Грейфе и др. После возвращения в Эстонию он начал работать в частной больнице. Благодаря успешной лечебной деятельности Х. Шоттер вскоре приобрел широкую известность. В 1940 году его назначили главным врачом Таллинской инфекционной больницы. О результатах своих исследований Х. Шоттер сообщал на конференциях, съездах, заседаниях. Им опубликовано 25 работ.

Конференции и совещания

Во врачебных обществах

Юбилейные даты

Новые лекарственные препараты

Некролог

Э. Р. Вагане — Книга о хлебе и питании

Я. Я. Рийв — Оглянемся еще раз назад: «Здравоохранение Советской Эстонии» 1984 года

Хроника

В Министерстве здравоохранения Эстонской ССР

В Тартуском государственном университете

Публикации исследований ученых Эстонской ССР в зарубежной печати

Законченные исследования ученых Эстонской ССР

Nõukogude Eesti Tervishoid

[SOVIET ESTONIAN HEALTH]

Medical Journal of the Ministry of Health of the Estonian SSR

№ 3, May, June 1985

V. Rätsep — **The health administrator today**

R. Birkenfeldt — **Risk factors in the prophylaxis of the disease**

The author presents a review of the definition and theory of risk factors. A long-term prospective survey has been carried out among 1,310 rheumatics. As a result of a factor analysis, the following risk factors have been revealed: chronic focal infection, life-style, age, sex, genetic factors, inadequate secondary prophylaxis and season. It will be possible to determine a particular risk factor for a healthy person and to make a correct prognosis for a patient suffering from rheumatism.

V. Kask — **Preventive examinations of girls at pubertal age**

The main purpose of preventive examinations among girls is to study their growth and development and to reveal sexual abnormalities as early as possible. A long-term follow-up of girls' growth and development, especially sexual development, is carried out between 10 and 18 years of age. The girls undergo a regular, annual medical examination. The author gives some useful advice on the evaluation of the girls' sexual development in order to make a correct diagnosis of sexual abnormalities.

A. Tooming — **Why an early detection of glaucoma is necessary?**

A mass screening for glaucoma has been carried out among 12,027 people to detect patients requiring urgent treatment. As a result, 39 cases of glaucoma have been diagnosed, which makes up 0.31 per cent of the subjects studied. 33 per cent of those patients have been subjected to

regular follow-up. It has been found that the incidence of lung diseases ($P < 0.001$), alimentary tract diseases ($P < 0.05$), hypertension and cervical osteochondrosis is much higher among patients with glaucoma than that in controls belonging to the same age group. The incidence of myopia was three times higher in patients with glaucoma than that in the control group. It has also been found that the disease begins to progress more rapidly 5 years after arriving at the diagnosis of glaucoma ($P < 0.001$).

M. Pärlist, I. Velbri — **Immunodeficiency in children suffering from recurrent and chronic diseases of the respiratory tract**

Sera from 136 children with recurrent and chronic diseases of the respiratory tract were tested for IgG, IgA and IgM levels and the results obtained were compared with the clinical picture and the course of the disease. Congenital immunodeficiency with low levels of IgA, IgG and IgM was found in 2 children suffering from chronic pneumonia. 2 children with constantly low levels of IgA had recurrent pneumonia. 19 children had temporarily low levels of IgA and IgG which, during treatment, returned to normal.

T. Pokk, L. Pokk — **An analysis of fatal alcoholism**

The records of the necropsies performed in Tartu within the last 7 years (1978—1984, incl.) have been analysed. As a result, changes consistent with alcoholic abuse were found in 175 cases (in 3.5 per cent of necropsies). The incidence of fatal alcoholic cases had increased in the last 7 years (1978—1984, incl.). The most frequent causes of death in those autopsied alcoholics were hepatic cirrhosis, pneumonia, pancreatitis and tuberculosis.

J. Eha — **A method for a rapid recognition of coronary angiograms**

The author presents a new method for recognizing coronary angiograms.

R. Salupere — **Choice of stimulants of gastric secretion**

This article presents a review of several stimulants used in the evaluation of gastric secretion. In addition to liquid stimulants, histamine and insulin, the author deals with a new and more promising gastric secretion stimulant — penta-gastrin. Liquid stimulants have a number of major drawbacks. Histamine and insulin have lost their importance because of their side-effects. Synthetic gastrin is an alternative; it has a specific action on the gastric mucosa, produces a stronger effect and lacks adverse side-effects. The action of penta-gastrin was studied on 127 diabetics. The results the study are presented in this article.

M. Majass — The etiopathogenesis and treatment of cryptorchidism

Gonads develop in the lumbar region and descend into the scrotum before the end of intrauterine period. The physiological migration and the development of the testes occur under hormonal control. Abnormal chromosomal information and various teratogenic factors and also the deficiency of differentiating hormones during intrauterine period can cause the development of cryptorchidism. Degenerative processes develop in the testes retained within the abdomen or inguinal canal. The operation of mobilizing an undescended testis in the groin and fixing it in the scrotum should be performed well before puberty to allow the testes every chance of normal development. This operation, performed at the age of 2 to 3 years, allows subsequent normal development of the testes and reversible processes in them.

A. Luts, K. Kotsar — Health care planning and audiological tasks in dealing with deaf persons and patients with hearing impairment in the Estonian SSR

In cooperation with various scientists and specialists, the permanent surdo-committee of the Trade Union Council of the Estonian SSR has drawn up an integration programme (surdo-programme) to deal with problems relating to hearing impairment and its social consequences. This programme includes an early detection of deafness in the newborn and improving of surgical techniques for the treatment of hearing loss. The programme also says that hearing impairment could be prevented if patients were better informed about the causes of hearing loss, e. g. about ototoxic drugs used in the treatment of children's diseases and urges that priority should be given to teaching parents to recognize deafness in very young babies and to make use of genetic consultations in cases of hereditary deafness. The article also deals with the provision of hearing aids for deaf infants, the setting up of a rehabilitation centre in the Estonian SSR and improvement of statistics of hearing loss. The authors also point out that action should be taken to combat the growing threat from noise.

I. Freiberg — Experience of working in the field of paediatric surgery

This article deals with problems concerned with paediatric surgery, including neonatal surgery, emergency surgery in cases of abdominal distress, diagnosis and tactics of septic, urological and oncological surgery, and some other topics in paediatric surgery.

A. Haavel — Transpapillary drainage of biliary ducts

For the drainage of biliary ducts, the author makes use of a perforated latex drain, with

a diameter of 5 mm, which is introduced into the ductus choledochus. The proximal tip is passed through the papilla duodeni major and is fixed by a silk thread. The silk thread is pulled out through the nose with the help of a nasogastric probe and fixed into the cheek. This probe can be removed by means of the silk thread.

L. Allikmets — What is the aim in treating diseases with herbs?

E. Tallmeister — Medical workers in fighting service during the Great Patriotic War

Training of personnel

H. Gustavson — Pharmacy jubilees in 1985

According to the author of this article, the bicentenary of the Võru District Central Pharmacy, the centenary of Võnnu and Rõuge pharmacies, the 75th anniversary of Varbla, Viitna and the Nõmme Old Pharmacy and the 50th anniversary of Veriora pharmacy will fall in the year 1985.

V. Kalnin — The centenary of Hans Schotter's birth

Hans Schotter was born on the 9th of February in 1885 and died on the 30th of March in 1945. H. Schotter started his work in the field of medicine in Moscow under the guidance of the outstanding scientists V. Mints and G. Greife. After his arrival in Estonia, he worked at a private hospital and achieved much success in therapy. In 1940 he was elected head doctor of the Tallinn Hospital for Infectious Diseases. H. Schotter presented a number of valuable papers at various scientific congresses, conferences and symposia. H. Schotter wrote 25 scientific articles in various medical journals.

Conferences and meetings

Physicians' societies

Our heroes of the day

New drugs

Necrologue

Reviews and bibliography

Chronicle

Soviet Estonian scientists' publications abroad

Research work carried out by scientists of the Estonian SSR

*English text edited and translated by
E. Saarnok*

MEDITSIINITÖÖTAJAD!

Laenufage Riiklikust Teaduslikust Meditsiiniraamatukogust
audiovisuaalseid metoodilisi materjale, mis koosnevad
filmist ja vastavasisulisest magnetlindist, järgmistel teemadel.

Методы диагностики и лечения ранних стадий
сердечной недостаточности.

Современные методы обработки рук хирурга
и операционного поля.

Имплантация искусственного хрусталика глаза.

Применение лазеров для лечения стоматологических
заболеваний.

Функциональная диагностика стоматологических
заболеваний.

Современные методы химиотерапии туберкулеза
легких.

Использование санаторно-курортных факторов
в реабилитационной терапии больных воспалительными
заболеваниями женских половых органов.

Санаторно-курортное лечение больных
гипертонической болезнью.



AETHMOZINUM

Etmosiin on kinidiiniga sarnane arütmiavastane ravim. Kasutatakse ekstrasüstolite, paroksüsmaalse tahhükardia, virvendusarütmia või muu etioloogiaga rütmihäirete korral.

Keskmine ravimi annus on 0,1 g 3...4 korda päevas. Ravikuuri pikkus on olenevalt toimeefektist 7...45 päeva. Kodumaine tööstus toodab 0,1-grammiseid tablette ja 2,5⁰/₀-list süstelahust.