

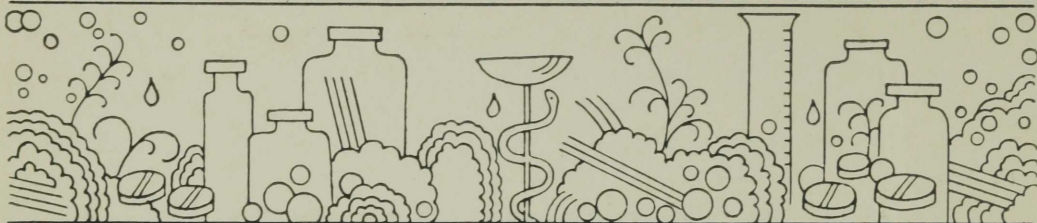


NÕUKOGUDE EESTI **TERVIS- HOID**



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

5-1988



UNGUENTUM HYOXYSONUMI

Salv sisaldab 3% oksütetratsükliinhüdrokloriidi ja 1% hüdrokortisoonatsetaati. Antibiootikumi mikroobivastasele toimele lisandub kortikosteroidi põletikuvastane toime.

Preparaat on näidustatud infitseerunud haavade ja ekseemide, nahamädaniku, erosiooni, varikoosete haavandite, päikesepõletuse korral.

Pakendis on 10 g salvi.

UNGUENTUM DERMOSOLONI

Salv sisaldab 0,5% prednisolooni ja 3% joodkloor-oksükinoliini. Ravim on näidustatud infitseerunud ekseemide, intertriigo, anogenitaalse pruriidi ja ekseemi, jalahaavandite, naha kiirituskahjustuse, mäda- ja seennakkuse korral.

Pakendis on 5 g salvi.

UNGUENTUM PREDNISOLONI

Salv sisaldab 0,5% prednisolooni.

Ravim on mõjus mittemikroobse etioloogiaga põletikuliste ja allergiliste nahahaiguste, nagu ekseemi, dermatiidi, kiheluse korral.

Pakendis on 10 g salvi.

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI 1988. XXXI AASTAKÄIK

SISU

TEORIA JA PRAKTIKA

J. Maaroo, A. Landör — Südame ja vere-
soonkonna funktsionaalne seisund Tartu
suusamaratonist osavõtvatel keskealistel
meestel 323

M. Kundla, I. Randmaa, S. Larina — Piken-
datud toimeajaga nitraatide võrdlev ravi-
efekt stenokardiahaigeil 325

I. Pilv — Ema ja lapse tervise kaitse mediti-
siinilis-sotsioloogiline aspekt 328

T. Randvere, A. Kreis — Meningioomid
ja nende kirurgiline ravi 331

R. Koha, O. Veinberg — Rasvhüperglo-
buleemia põletushaigetel 334

R. Labotkin, K. Kull, R. Rammul — Sääre-
luu pahaloomuline adamantinoom 336

T. Halling, L. Järvekülg — Kilpnäärme
hormoonide kontsentratsiooni määramise
tähtsus türeotoksikoosihagete veres ravi
toime hindamisel 339

V. Saarma — Neutropeenia korrigeerimine
liitiumkarbonaadiga 342

I. Lapidus, V. Raud — Reumaatilise polü-
müalgia juht 345

ÜLEVAATED

H. Kapral, V. Subi — Uriini mikroskoopi-
line uurimine 347

E. Seppet, A. Kallikorm, V. Mihkelsoo —
Laserid bioloogias ja meditsiinis 354

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA

KASUISTIKA

S. Eving, K. Kase, V. Valdes — Abdomi-
naalne pseudotuberkuloosne jersinioos
357

N. Lapidus, S. Künapuu, L. Piel — Pri-
maarse generaliseerunud amüloidoosi juht
ja sekundaarsest amüloidoosist põhjustatud
letaalsuse analüüs 359

TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS

A. Roosileht — Maaelanike arstiabikor-
raldus 362

ARSTITEADUSE AJALOOST

A. Jents, S. Sibul — Peeter Hellat 364

H. Gustavson — Täienduseks Tallinna
meditsiinijaloole 367

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

A. Levin — Uus meditsiinikandidaat 368

TRÜ arstiteaduskonna 1988. aasta lõpetajad 369

Tallinna Meditsiinikooli 1988. aasta lõpe-
tajad 370

Tartu Meditsiinikooli 1988. aasta lõpetajad
371

Kohtla-Järve Meditsiinikooli 1988. aasta
lõpetajad 372

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

J. Männiste, E. Tünder — Veresoonte-
kirurgiaalane seminarnõupidamine 372

S. Kard — Läti Farmatseutide Seltsi kon-
verents praktilise farmaatsia uutest suun-
dadest 373

K. Birk — X üleliiduline konverents kesk-
konna bioloogilise saastatuse hügieenilise
uurimise ja tervistavate meetmete välja-
töötamise alal 373

M.-A. Riikjärv — Üleliiduline loote ja
vastsündinu intrauteriitse infektsiooni
alane seminar 374

K. Birk — Üleliidulise probleemikomisjoni
«Keskkonnahügieeni teaduslikud alused»
pleenum 375

K. Saks — Üleliidulise probleemikomisjoni
«Hingamispuudulikkus, selle diagnoosi-
mine ja ravi» laiendatud pleenum ja hin-
gamishäiretealane konverents 375

I. Kalits — XXXII Saksamaa Liitvabariigi
endokrinoloogide sümposium 375

H. Küünarpuu — Rahvusvahelise pro-
grammi «Tervis kõigile aastaks 2000» raa-
mes tervishoiusüsteemide uurimise alane
seminar 377

K. Viikholm — Ülepoolaline depressiooni
psühhoteraapia alane seminar 378

ARSTIDE SELTSIDES

S. Innos — Eesti Akušöörigekoloogide
Seltsi laiendatud pleenum ning seminar
378

H. Sillastu — Üleliiduline Ftisiaatrite
Seltsi juhatuse laiendatud pleenum 379

KRIITIKA JA BIBLIOGRAAFIA

M. Kivilo — Sanitaarharidustööks vajalik
raamat 379

MEIE JUUBILARE 381

Valentin Pedak, Feliks Lodeson, Rein
Männi, Anton Kivik, Aili Paju

MÖTTEVAHETUS

A. Raal — Miks rahvameditsiini on vaja
uurida? 383

QUAESTIONES LINGUAE ESTONICAE IN MEDICINA

I. Laan — Veel kord ametinimetustest
385

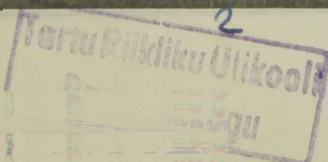
UUSI RAVIMEID

A. Jürison — Foridoon, morfilong, nitro-
granulongi tabletid 389

KROONIKA 390

Artiklite venekeelsed resümeed 395

Artiklite ingliskeelsed resümeed 398



Teooria ja praktika

UDK 616.1:612.745

Südame ja veresoonkonna funktsionaalne seisund Tartu suusamaratonist osavõtvatel keskealistel meestel

Jaak Maaros Anatoli Landõr : Tartu

südame ja veresoonkonna funktsionaalne seisund, keskealiste sport, keheline koormus, müokard, üldarst

Tartu suusamaratoni ning muude massiliste spordiürituste populaarsuse suurenemine kesk- ja vanemaealiste hulgas tingib vajaduse tõhustada selle kontingendi arstlikku kontrolli võistluslubade väljastamisel jaoskonnaarstide poolt. Eriti vastutusrikas on arstiloa andmine Tartu suusamaratonist osavõtuks, sest distantsi pikkusele (60 km) ja raskele rajaprofiilile võivad lisanduda ka ebasoodsad ilmastikuolud ja psühhoemotsionaalsed mõjud. Need faktorid loovad kesk- ja vanemaealise inimese organismile ülemäärase koormuse ning distantsi läbimine eeskätt puuduliku kehalse ettevalmistuse ja prekliiniliste haigusprotsesside korral võib põhjustada tõsisid tervisekahjustusi.

Käesoleva uurimuse eesmärk oli kompleksse arstliku läbivaatuse alusel hinnata terviseseisundit ning südame ja veresoonkonna funktsiooni neil keskealistel meestel, kes Tartu suusamaratonist korduvalt osa võtnud ning kes olid saanud arstiloa ka tänavusest Tartu suusamaratonist osavõtuks.

Uuritavad ja uurimismetoodika. Kolm nädalat enne suusamaratoni saadeti arstliku läbivaatuse kutse nendele Tartus elavatele 40...60 aasta vanustele meestele, kes olid osa võtnud vähemalt kolmest Tartu suusamaratonist. Komplekssetele uuringutele saabus 28 meest vanuses 40...55 aastat (keskmine vanus $44,3 \pm 5,5$ aastat).

Meie poolt väljatöötatud vormi alusel koguti üldine, meditsiiniline ja spordialane anamnees, selgitati välja ka südame isheemiatõve riskitegurid. Südame ja veresoonkonna funktsionaalse seisundi uurimiseks rahuolekus ning veloergomeetrilise koormustesti tingimustes registreeriti aparaadiga «Mingograf 81» EKG 12 lülituses ja FKJ ning tetrapolaarne reogramm (5), milleks kasutati reopletüsmograafi RPG 2-02. Arteriaalset rõhku mõõdeti Korotkovi meetodil. Koormustest veloergomeetriga «Monark» tehti kolme minuti vältel, koormused 100 W ja 200 W. Sellele järgnes minutine spurt (200 W), mille vältel registreeriti maksimaalne tiirude arv. EKG, FKJ ja reogrammi registreerimiseks katkestati test iga koormusastme järel 10 sekundiks. Hemodünaamikanaäitajate koormusjärgset taastumist jälgiti viis minutit. EKG muutusi hinnati Minnesota koodi alusel (2). Tetrapolaarse reograafia teel leiti südame löögimaht (LM), löögiindeks (LI), minutimaht (MM) ja südameindeks (SI). Kehalise töövoime iseloomustamiseks pulsisageduse (PS) alusel arvutati näitajad PWC_{170} ja PWC_{150} Karpmani järgi (4). Uuringu tulemusi töödeldi statistiliselt arvatiga SM-1.

Uurimistulemused ja arutelu. Käesolevast uurimisest nähtub, et 53% vaatlusalustest olid vaimse töö tegijad. Enamik vaatlusaluseid oli tervislike eluviisidega, suitsetajaid oli vaid kaks ja mõõdukalt alkoholiprüukijaid kolm inimest. Teadlikult piirasid loomsete rasvade ja süsivesikute hulka toidus 9 inimest. 23 uuritavat olid varem tegelnud aktiivselt spordiga (omanud spordijärgu). Treeningukoormus suusamaratoniks valmistumisel oli olnud keskmiselt $3,9 \pm 1,9$ tundi nädalas (0 kuni 7 tundi nädalas).

Rahuoleku-EKG-s ilmnesid kahel vaatlusalusel kerged repolarisatsioonihäired (Minnesota kood 5...3). Koormus-EKG-s ilmnesid kodeeritavad repolarisatsiooni muutused seitsmel: kahel isikul 4-1-2-tüüpi ja viiel 4-4-tüüpi ST-segmendi depressioon. Ühel uuritaval provotseeris funktsionaalne proov veloergomeetril ventrikulaarsete ekstrasüstolite tekkimist. Ühelgi uuritaval ei esinenud repolarisatsioonihäirete ilmnemisel valusündroomi, kolmel aga tekki-

Tabel. Hemodünaamika näitajad rahuolekus ja veloergomeetrilise koormustesti ajal

Uuringu etapp		Süstoolne rõhk mmHg	Diastoolne rõhk mmHg	PS $l \times \text{min.}^{-1}$	LI $\text{ml} \times \text{min.}^{-1} \times \text{m}^{-2}$	SI $l \times \text{min.}^{-1} \times \text{m}^{-2}$
Rahuolekus	M	137,4	85,5	61,7	44,2	3,7
	m	3,39	1,70	3,82	2,0	0,17
	min	108	80	40	38,1	2,6
	max	168	100	98	62,7	4,2
Koormuspuhune maksimaalne tase	M	196,6	95,8	164,6	59,6	5,9
	m	3,7	2,6	3,3	2,8	0,37
	min	175	70	143	39,8	3,7
	max	230	120	183	73,3	9,3

sid pärast funktsionaalset proovi tugev väsimus ja hingeldus.

Tsentraalse hemodünaamika keskmised näitajad, mis on saadud rahuolekus ja veloergomeetrilise koormustesti ajal, on esitatud tabelis.

Rahuolekus jäid tsentraalse hemodünaamika näitajad kõigil vaatlusalustel normi piiresse. Löögiindeksi muutumise alusel, arvestades koormuspuhust näitaja kvantitatiivset reaktsiooni, saab hinnata südame funktsionaalse reservi suurust (3). Südame hea funktsionaalse reservi korral keskealistel tagatakse südameindeksi suurenemine pulsisageduse suurenemise kõrval ka löögiindeksi suurenemise arvel, kusjuures löögiindeksi suureneb üle 30% algtasemest. Koormustestiaegne löögiindeksi dünaamika viitas viiel vaatlusalusel vähesele müokardi funktsionaalsele reservile, südameindeks suurenes kehalise koormuse korral neil ainult pulsisageduse suurenemise arvel.

Keskealiste maksimaalne pulsisagedus on vähenenud. Seda kinnitasid ka käesoleva uurimuse andmed, mille järgi maksimaalse tiirude arvu peale sooritatud veloergomeetriline koormus tõstis pulsisageduse keskmiselt tasemeni $164 \pm 13,9 l \times \text{min.}^{-1}$. Sellest lähtudes on kehalise töövõime iseloomustamiseks otsarbakam kasutada PWC_{170} asemel näitajat PWC_{150} , sest väheneb Karpmani meetodil pulsisageduse väärtuste ekstrapoleerimisel tekkiv viga. Näitaja PWC_{150} alusel võib väita, et uuritavate keheline töövõime varieerus suurtes piirides ($150 \dots 326 W$; $M=247,5 \pm 10,8 W$). Ülemäärast arteriaalse rõhu tõusu velo-

ergomeetrilise koormustesti ajal täheleandati ainult ühel vaatlusalusel ($230/120 \text{ mmHg}$).

Spordialase staaži mõju südame ja veresoonekonna funktsionaalsele seisundile ilmnes korrelatsioonanalüüsil, mille järgi staaž korreleerus näitajaga PWC_{150} ($r=0,58$, $P<0,01$) ja PS-ga rahuolekus ($r=-0,59$, $P<0,01$).

Selgus, et vaatlusaluste keheline ettevalmistus Tartu suusamaratonist osavõtuks varieerus suurtes piirides. 18% uuritavatest oli valmis maratonile mineva praktiliselt ilma eelneva treeninguta. Südame ja veresoonekonna funktsiooni osas ilmnes samuti suur adaptiivsete reaktsioonide erinevus doseeritud koormuse suhtes. Viiel vaatlusalusel hinnati südame funktsionaalset reservi ebarahuldavaks. 25%-l uuritavatest tõi koormus-EKG esile repolarisatsioonihäired, mis viitavad müokardi koronaarse reservi vähenemisele. Tartu suusamaratonist osavõttu peeti EKG alusel kahel vaatlusalusel vastunäidustatuks ja viiel ebasoovitatuks.

Käesoleva uurimuse alusel võib väita, et kuni 20%-l vaatlusalustest põhjustas submaksimaalne doseeritud keheline pingutus ülemäärased nihkeid südame ja veresoonekonna funktsionaalses seisundis. See viitab tervisekahjustuse tekkimise ohule maratonidistantsi läbimisel. Tartu suusamaratonist ja muudest massilistest spordiüritustest osavõtu vastunäidustuste väljaselgitamiseks on keskealistel spordiga tegelejatel, vaatamata varajasematele sportlikele saavutustele, vaja teha kompleksne arstlik uuring. Anamneesi põhjal on

UDK 616.12-009.72-08

oluline teada saada, milline on uuritava kehaline ettevalmistatus, kas on lokaalseid nakkuskoldeid ning südame isheemiatõve riskitegureid. Kohustuslikuks tuleb pidada EKG registreerimist doseeritud kehalise koormuse tingimustes. Südame funktsionaalse reservi iseloomustamiseks on soovitatav registreerida koormuspuhused tsentraalse hemodünaamika näitajad. Nimetatud soovitused on vastavuses Rahvusvahelise Spordimeditsiini Föderatsiooni metoodiliste soovitustega kesk- ja vanemaalaste kehakultuurlaste arstliku kontrolli osas (1).

Arvestades meie vabariigi polikliinikute materiaal-tehnilise baasi madal seis, oleks üks kesk- ja vanemaalaste tervisesportlaste teenendamise tõhustamise võimalusi rakendada haiglate funktsionaalse diagnostika osakondi isemajandaval printsiibil.

KIRJANDUS: 1. F.I.M.S. J. Sports Med. Phys. Fitness, 1986, 26, 2, 201—202. — 2. *Prineas, R. J., Crow, R. S., Blackburn, H.* In: The Minnesota Code Manual of Electrocardiographic Findings. Boston — Bristol — London, 1982, 60—98. — 3. *Saks, K., Laane, E., Lintsi, M.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1985, 1, 15—18.

4. *Карпман В. Л., Белоцерковский З. Б., Гудков И. А.* В кн: Исследование физической работоспособности у спортсменов. М., 1974, 19—31. — 5. *Полищук В. И., Терехова Л. Г.* Техника и методика реографии и реоплетизмографии. М., 1983.

TRÜ arstiteaduskonna spordimeditsiini ja ravikehakuultuuri kateeder

Pikendatud toimeajaga nitraatide võrdlev raviefekt stenokardiahaigeil

Malle Kundla Ivar Randmaa
Svetlana Larina · Tallinn

südame isheemiatõbi, pikendatud toimeajaga nitraadid

Südame isheemiatõve ravis kasutatakse peamiselt kolmesuguseid ravimeid: pikendatud toimeajaga nitraate, adrenergiliste β -retseptorite blokaatoreid ja kaltsiumi antagonistide (1, 2, 3, 4, 8). Individuaalselt eduka ravi olulisteks eeltingimusteks on optimaalse antianginaalse preparaadi ja selle annuse valik, samuti kontroll pikaajalise ravi mõjuse üle. Nimetatud küsimuste lahendamisel on adekvaatseid tulemusi andnud veloergomeetriaalsete paaristestide meetod (5, 6, 10). Töö eesmärk oli võrdlevalt hinnata haigeil, kellel akuutsete veloergomeetriaalsete testide tulemusena tagasid parima raviefekti pikendatud toimeajaga nitraadid (testpreparaat nitrosorbiid), kolme nitroglütseriini tüüpi preparaadi, nimelt *sustac-forte*, trinitrolongi ja nitrodermi toimet pikaajalise monoterapija ajal.

Töö on valminud üleliidulise koöperatiivse antianginaalse ravi uurimise programmi raames Üleliidulise Kardioskuse Profülaktilise Kardioloogia Instituudi juhendamisel (koordineerijad V. Metelitsa ja R. Oganov).

Uurimismaterjal ja -metoodika. Uuriti 17 35...59 aasta vanust meeshaiget (keskmine vanus $51,5 \pm 1,6$ aastat), kellel esinesid stabiilne pingutusstenokardia (II...III funktsionaalne klass) ning veloergomeetriaalsetest piiratud koormustalumus, keskmiselt 90 W 1 minuti vältel. 12 haigel (70,6%) oli tehtud koronarograafia. Kõigil neil esines stenoseeriv koronaroskleroos, seejuures 10 haigel kahe või enama arteri oluline stenoos või oklusioon. 10 haiget (58,8%) oli varem põdenud verifitseeritud müokardiinfarkti.

Kolme etalonpreparaadi (10 ja 20 mg nitrosorbiidi, 40 ja 80 mg obsidaani, 20 ja 30 mg korinfaari) sõeluuringu veloergomeetriaalsete paaris-

testide meetodil (9) võimaldas mainitud 17 haigel kõige mõjusamaks pidada pikendatud toimeajaga nitraate. 12 haigele ordineeriti kolm kuud vältav monoterapiakuur *sustac-forte*'ga, 13 haigele uue kodumaise nitroglütseriini tüüpi bukaalse preparaadi trinitrolongiga, mida erinevalt eelmisest ravimist ei manustatud pidevalt, vaid vastavalt haige poolt määratud sagedusele. Neljal haigel, kelle raviplaani kuulusid nii *sustac-forte* kui ka trinitrolong, määrati 1,5...2 kuud kestev pidev ravi Ameerika päritolu transdermaalse nitroglütseriini tüüpi preparaadi — nitrodermigaga. Ravikuuride järjekord ühtedel ja samadel haigetel tehti kindlaks juhuslikkuse alusel.

Ravimite mõjus algannus, samuti doseerimise sagedus pideva ravi korral tugines veloergomeetrite paaristestide tulemustele. Ravimit vastavas annuses peeti mõjusaks, kui ta suurendas veloergomeetrist koormustaluvust toimumaksimumil vähemalt kahe minuti ning toime lõppfaasis ühe minuti võrra. Ravikuuride ajal tehti veloergomeetrisi paaristeste kord kuus, testide tulemuste põhjal korregeeriti ravimi annuseid eesmärgiga saada maksimaalset raviefekti. Kliiniliselt hinnati haigete seisundit kahepäevaste intervallide järel, kusjuures mõjusa ravi kriteeriumiks oli stenokardiahoogude kadumine või vähenemine $\geq 50\%$ ulatuses algseisundiga võrreldes. Andmeid töödeldi variatsioonstatistiliselt, kasutades Studenti t-kriteeriumi paarikaupa seotud variantide jaoks.

Uurimistulemused. Mõningate antianginaalse ravi efektiivsuse näitajate, samuti kasutatud ravimi annuste dünaamika monoterapiaga puhul *sustac-forte* ja trinitrolongiga on toodud tabelis. *Sustac-forte* algannus, määratuna kindlaks veloergomeetrisi paaristesti meetodil, oli 10 haigel 6,4 mg neli korda päevas ja kahel haigel 12,8 mg kolm kuni neli korda päevas. Viiel haigel 12-st osutus vajalikuks preparaadi annust ravikuuri vältel suurendada, kusjuures *sustac-forte* keskmine ööpäevane annus

ületas ravikuuri lõpul algannuse $1/3$ ulatuses ($P < 0,05$). Kuuel haigel 12-st oli tulemus ravikuuri lõpuks hea, s.t. neil olid stenokardilised valud kas kadunud (ühel haigel) või vähenenud $\geq 50\%$ algväärtusest (viiel haigel) koos lävikoormuse kestuse olulise pikenedamisega ($\Delta t > 2$ min.) veloergomeetrisi paaristesti andmeil. Kolme haige ravi tulemus oli osaline, kajastades ainult stenokardiliste valude sageduse vähenemist $\geq 50\%$ või koormustaluvuse suurenemist veloergomeetria andmeil. Kolmel haigel jäi ravi *sustac-forte*'ga tulemusteta, nende hulgas ka ühel, kellel esines vasaku pärgarteri põhitüve oklusioon parema koronaarverevarustuse tüübi puhul. Keskmiselt vähenes stenokardiahoogude sagedus ravi tulemusena mitteoluliselt: $15,6 \pm 3,9$ kuni $6,5 \pm 3,7$ hooni nädalas ($P > 0,05$). Kuuel haigel 12-st täheldati korduvate veloergomeetrisi paaristestide andmetel preparaadi antianginaalse efekti järkjärgulist vähenemist ravikuuri ajal. Et haiguse kliinilise progresseerumise tunnused puudusid ja algne koormuslävi jäi stabiilseks, võis preparaadi toime nõrgenemist seostada ravimitolerantsuse tekkega *sustac-forte* antianginaalse toime suhtes ravimi pikemaajalisel püsival kasutamisel. Kahel haigel taastus ravimi esialgne toime pärast annuse kahekordistamist. Tolerantsuse teket nitraatide suhtes on põhjalikumalt käsitletud mitmes üleliidulise koöperatiivse uurimistöo raames avaldatud publikatsioonis (7, 9, 10).

Tabel. Antianginaalse ravi efektiivsuse näitajate ja ravimiannuste dünaamika monoterapiaga korral *sustac-forte* (SF) (n=12) ja trinitrolongiga (TNL) (n=13) (M±m)

Raviperiood	Stenokardiahoogude sagedus nädalas		Δt^* (min.)		Ravimi ööpäevane annus (mg)	
	SF-ravi	TNL-ravi	SF-ravi	TNL-ravi	SF-ravi	TNL-ravi
Ravikuuri algul	15,6±3,9	22,8±5,7	2,7±0,2	3,8±0,3	28,3±2,3	6,8±0,9
Ravikuuri lõpul	6,5±3,7 P>0,05	9,8±0,5 P<0,05	3,5±0,7 P>0,05	3,8±0,3 P>0,05	37,9±3,6 P<0,05	7,8±1,1 P>0,05

* Δt — VEM lävikoormuse kestuse pikenedamine minutites preparaadi toimumaksimumil võrrelduna kontrollkoormuse andmetega

Trinitrolongi efektiivne ühekordne algannus oli enamikul haigeil 2 mg, üksikuil haigeil 1, 3 või 4 mg, doseerimiskordade arv aga haigete poolt individuaalselt määratav. Ravikuuri lõpuks vähenes rühma keskmisena stenokardiahoogude sagedus nädalas oluliselt ($22,8 \pm 5,7$ kuni $9,8 \pm 0,5$; $P < 0,05$). Veloergomeetriliste paaristestide andmeil sedastati stabiilselt kogu ravikuuri vältel koormustalumuse olulist suurenemist ($\Delta t + 3,8 \pm 0,3$ min.) preparaadi toimumaksimumi korral. Individuaalne antianginaalne efekt osutus nii kliinilistel kui ka veloergomeetria andmetel heaks 11 haigel 13-st. Paranemine oli osaline (ainult veloergomeetria andmeil) ühel, ravi jäi tulemusteta samuti ühel haigel. Vajadus korrigeerida ravimi annust ravikuuri vältel tekkis vaid erandjuhtudel. Tolerantsuse tekkimist trinitrolongi antianginaalse toime suhtes ei täheldatud.

Nitrodermiga raviti nelja haiget. Mõjus algannus oli väga varieeruv: alates 50 mg-st üks kord päevas kuni 100 mg-ni kolm korda päevas. Kahel haigel neljast täheldati ravikuuri vältel kiiret ravimitolerantsuse väljakujunemist, mida ühel haigel õnnestus kõrvaldada ravimi annuse kahekordistamisega. Märgatav antianginaalne efekt nii kliinilistel kui ka veloergomeetria andmetel saadi ühel haigel neljast. Ülejäänuil osutus efekt osaliseks: ilmnes peamiselt ainult stenokardiahoogude vähenemisena $\geq 50\%$.

Kui ühtedel ja samadel haigetel esinevaid monoterapiakuure omavahel võrreldi, osutus trinitrolong 9 juhul 12-st tõhusamaks kui *sustac-forte* ja kõigil neljal juhul tõhusamaks kui nitroderm. *Sustac-forte* ületas ravi tulemuselt nitrodermi kolmel juhul neljast.

Kokku võtteks võib öelda, et enamikul haigeil, kellel pikendatud toimeajaga nitraadid olid mõjusad akuutses veloergomeetrilises testis, saadi häid või rahuldavaid tulemusi ka pikemaajalise monoterapia ajal. Seejuures ületab trinitrolong mittepideval manustamisel efektiivsusest *sustac-forte* ja nitrodermi. Viimaste pikemaajalisel pideval

manustamisel võib kuni pooltel juhtudel objektiivselt täheldada ravi efektiivsuse järkjärgulist vähenemist, mida üksikujuhtudel võib vältida preparaadi annuse olulise suurendamise teel.

KIRJANDUS: 1. Goldstein, R. E., Rosing, D. R., Redwood, D. R. a.o. *Circulation*, 1971, 43, 5, 629—640. — 2. Higginbotham, M. B., Morris, K. G., Coleman, R. E. a.o. *Am. J. Cardiol.*, 1986, 57, 1022—1028. — 3. Prichard, B. N. C. *Postgrad. Med. J.*, 1976, 52 (suppl. 4), 35—41. — 4. Thadani, U., Parker, J. O. *Circulation*, 1979, 59, 3, 571—579. — 5. Арифджанова У. А., Костко С. З., Вахидова М. А. и др. *Кардиология*, 1987, 12, 93—94. — 6. Мазур М. А., Сумароков А. Б., Сагиров А. М. и др. В кн.: Новое в кардиологии. М., 1985, 32—34. — 7. Марцевич С. Ю., Шакарова С. Ш., Метелица В. И. и др. *Тер. арх.*, 1984, 56, 9, 46—50. — 8. Метелица В. И., Давыдов А., Марцевич С. Ю. и др. В сб.: Всемирный конгресс кардиологов 9-й. Тезисы докладов. М., 1982, 1, 604. — 9. Метелица В. И., Пиотровский В. К., Кокурина Е. В. и др. В кн.: Новое в кардиологии. М., 1985, 69—73. — 10. Метелица В. И. и др. *Кардиология*, 1987, 11, 73—77.

*Kardioloogia Teadusliku Uurimise
Instituut*

UDK 614.2-053.2/.6-055.2

Emaja lapse tervise kaitse meditsiinilis-sotsioloogiline aspekt

Ilme Pilv · Tallinn

ema tervis, tervislikud eluviisid, tervisekasvatus, perekonnaõpetus

Naise tervis ja tervislik eluviis on terve lapse sündimise olulisteks teguriteks. Viimastel aastakümnetel on perekonnale pööratav tähelepanu kõikjal suurenenud, laienenud on tervisekasvatus ja tervete eluviiside propageerimine (1, 8, 13). Tähtsaks peetakse noorte ettevalmistamist perekonnaeluks (12), perekonnaõpetuse süvendamist koolides (15), akušöörigünekoloogilise ning pediatrilise abi tihedamat integreerimist (10).

Et uurida meie vabariigi naiste suhtumist oma tervisesse ja enesehinnangut, nende teadmisi tervislikest eluviisidest üldse ja rasedate tervishoiust eriti, et saada ülevaadet emade tervishoiuasest informeeritusest ning välja selgitada ettepanekuid arstiabi parandamiseks, korraldasime 1986. aastal Tallinnas ankeetküsitluse. Andmed saadi 290 naise kohta, neist 90 rasedalt raseduse viimasel kuul ja 200 esmassünnitajalt lapse varajasel neonataalsel perioodil.

Ankeetküsitlus toimus naistenõuandlates ja sünnitusmajades juhuvaliku printsiibil, küsitletuist olid pooled (51,7%) eestlased. Andmeid töödeldi Eesti Raadio Arvutuskeskuses.

Küsitletuist elas Tallinnas 74,5%, ülejäänud olid rajoonidest. Paikseid elanikke oli 3/4 (74,8%). Sisserännakuist oli meie vabariigis elanud üle 10 aasta 9,3%, 5...10 aastat 14,5% ja alla viie aasta 11,4%. Ligikaudu pooled esmassünnitajatest (48,2%) olid 20...24 aastat vanad, veerand (25,9%) 25...29 aastat; järgnes alla 20-aastaste (15,5%) ja üle 30-aastaste (10,3%)

rühm. Täielikke perekondi oli 82,4% (69,3% abielus, 13,1% vabaabielus). Keskharidus oli 69,7%-l ja kõrgharidus 26,2%-l. Ainult 3,8%-l töötavatest naistest keskharidust ei olnud.

Meid huvitas ka see, mil määral on naised teadlikud perekonna planeerimisest ja varajasest rasedate arvelevõtmisest. Selgus, et rasestumine oli planeeritud ligikaudu pooltel (49,3%), ülejäänutel oli see olnud juhuslik (41,6%) või ei osatud selle kohta midagi öelda (7,0%). Ainult kaks naist ei olnud last soovinud. Naiste teadmiste nappusele viitab ka ettepanekute rohkus, milles soovitakse kooli perekonnaõpetuse süvendamist, eriti seksuaalkasvatuse, abielusuhete ja perekonnaelu psühholoogia valdkonnas. Ka teiste uurijate arvates tuleb tõhustada perekonna planeerimise alast selgitustööd (11).

Naistenõuandlase pöördumine oli enamasti õigeaegne: rasestumise kahtluse korral pöördus kohe 27,8%, esimesel raseduskuul 23,6%, teisel 24,3% ja kolmandal 17,4%. Hiljem pöördus ainult 5,9% rasedaist.

Vastused küsimustele naise tervise, raseda tervishoiu ja sünnituseelse ettevalmistuse kohta olid järgmised.

Enamik (61,1%) arvates oli nende raseduseelne tervislik seisund täiesti hea, üks kolmandik (34,7%) pidas seda rahuldavaks ja ainult kolm naist halvaks. Tervis raseduse ajal ei muutunud pooltel (52,1%), halvenes ühel viiendikul (22,2%). Küllalt sageli (20,1%) ei osanud naised muutusi iseloomustada. Üksikjuhtudel (5,6%) tervis raseduse ajal isegi paranes. Raseduse ajal oli täiesti terveid alla poole küsitletuist (47,9%), ülejäänutel tekkis tüsistusi ja nad haigestusid korduvalt (23,6%). Küllalt paljudel (16,0%) olid sagedad nähud psühhoemotsionaalne pingeline ja stress. Ägedaid haigusi põdes 11,1%.

Olgugi et enamik küsitletuid (62,0%) pidas oma toitumist enne rasestumist rahuldavaks, pidas seda tervislikuks ainult 27,5%. Oma seisukohta ei olnud 6,3%-l. 4,2% hindas toitumist enne rasestumist ebatervislikuks. Arsti nõuannete kohaselt korrigeeris oma toitumist misrežiimi ja toidu koostist 69,5%,

kuid 22,2% ei pidanud vajalikuks min-geid muudatusi teha. Kaaluivet jälgis ja reguleeris 64,5% rasedaist. Ülejäänuil oli kaaluibe kohta täiesti vale seisukoht (22,1%) või ei osanud nad küsimusele vastata (13,4%). Füsioloogilise päevase vedeliku hulga kohta vastas õigesti 67,3% küsitletuist.

Eeltoodust järeldub, et teadmised tervislikust toitumisest ning päevasest vedeliku hulgast olid paljudel küllaldased, ligikaudu 1/3-l küsitletuist aga vähesed. Seda teemat tuleb meditsiinitöötajatel käsitleda põhjalikumalt. Ka ettepanekute osas sooviti rohkem informatsiooni raseda tervisliku toitumise kohta (eraldi raamatu või näidismenüüdena, televisiooni saatesarjadena jm.).

Palusime naistel kirjeldada, millistele põhinõuetele peaksid vastama raseda riietus ja jalatsid. Vastuste õigsust hindasime pallisüsteemis (puudulik, rahuldav ja täiesti õige). Keskmiseks hindeks saime $2,8 \pm 0,13$. Analoogiliselt kogusime andmed raseda režiimi kohta, kusjuures keskmine hinne oli $3,2 \pm 0,14$.

Kahjulikest harjumustest uurisime naiste suhtumist suitsetamisse. Vastuste objektiivsuse tagamiseks oli peale otseste ka kaudseid küsimusi.

Suitsetamise suhtes oli hoiak enamasti eitav. Suitsetamist raseduse ajal pidas 79,1% naistest kahjulikuks, kuid 13,9% ei olnud kahjulikkuses siiski täiesti kindel. Ainult 2,1% küsitletuist arvas, et rase võib suitsetada. 4,9% ei osanud küsimusele vastata. Märksa vähem teati passiivse suitsetamise kahjulikkusest: kui 63,2% oli veendunud, et raseda viibimine täissuitsetatud ruumis on kahjulik, siis 29,2% oli kahtleval seisukohal, 2,8% aga arvas, et see ei ole üldse kahjulik. 4,8% jäi vastuse võlgu. Sellest kõigest järeldub, et suitsetamisvastasel propagandal on veel suuri reserve.

Naise suhtumist alkoholi tarvitamisse uurisime mitmest aspektist: teadmised alkoholi mõjust tütarlapse tervisele ja arenevale lootele, arvamus raseduse ajal sagedase või mõõduka alkoholitarvitamise kohta, suhtumine mehe kui tulevase isa alkoholilembusesse.

Üle poole naistest (59,0%) suhtub

sagedasse alkoholipruukimisse sallimatult, kuid ligikaudu 1/3 (36,1%) ei olnud selle kahjulikus mõjus kindlalt veendunud; 4,9% ei osanud küsimusele vastata. Uurides naiste suhtumist alkoholi- proukimisse raseduse ajal, selgus, et enami-ku arvates (88,9%) on kangete alkohoolsete jookide proukimine kahjulik, kuid 8,3%-l ei olnud selles kindlat seisukohta ning 2,8%-l oma arvamus puudus. Raseda mõõdukat alkoholiproukimist ei pidanud üldse kahjulikuks 1/10 naistest (10,4%) või puudus neil selle kohta arvamus (13,9%). Kõige sagedamini (40,9%) oldi ebaleval seisukohal alkoholi kahjulikust mõjust ja ainult 1/3 küsitletuist (34,8%) pidas vajalikuks alkoholi tarvitamisest raseduse ajal hoiduda.

Veelgi erinevam oli naiste suhtumine mehe (tulevase isa) alkoholiproukimisse. Kangete alkohoolsete jookide kahjulikust mõjust mehe generatiivsele funktsioonile olid teadlikud pooled küsitletuist (52,8%). Küllalt paljud (39,6%) ei olnud kahjulikkuses kindlat veendunud ja 7,6%-l küsitletuist arvamus puudus. Mõõdukat alkoholitarvitamist enne eostamist taunis 13,9% naistest, üle poolte (54,9%) arvates võib see olla kahjulik, 15,3% arvates pole sel mingit mõju ning 15,9% ei osanud midagi arvata (31,2% suhtus soosivalt).

Küsitluse tulemuste analüüsil ilmnes, et suhtumine alkoholiproukimisse ole- neb teataval määral rahvusest ja paik- sest eluviisist. Alkoholismivastast selgitustööd tuleks tõhustada veelgi, asetades rõhu kogu ühiskonna hoiaku kujundamisele, eriti aga perekondlikul tasandil. Ka 1985. aasta ankeetküsitluse tulemused (14) viitavad perekonna mõju tugevdamise vajadusele alkoholismi- vastases võitluses.

Järgnevalt huvitas meid see, milline osa on haridusel, eelkõige tervise- ja perekonnaõpetusel tervishoiuteadmiste allikana. Küsitletute sõnutsi ei olnud nad koolist saanud mingeid teadmisi (40,0%) või olid need olnud vähesed (25,0%). 13% arvates olid teadmised küllaldased. 22% ei osanud küsimusele vastata.

Üheks organisatsiooniliseks vormiks on naistenõuandlate baasil toimuvad

«Emade kooli» õppused. Selgus, et 200 esmassünnitanust oli õppustest osa võtnud vaid 36%, kusjuures pooled olid kuulunud ainult ühte, ülejäänud kahte loengut. Kuulajate arvates jäi loengutel saadud informatsioon väheseks ja liiga teoreetiliseks. Sooviti, et «Emade koolis» oleksid loengute kõrval ka praktilised õppused, näidataks filme ja kasutataks illustreerivat materjali.

Arstidelt tahetakse saada rohkem informatsiooni rasedate tervishoiu kohta, ka konkreetseid nõuandeid, individuaalset lähenemist. Süstemaatilise terviseõpetuse vajadusele viitab ettepanekute rohkus kasutada laialdasemalt massiteabevahendeid (raamatuid, brošüüre, televisioonisaateid, filme), anda välja ajakirja «Ema ja laps».

Võrreldes ankeetküsitluse andmeid välismaises kirjanduses avaldatuga, ilmnevad meie tervise- ja perekonnaõpetuse mahajäämus ning süsteemitus. Meile kättesaadava kirjanduse andmetel on noorsoo perekonnaeluks ettevalmistamise programme rakendatud kõikides arenenud riikides. Nii käsitletakse USA koolides rasestumisest hoidumist (7), kirjeldatakse rasestunud õpilaste õpetamist üldhariduskoolis (4). Kanadas on loodud aastaringne rasedate koolitamise süsteem (3), USA-s rakendatakse konsultatsiooniprogrammi, mis koosneb 12 loengust ja 12 praktilisest õppusest (2). Soome ja Rootsi teadlaste andmeil on üheks laste väikese suremuse põhjuseks sihikindel terviseõpetus, eriti rasedatele ja varaealiste laste emadele (9).

Küsitluse lõpul palusime naistel avaldada arvamust endi sünnituseelse ettevalmistatuse kohta ja teha ettepanekuid selle parandamiseks.

Seni tehtuga jäi rahule ainult 28,4% ankeeteerituist, teised pidasid sünnituseks ettevalmistatust väheseks (33,4%) või puudulikuks (16,4%). 21,8% ei osanud seda üldse iseloomustada. Põhilised pretensioonid käisid meditsiinipersonali suhtumise kohta. Osutati sellele, et meditsiinitöötajad tunnevad liiga vähe huvi patsiendi murede vastu, mainiti arstide kiirustamist vastuvõtul ja tüdimusilminguid. Põhirahvusest naised viitasid suhtlemisraskustele eesti

keelt mittevaldavate arstidega. Sooviti rasedate tervisevõimlemise rühmade moodustamist ja individuaalkonsultatsioone võimlemisharjutuste ja -komplekside osas.

Kokku võttes võib öelda, et ankeetküsitlusel tuli ilmsiks puudusi naise kui tulevase ema tervisekasvatuses ja raseda sünnituseelses ettevalmistuses. Nende kõrvaldamiseks on vaja tugevdada pediaatrite osa tervislike eluviiside kujundamisel juba varajases lapsepõlvest peale, ka kodus ema õpetuse ja koolis terviseõpetuse osa. Samuti on oluline naistearstide kaasamine kooli perekonnaõpetusse, andmaks teadmisi seksuaaltervishoiust.

KIRJANDUS: 1. Bailey, L., Logan, J. J. R. Soc. Med., 1986, 79, Suppl. 3, 24—27. — 2. Christophersen, E. Pediatr. Clin. North Am., 1982, 29, 2, 261—263. — 3. Ciliska, D. K. Can. J. Public Health, 1983, 74, 3, 215—217. — 4. McAfee, M. L., Geesey, M. R. J. Sch. Health, 1984, 54, 9, 350—352. — 5. McNamara, D. G. Role. Publ. Health Rep., 1982, 97, 3, 224—226. — 6. Paulson, J. A. Pediatr. Clin. North Am., 1981, 28, 3, 627—641. — 7. Shea, J. A., Herceg-Baron, R., Furstenberg, F. F. Am. J. Public Health, 1984, 74, 11, 1227—1230. — 8. Tones, K. J. R. Soc. Med., 1986, 79, Suppl. 13, 5—7. — 9. Wynn, A. Proc. R. Soc. Med. 1976, 69, May, 340—343. — 10. Баранов А. А. Педиатрия, 1988, 1, 6—8. — 11. Марьясис Е. Д., Чеботарев В. В. Здравоохран. РСФСР, 1984, 2, 11—14. — 12. Наруск А. X. В сб.: Материалы IV научной конференции социологов Советской Прибалтики «Социологические проблемы активизации человеческого фактора». Паланга, 1987, 159—164. — 13. Попов В. Ф. Сов. здравоохран., 1986, 11, 7—12. — 14. Ранник Э. В сб.: Материалы IV научной конференции социологов Советской Прибалтики «Социологические проблемы активизации человеческого фактора». Паланга, 1987, 215—219. — 15. Шупелина Е. Д. В сб.: Тезисы докладов всесоюзной конференции «Состояние здоровья и пути повышения качества лечебно-профилактической помощи женщине-матери и ребенку». М., 1987, 19—21.

Ekspérimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut

UDK 616-006.328-089

Meningioomid ja nende kirurgiline ravi

Toomas Randvere Andres Kreis
Tallinn

meningioom, kasvaja retsidiiv, koljusisene rõhk, operatsioon, ravi tulemus

Meningioomid moodustavad mitme autori järgi 13...19% koljusisestest kasvajatest (4, 7, 13). Neid on peetud üldiselt healoomulisteks, kuid viimase aastakümne uurimused (3, 11) on näidanud, et nende seas on ka kasvajaid, mida võib pidada ainult suhteliselt healoomulisteks, maliignsetest meningioomidest rääkimata.

Vaatamata sellele, et kasvaja on hästi piiritletud, kujutab osa meningioome endast küllalt tõsist kirurgilist probleemi. Kirurgilise ravi seisukohalt sage ebasoodne lokalisatsioon, nimelt paiknevus venoossete siinuste ja suurte verevõrkude lähedal, tugev veritsus operatsiooni ajal, kasvajate suured mõõtmed ja tihke konsistents teevad nende totaalset eemaldamist sageli raskeks, mõnikord isegi võimatuks.

Vastavalt Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni klassifikatsioonile on meningioomid morfoloogiliselt jaotatud järgmiselt: meningoteliomatoosne, fibroosne, üleminekuvorm (segavorm), psammomatoosne, angiomatoosne, hemangioblastiline, hemangioperitsütaarne, papillaarne ja maliignne.

Maliignsed meningioomid retsidiivevad varakult (2...4 aastat), kuid ka papillaarse (4), hemangioblastilise ja hemangioperitsütaarse (5) meningioomi puhul on täheldatud varajasemaid ja sagedasemaid retsidiive.

Retsidiivide teke ei olene mitte üksnes meningioomi morfoloogilisest ehitusest, vaid ka tema eemaldamise ulatusest (totaalne, subtotaalne) ning ka tumoroselt aktiivse kõvakelme piirkonna (neoplastiline väli) olemasolust meningioomi ümber, mis pole vii-

masega koos eemaldatud ja millisest võib lähtuda uus kasvaja.

Töös oleme analüüsinud Tallinna Kiirabihaiglas viie aasta jooksul (1982. a. juulist kuni 1987. a. juulini) opereeritud meningioomihaigetel esinevaid kliinilisi tunnuseid ja kirurgilise ravi tulemusi. Üldse viibis sellel ajavahemikul Tallinna Kiirabihaiglas esmaste koljusisestest kasvajate tõttu 290 haiget. Meningioome oli 69-1, 23% kõigist eespool mainitud kasvajatest.

Tehti 72 operatsiooni 66 haigel, neist oli 28 (42%) meest ja 38 (58%) naist. Opereeritute vanus oli 30...68 aastat, keskmine vanus 54 aastat.

Viiel haigel opereeriti retsidiiveerunud kasvaja. Esmase operatsioon oli neil tehtud 4...12 aastat (keskmiselt 7 aastat) tagasi ja retsidiiv tekkis esmase kasvaja asukohas.

Pärast meningioomi eemaldamist suri kuus haiget (letaalsus 9,1%). Kahel juhul oli surma põhjuseks ajuturse, kahel kopsuarteri trombemboolia, ühel ventrikuliit, ühel kardiovaskulaarne puudulikkus.

Ühel haigel oli meningioom jäänud diagnoosimata. Teda oli opereeritud progresseeruva sisemise vesipea tõttu. Lahangul aga leiti lai ja madal kolju-

Tabel 1. Kasvaja suurus ja asukoht (juhtude arv)

Asukoht	Kasvaja suurus			Kokku
	väga suur	väike	suur	
Parasagitaalpiirkond ja ajusirp	8	13	3	24 (36%)
Ajukumerus	1	12	4	17 (27%)
Eesmine koljuauk, türgi sadula piirkond	2	5	5	12 (18%)
Põhiluutiib	—	2	1	3 (4%)
Koljupõhimik	—	—	2	2 (3%)
Ajutelgiuline piirkond	1	—	1	2 (3%)
Tagumine koljuauk	—	4	2	6 (9%)
Kokku	12 (18%)	36 (55%)	18 (27%)	66 (100%)

Tabel 2. Kasvaja asukoht ja sümptoomid (juhtude arv)

Asukoht	Sümptoomid					Muud	Kokku
	peavalu	krambid	halvatus, kõnehäire, tundlikkus-häire	isiksuse muutus, mäluhäire	nägemis-häire		
Parasagitaalpiirkond ja ajusirp	1	11	9	2	—	1	24
Ajukumerus	6	3	4	1	1	2	17
Eesmine koljuauk, türgi sadula piirkond	2	—	—	3	6	1	12
Põhiluutiib	—	1	—	—	2	—	3
Koljupõhimik	—	1	—	—	—	1	2
Ajutelgiuline piirkond	—	2	—	—	—	—	2
Tagumine koljuauk	4	—	—	—	—	2	6
Kokku	13 (20%)	18 (26%)	13 (20%)	6 (9%)	9 (14%)	7 (11%)	66 (100%)

põhimiku inoperaabel meningioom, mida ei olnud näidanud ka korduvad kompuutertomograafilised uuringud.

1980-ndate aastate kirjanduse andmeil (2, 6, 9, 10, 12, 13) kõikus meningioomide kirurgilise ravi puhune letaalsus 4...23,6% piires, olenedes peaaugkasvaja lokalisatsioonist. Kõige suurem oli letaalsus türgi sadula piirkonna meningioomide puhul. Tänu mikrokirurgiatehnika täiustumisele on letaalsus eelmise aastakümne andmetega võrreldes tunduvalt vähenenud (12).

Tabelis 1 on toodud meningioomide jaotumus lokalisatsiooni ja suuruse järgi.¹ Suurema osa moodustasid parasagitaalpiirkonna ja ajusirbi meningioomid (36%), millele järgnesid ajukumeruse meningioomid (27%), kokku oli neid umbes $\frac{2}{3}$ kõigist kasvajatest. On tähelepanuväärne, et esimesed võisid kasvada väga suureks veel enne seda, kui haiged jõudsid neurokirurgi vaatevälja. Nii oleme sellest piirkonnast eemaldanud 8 väga suurt ja 13 suurt meningioomi 24-st, mis moodustasid 90% antud piirkonna kasvajatest. Kahepoolseid meningioome täheldasime 12 juhul (16,5%). 11 juhul paiknesid nad

kahel pool ajusirpi, ühel juhul mõlemal pool ajukesetelki.

Kasvaja esmased sümptoomid olenevad asukohast (vt. tabel 2).

Peavalu tekkis haiguse algperioodil harva, eriti harva esmase sümptoomina parasagitaalpiirkonna ja ajusirbi meningioomide puhul. Nende korral leidsime enam üldist või Jacksoni epilepsiat (esimese ja teise kolmandiku ajusirbi meningioomid) või aeglaselt arenevat hemipareesi või tundlikkushäiret (teise ja kolmanda kolmandiku ajusirbi meningioomid). Enam oli esmase sümptoomina peavalu tagumise koljuaugu, veidi vähem ajukumeruse meningioomi juhtudel. Isiksuse muutuse, dementsuse ning ühe või kahe silma nägemishäirete korral oli selle põhjuseks esimese koljuaugu, türgi sadula piirkonna või põhiluutiivakasvaja.

Paispapill oli hospitaliseerimise ajaks välja kujunenud 66 haigest ainult 21-l.

Paljudel juhtudel olid just peavalu ja paispapilli puudumine põhjuseks, miks kasvajat ei olnud kohe diagnoositud ja haige sattus neurokirurgiaosakonda alles haiguse hilisemas staadiumis.

Suuremal osal juhtudel õnnestus kasvaja operatsioonil eemaldada subtotaalselt (II aste Simpsoni järgi).² Ajusirbi meningioomi juhtudest resetseerisime pooltel ka osa ajusirbist (I aste). Viiel

¹ Kasutatud on R. C. Chani, G. B. Thomsoni (2) klassifikatsiooni — väikesed meningioomid läbimõõduga kuni 4,5 cm, suured 4,5...7 cm, väga suured üle 7 cm.

Tabel 3. Kirurgilise ravi vahetud tulemused (juhtude arv)

Haigete rühmad Karnofski skaala põhjal*	Hospitaliseerimine	Haiglast lahkumine
I		
70...100 palli	37	46
II		
30...60 palli	23	13
III		
0...30 palli	6	—
Kokku	66	59

* Selgitus tekstis.

juhul õnnestus kasvaja eemaldada vaid osaliselt (III aste).

Histoloogiliselt osutus 50 meningioomi healoomulisteks, 13 vahepealseteks ja 3 pahaloomulisteks. Pahaloomulise meningioomi korral määrati pärast operatsiooni kiiritusravi.

Retsidiveeruva meningioomi korral oli kasvaja esmasel operatsioonil eemaldatud subtotaalselt. Laadilt on need kasvajakud olnud healoomulised, välja arvatud üks, mis oli maligniseerunud.

Vahetud ravitulemused on toodud tabelis 3. Haigete tervise seisundi hindamiseks nii hospitaliseerimisel kui ka haiglast lahkumisel kasutasime Karnofsky skaalat (5). See peegeldab haige aktiivsust kümnepallisüsteemis järgmiselt:

- 100 — kaebusi ei ole, normaalne aktiivsus;
- 90 — vähesed kaebused, normaalne aktiivsus;
- 80 — vähesed kaebused, igapäeva-aktiivsus nõuab pingutust;
- 70 — hoolitseb enese eest ise, kuid ei suuda jätkata varajasemat elu-ega tööaktiivsust;
- 60 — vajab vähest kõrvalist abi;
- 50 — vajab tunduvat abi ja hooldust;
- 40 — abitu, vajab erihooldust;
- 30 — täiesti abitu, vajab hospitaliseerimist;
- 20 — vajab intensiivravi;
- 10 — surija.

Haigeid oleme selle järgi rühmitanud (vt. tabelid 3 ja 4):

² Operatsiooni maht Simpsoni järgi (9): I aste — meningioom eemaldatud koos alusega, II — meningioom eemaldatud, alus koaguleeritud, III — meningioom suuremas osas eemaldatud, IV — meningioom väheses osas eemaldatud, V — meningioom eemaldamata, tehtud dekompresioon.

I — seisund suhteliselt hea (70...100 palli);

II — seisund rahuldav (40...60);

III — seisund halb (10...30).

Hospitaliseerimisel kuulus I rühma üle poole haigetest, haiglast lahkumisel aga ligi kaks kolmandikku. Surmajuhete tuli ette üksnes pärast raskelt haigete opereerimist.

Hemiparees pärast operatsiooni kas vähenes või kadus kümnelt juhul. Seitsmel juhul see süvenes või tekkis tingituna operatsioonist. Halvatus taandus nädalate jooksul ning haiglast lahkumise ajaks oli see peaaegu kadunud. Eranditult tekkis või süvenes halvatus pärast ajusirbi meningioomide eemaldamist, kui ei olnud võimalik säilitada parasagitaalseid kortikaalveene.

Jacksoni epilepsia hood kadusid kõigil, kellel need olid esinenud enne operatsiooni. Pooltel juhtudel jäi püsima üldine epilepsia, olgugi et tunduvalt harvemate hoogudega.

Nägemine ei taastunud pärast eesmise koljuaugu või türgi sadula piirkonna meningioomide eemaldamist siis, kui see häire oli kestnud üle aasta ja oli olnud raske. Ühel juhul see pärast operatsiooni isegi süvenes. Kerge nägemishäire, mis oli tingitud kasvaja kaugmõjust (*visus* 0,6...0,9), paranes kohe. Andmed vastavad J. Rosensteini andmetele 1984. aastast, kes suprasellaarsete meningioomide puhul on leidnud, et nägemine taastub neil, kellel see häire ei ole kestnud üle kahe aasta ja on mõeldukas (mitte alla 50%).

Hilistulemusi hindasime 33 haigel, kellel operatsioonist oli möödunud üks

Tabel 4. Kirurgilise ravi hilistulemused (juhtude arv)

Haigete rühmad Karnofski skaala põhjal	Enne operatsiooni	Pärast operatsiooni	Hilistulemused
I			
70...100 palli	20	21	30
II			
40...60 palli	11	12	3
III			
0...30 palli	2	—	—
Kokku	33	33	33

kuni viis aastat. 30 haige seisund oli hea, kolm vajasid kõrvalabi. Kahel haigel hemiparees püsis. Nendel oli see olnud juba enne operatsiooni raske. Tugevate häirete korral ei paranenud nägemine isegi pikema aja jooksul. Jacksoni epilepsia oli kadunud. Enne operatsiooni üldiste epilepsiahoogude all kannatanuist pooltel olid need hood küll harvenenud, kuid mitte kadunud.

Järeldused.

1. Et peavalu esmase sümptoomina meningiitide puhul esineb harva, siis tuleb esimest korda tekkinud epilepsiahoogu, eriti aga Jacksoni epilepsiasse, kiirelt arenenud psüühikahäiresse, samuti progresseeruvasse ühe või mõlema silma nägemishäiresse suhtuda tõsiselt ning tõhusate diagnoosimisvahenditega (kompuutertomograafia) välistada intrakraniaalse meningiitide olemasolu.

2. Arvestades seda, et osa meningiitide retsidiiveerub, tuleb opereeritud dispanseerida ja süstemaatiliselt, üks kuni kaks korda aastas, olenevalt kasvaja morfoloogilisest ehitusest, teha aju kompuutertomograafilise uuringu.

KIRJANDUS: 1. Borovich, B., Dorow, Y., Braun, J. a.o. J. Neurosurg., 1986, 65, 168—171. — 2. Chan, R. C., Thompson, G. B. J. Neurosurg., 1984, 60, 52—59. — 3. Deen, H. C., Scheithauer, B. W., Ebersold, M. J. J. Neurosurg., 1982, 56, 317—322. — 4. Hoessly, C. F., Olivecrona, H. J. Neurosurg., 1955, 12, 614—626. — 5. Karnofsky, D. A., Abelman, E. H., Craver, L. F. a.o. Cancer, 1948, 1, 634—656. — 6. Mirimanoff, R. O., Dosoretz, D. E., Linggood, R. M. a.o. J. Neurosurg., 1985, 62, 18—23. — 7. Quest, D. O. Neurosurgery, 1978, 3, 219—225. — 8. Rosenstein, J., Simon, L. J. Neurosurg., 1984, 61, 642—648. — 9. Simpson, D. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, 1957, 20, 22—39. — 10. Solero, C. L., Giombini, S., Morello, G. Acta Neurochir., 1983, 67, 181—194. — 11. Thomas, H. G., Dolman, C. L., Berry, K. J. Neurosurg., 1981, 55, 929—934.

12. Габиров Г. А., Куклина А. С., Алексеева В. С. и др. Вopr. нейрохир., 1987, 4, 32—37. — 13. Крумина Г. А., Аликис Г. А., Апикале Д. Л. и др. В кн.: Актуальные вопросы неврологии и психиатрии и нейрохирургии. Рига, 1985, 28—30.

Tallinna Kiirabihaigla

UDK 616-001.17:616.12-008.311

Rasvhüperglobuleemia põletushaigetel

Rein Koha · Tallinn
Õie Veinberg · Kohtla-Järve

põletushaigus, püsiv tahhükardia, rasvhüperglobuleemia

Põletushaiguse kliiniline pilt raskete põletuste puhul, kui kaasnevad elutähtsate elundite talitlushäired, sarnaneb paljuski luumurdude poolt tekitatuga (8). Sellele on iseloomulik püsiv tahhükardia, kehatemperatuuri tõus, kesknärvisüsteemi talitlushäired, äge hingamispuudulikkus ja neerude talitlushäired. Teatavasti võib püsivat tahhükardiat raskete luumurdude korral vaadelda traumajärgse düslipideemilise koagulopaatia esmase kliinilise avaldusena, mille laboratoorseks ekvivalendiks on rasvhüperglobuleemia perifeerses venoosses veres ja mis korreleerub püsiva tahhükardiaga (8). Et rasvagoobuleid võib leida ka tervete inimeste veres (8), siis võime rääkida sellest kui universaalsest nähtusest lipiidide transportimisel (5) ja kõrvalekalletest, kui esineb rasvhüperglobuleemia perifeerses venoosses veres (8, 10).

Käesoleva töö eesmärgiks oli kindlaks teha, milline on rasvglobuleemia põletushaigetel ja kuidas ta korreleerub kliiniliste nähtudega.

Uurimismaterjal ja -meetod. Uuriti 11 põletushaiget (kümnet meest ja ühte naist), nende keskmine vanus oli $46,4 \pm 15,3$ aastat; põletuspind $19,4 \pm 11,9\%$ (I... III^b raskusastmeni). Uurimine toimus NSV Liidus 1962. aastal vastuvõetud klassifikatsiooni järgi (6).

Üks haige suri. Peale valu ja kehatemperatuuri tõusu esines 10 haigel püsiv tahhükardia (pulsisagedus 90 või rohkem lööki minutis). Mainituist kolmel esinesid kesknärvisüsteemi talitlushäired, nagu somnolentsus, orientatsioonihäired, mis hiljem läksid üle psühhomotoorseks rahutuseks. Seejuures oli kahel nimetatud häirete all kannatajaist ka hingamispuudulikkuse (tahhüpnöe üle 28 või rohkem hingamisliigutust minutis). Üldse kannatas hingamispuudulikkuse all kolm haiget. Kahel neist tehti kindlaks ka

neerude talitlushäired (põletuspind 32% ulatuses, I... III^b astme põletus) — oliguuria. Ühel haigel oli kõigi kolme elundsüsteemi funktsioon tugevasti häiritud, mille tõttu kolmandal haiglasel saabumise päeval haige suri.

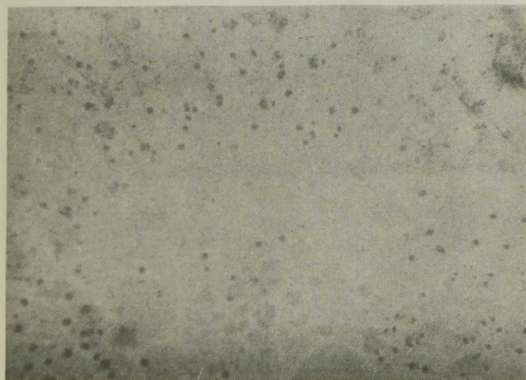
Kõikidel juhtudel jälgiti Haaschi ja Bschori modifitseeritud meetodil rasvglobuleemiat perifeerses venoosses veres (2, 8). Verevõtmisel ei peetud kinni kindlatest päevadest, verd võeti haige saabumisest kuni 18. põletusjärgse päevani. Tehti 24 analüüsi, keskmiselt kaks analüüsi haige kohta.

Korrelatsioonikoefitsient südametegevuse intensiivsuse ja rasvglobuleemia intensiivsuse vahel arvutati valemi järgi (10). Surmaga lõppenud juhul uuriti elutähtsate elundite mikropreparaate patoloogilis-anatoomiliselt rasvatilgakeste sisalduse suhtes (11).

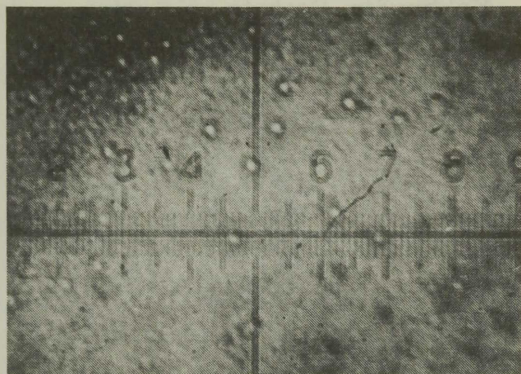
Töö tulemused ja arutelu. Põletushaigetel oli rasvglobuleemia näitaja $3,5 \pm 0,9$, kõikumine 5+ -lt kuni 1+ -ni. Ühel haigel leiti hospitaliseerimise ajal võetud veres hulgaliselt lipiide, mis kolmandaks päevaks taandusid 4+ -ni või vähem (vt. mikrofotod 1 ja 2). Seejuures diagnoositi juba hospitaliseerimisel püsiv tahhükardia ja neerude talitlushäired. Hingamispuudulikkus kujunes välja alles kolmandaks haiguspäevaks, kui uriinieritus oli normaliseerunud.

Surmaga lõppenud juhul rasvatilku elutähtsate elundite histoloogilistes preparaatides ei leitud.

Püsiva tahhükardia ja rasvglobuleemia intensiivsuse vahel leiti olevat positiivne korrelatsioon ($r = +0,68$). Tulemused näitasid, et antud modifitseeritud meetodil ei saa rasvglobuleemia



Mikrofoto 1. Hulgaline lipiidide leid Haaschi ja Bschori järgi modifitseeritud meetodil värvitud preparaadis. Suurendus 7×7 .



Mikrofoto 2. Rasvhüperglobuleemia (++++) samal haigel (vt. mikrofoto 1) pärast kahe päeva möödumist. Värvitud modifitseeritud meetodil Haaschi ja Bschori järgi. Suurendus 40×7 .

intensiivsuses ega laadis sedastada erinevusi luuvigastuste puhul esinevast rasvglobuleemiast ning raskete põletushaigete korral võib peale rasvglobuleemia rääkida ka rasvhüperglobuleemiast (8).

Teatavasti raskete põletuste korral, eriti siis, kui kaasneb šokiseisund, esineb vere hüperkoagulatsiooni trombotsüütide aktiveerumise tendents, mis põhjustab mikrotsirkulatsioonihäireid, seejärel kopsude gaasivahetushäireid (1, 3, 7). Et iseloomulik rasvhüperglobuleemia intensiivsuse positiivne korrelatiivne seos püsiva tahhükardiaga viitab sarnastele toimemehhanismidele, mis toimivad raske mehaanilise trauma korral, siis võiksime ka põletuste puhul rääkida düslipideemilisest koagulopatiast. Ettevaatusele sunnib aga fakt, et surnul ei leidunud rasvatilgakesi ei kopsudes ega teiste elundite histoloogilistes preparaatides. See aga viitab selgesti fibrinolüütilise süsteemi pärssimisele (9), seda on põletushaigetel leitud ka varajasematel uuringutel (7). Rasvatilgakeste puudumine histoloogilistes preparaatides viitab mõningatele erinevustele luumurdude ja põletuste patofüsioloogilistes mehhanismides. Et aga antud töö piires oli tegemist ainult ühe surmajuhuga, vajab see probleem edaspidi uurimist.

Kokkuvõte. Raskete põletustraumade korral, kui esinevad elutähtsate elund-süsteemide talitlushäired, on iseloomulik rasvhüperglobuleemia, mis on positiivses korrelatsioonis põletushaigeli esi-neva püsiva tahhükardiaga.

KIRJANDUS: 1. Baluda, V. P., Lukhoyanova, T. I., Kozelskaja, L. V. a. o. Burns, 1986, 12, 3, 176—183. — 2. Bschor, F., Haasch, K. Arch. klin. Chir., 1963, 302, 408—422. — 3. Iashvili, B. P., Baluda, V. P., Lukhoyanova, T. Y. a. o. Burns, 1986, 12, 3, 184—187. — 4. Lehman, E. P. Moore, R. M. Arch. Surg., 1927, 14, 3, 621—662. — 5. Tedeschi, L. G., Castelli, W., Kropp, G. a. o. J. Surg. Gynecol. Obstet., 1968, 126, 1, 83—90.

6. Варес А. Ю., Мяннико П. В., Фирсов Г. Н., Кривостальд Х. А. Местное лечение ожогов. Методические рекомендации. Таллин, 1981. — 7. Гур-Арье Б. Н. Нарушения газообмена и гемодинамики в легких при ожоговом шоке и токсемии. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Л., 1983. — 8. Коха Р. А. Ортопед. травматол., 1985, 6, 16—18. — 9. Коха Р. А. В сб.: Лечение костногнойной инфекции методами Арнольда Сеппо. Сборник научных трудов. Том I. Таллин, 1986, 106—116. — 10. Лавринович Т. С., Луена М. Э., Слуцкий Л. И. Липиды и свертывание крови после повреждения костей. Рига, 1979. — 11. Марков А. М., Поляков Л. Е. Санитарная статистика. Л., 1974. — 12. Ромейс Б. Микроскопическая техника. М., 1954.

A. Seppo nim. Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise Laboratoorium ja Kliinik

Kohtla-Järve Kiirabihaigla

UDK 616-006.34-036.4-07-08

Sääreluu pahaloomuline adamantinoom

Rait Labotkin Karl Kull
Roman Rammul Tartu

luukoekasvajad, adamantinoom, prekantseroos, kliinik, diagnoosimine, ravi

Adamantinoom on harva esinev luukoekasvaja, mille koelist päritolu ei ole tänaseks veel lõpuni selgitatud (5). Adamantinoom moodustab 0,3...0,4% kõigest luukasvajatest ning on 90%-l juhtudest lokaliseerunud näo- ja lõualuude piirkonda (2, 5, 6, 12).

W. C. Coulsoni (5) arvates tuleb toruluid kahjustavat adamantinoomi hinnata kasuistilise juhuna. 1940. aastani oli kirjeldatud ainult 15 toruluude pahaloomulise adamantinoomi juhtu (6).

Teda esineb 10...50-aastaste (83%) ja 51...61-aastaste (12%) vanuserühmades. Sagedamini (93%) lokaliseerub ta sääreluu diafüüsis, harvemini öla- või küünarvarreluus, kus tekitab iseloomuliku tuumori (2, 5, 13).

Röntgenoloogiliselt meenutab kasvaja luukoe tsüstjat degeneratsiooni. Kasvaja koosneb suurematest või väiksematest tsüstidest, mis haiguse hilisemas staadiumis ühte sulavad, moodustades

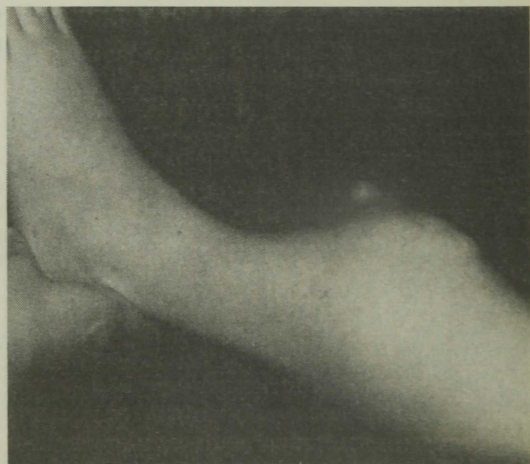


Foto 1.

luukoes suuri õõnsusi. Korteks tsüstide kohal on tunduvalt õhenenud, kuid samal ajal puudub osteosarkoomidele iseloomulik periostaalne reaktsioon. Solitaarseid adamantinoomi vorme esineb umbes viis korda harvem kui tsüstjaid (5, 13).

Kliiniliselt on haigus aeglase kuluga ning talle on iseloomulikud ekspansiivselt arenevad luu lokaalse destruktsiooni tunnused (2, 5, 9, 12). Koos toruluu deformeerumisega tugevnevad progresseeruvalt haige vaevused, mis enamasti väljenduvad valudena jäseme füüsilisel koormamisel või patoloogilise fraktuurina. Ajavahemik esmaste sümptomide ilmnemisest kuni tuumori leiuni on sageli 10...15 aastat (6, 11, 13).

Adamantinoomi pahaloomustumist on täheldatud kõigest 2...4%-l juhtudest (9, 12, 13). Maligniseerumise korral intensivistub tuumori lokaalne kasv järsku ja vaevused süvenevad kiiresti. Ainult üksikjuhtudel on kirjeldatud kasvaja lümfogeenset või hematogeenset metastaseerumist (1, 3, 8).

Haiguse patomorfoloogiline diagnoosimine on sageli raskendatud, sest puuduvad andmed protsessi koelise päritolu kohta. Erinevalt teistest osteosarkoomidest puuduvad pahaloomulisel adamantinoomil rakuline anaplaasia ja pleomorfism. Üldjuhul moodustab 1/3 kuni 3/4 kasvaja stroomast sidekude, milles üksikute pesadena paiknevad

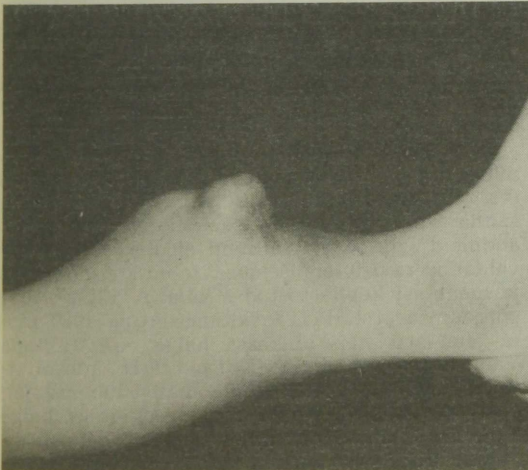
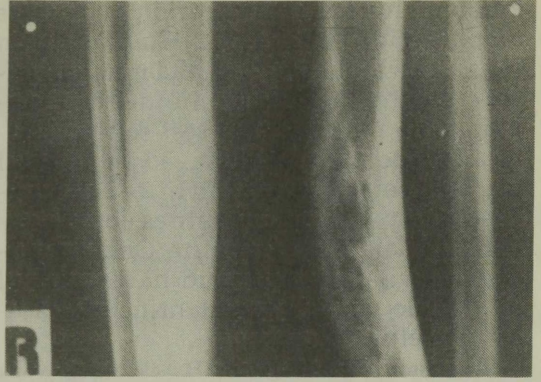


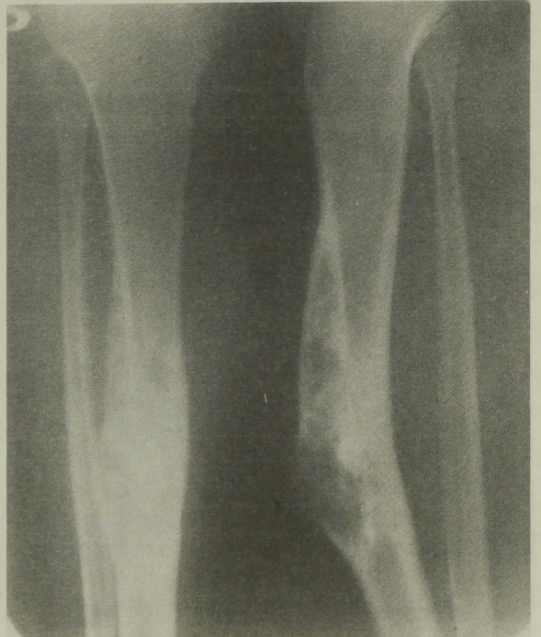
Foto 2.



Röntgenogramm 1.

kasvajarakkude kogumid. Oma struktuurilt meenutavad need rakud lamellakulist epiteeli, basaarakulist vähki või rinnanäärrest lähtunud vähkkasvaja metastaase (7). Üksikjuhtudel ümbritsevad sidekoes pesitsevaid kasvajakude koldeid pilu- või lõhetaolised tühimikud ning mikroskoopiliselt meenutab kasvaja sünoviaalset või vaskulaarset sarkoomi (4).

Ravi valikmeetodiks adamantinoomi ja eriti tema maligniseerunud vormide puhul peetakse radikaalset operatsiooni. Kui kasvajast tingitud luudestruktsioon on ulatuslik, on soovitatav kasvajat



Röntgenogramm 2.

kandev luuosa resetseerida või jäse amputeerida (3, 10, 11, 12). Lubamatu on teha kasvajakolde väljakaapimisi, laser-, elekter- või teiste mõjuritega kasvajakolde puhastamist, sest sellised manipulatsioonid põhjustavad enamasti kasvaja retsidiivi teket (1, 2, 11). Opeereeritute prognoos elu suhtes on hea.

Kirjeldame Tartu Linna Onkoloogiadispenseris ravil viibinud haiget, kellel oli pahaloomuline adamantinoom vasaku sääreluu alaosas.

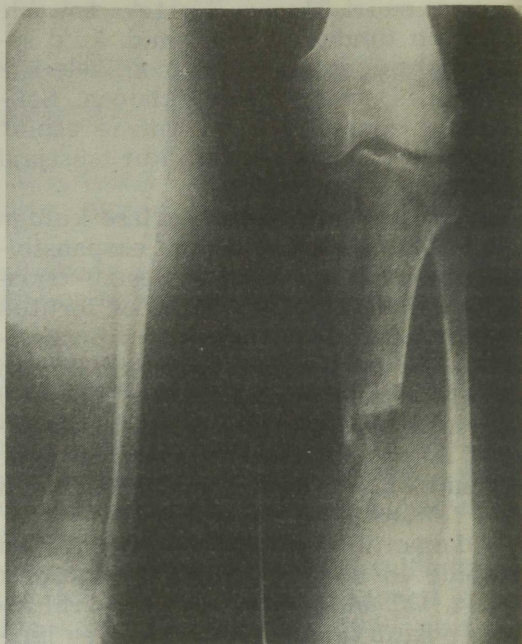
Haigusjuht. Meeshaige H. H., 67 aastat vana (Tartu Linna Onkoloogiadispenseri haiguslugu nr. 1649/1987), hospitaliseeriti 8. detsembril 1987 Tartu Linna Onkoloogiadispenseri I kirurgiaosakonda osteosarkoomi kahtluse tõttu.

Haigel esines vasaku sääre ala- ja keskosa eesmisel ning mediaalsel pinnal tihket konsistentsi kasvajaline moodustis mõõtmetega 15×12×10 cm. Tuumori mediaalselt pinnalt võlvus välja pehmet konsistentsi kasvajaline moodustis diameetriga 3 cm (vt. fotod 1 ja 2). Nahk väiksema tuumori peal oli hüperemiline ja patoloogilise veresoontevõrgustikuga kaetud. Kasvajast kahjustatud jäse oli funktsioonivõimetu ja passiivsed liigutused kutsusid selles esile terava valu.

Anamneesist selgus, et seitsmeaastaselt oli laps jala mänguhoos ära löönud, mille järel olid pidevalt tekkinud valud vasakus sääres. Kehaline aktiivsus ei olnud piiratud. Kahe-kolme aasta pärast ilmus trauma piirkonda tagasihoidlik luupaksend. 1930. aastal oli haige viibinud Tartu



Röntgenogramm 3.



Röntgenogramm 4.

Haavakliinikus konsultatsioonil, kus oli tehtud ka esimene sääreluu röntgenuurering (vt. röntgenogramm 1). Haige sõnade järgi olid arstid tal arvanud olevat traumajärgse luudegeneratsiooni, mis spetsiifilist ravi ei vaja.

1930...1967. aastani kasvajaline moodustis aeglaselt suurenes. Vaatamata järk-järgult tugevnevale jalavalule, oli haige suuteline elektrikuna tegema suurt kehalist pinget nõudvat tööd. Sel ajavahemikul oli haige korduvalt pöördunud spetsialistide poole, kes aga eriravi vajalikuks ei pidanud.

1967. aastal jalavalu tugevnes ning lõpuks hakkas see töötamist segama. Haige pöördus Tartu Linna Kliinilise Haigla traumatoloogide poole konsultatsiooniks, kus tehti ka järjekordne röntgenuurering (vt. röntgenogramm 2). Haigel soovitati vahetada töökohta ja vähendada jala koormust. Vaatamata püsivatele valudele vasakus jalgas, oli haige professionaalselt ja sotsiaalselt täielikult adapteerunud.

1979. aasta detsembris tekkis spontaanne luumurd ilma luusegmentide olulise dislokatsioonita (vt. röntgenogramm 3). Luumurd fikseeriti Tartu Linna Traumapunktis kipsmähisega (täpsemad andmeid selle kohta säilinud ei ole). Kaks kuud väldanud ravi tulemusena sääreluu konsolideerus ja haige sai kepile toetudes käia. ATEK-i otsuse põhjal määrati talle II invaliidsusgrupp. 1980. aasta jaanuaris käis abikaasa haige eest Tallinna Vabariiklikus Onkoloogiadispenseris konsultatsioonil. Et kahtlustati pahaloomulist luukasvajat, peeti soovitatavaks jala amputeerimiseks haige kohe hospitaliseerida, millest ta aga keeldus.

1983. kuni 1987. aastani kasvaja pidevalt suurenes ning valu järjest tugevnes. Haige sai liikuda karkude toel, arsti juurde ta aga ei läinud.

UDK [616.441-002+612.018]:616-08

Ühe kuu jooksul oli kasvaja pinnale tekkinud lisamügar (vt. fotod 1 ja 2), mille tõttu haige pöördus Tartu Rajooni Polikliinikusse. Kahtlustades osteosarkoomi suunasid arstid ta Tartu Linna Onkoloogiadispenserisse.

8. detsembril 1987 tehtud röntgenipildil on näha kasvajast tingitud ulatuslik sääreluu osteolüüs (vt. röntgenogramm 4). 10. detsembril võeti tuumorist peene nõelaga aspiratsioonimaterjali tsütoloogiliseks uuringuks. Leid vastas osteosarkoomi puhul esinevale (uuring nr. 6366). Täiendavatel uuringutel regionaarseid ega kaugmetastase ei leitud. 15. detsembril amputeeriti ajajäse reieluu alumise ja keskmise kolmandiku piirilt. Operatsioonipreparaadis leiti kasvaja mõõtmetega $17 \times 15 \times 12$ cm. Läbilõikes oli kasvaja valkjashallikat värvi ja sidekoelist konsistentsi. Keskel oli 3 cm läbimõõduga tsüstjas õõnsus, mis oli täidetud valkja häguse sisaldisega. Põlveõndlas metastase ei olnud. Operatsioonipreparaadi korduv patomorfoloogiline uuring näitas, et tegemist oli maligniseerunud adamantinoomiga (uuringud nr-d 8677...8680).

Pärast operatsiooni tüsistusi ei tekkinud. Reie-kõnt paranes esmaspingsalt.

Esitatud haigusjuhu kirjeldamisega tahtsime tutvustada kliinikus harva esinevat ja kirjanduses vähe käsitlemist leidnud kasvajat ning tema kliinilise kulu eripära. Erilist tähelepanu juhiksime ajale, mis kulus pahaloomulise protsessi arenguks prekantseroosi foonil.

KIRJANDUS: 1. *Anderson, H. C., Byunghoom, K., Mihkowitz, S.* Cancer, 1969, 24, 585—596. — 2. *Baber, P. L., Dokerty, M. B., Coventry, M. B. J.* Bone Joint Surg., 1954, 36 A, 704—720. — 3. *Bryne, M. P., Kasmala, R. L., Cunningham, M. P.* Am. J. Surg., 1974, 128, 91—94. — 4. *Changus, G. W., Speed, I. S., Steward, F. W.* Cancer, 1957, 10, 540—559. — 5. *Coulson, W. F.* Adamantinoma of the Limb Bone. In: Surgical pathology, v. 2. Toronto, 1978, 1247—1248. — 6. *Lubschits, K.* Acta radiol., 1945, 5, 26, 126. — 7. *Schajowicz, F. J.* Bone Joint Surg., 1959, 41 A, 349—356. — 8. *Tsukoda, Y., Pickren, J. W., Helleman, K.* Cancer, 1965, 18, 916—925.

9. *Ермолаев И. И.* В сб.: Тезисы докладов Пленума Всесоюзного научного медицинского общества и 3-й выездной сессии ЦНИИС. М., 1965, 107. — 10. *Зацепин С. Т.* Сохранные операции при опухлях костей. М., 1984. — 11. *Козырева А. Л.* Клиника и лечение адамантином, одонтом, цементом. М., 1959. — 12. *Колесов А. А.* Стоматология, 1954, 4, 41. — 13. *Петров Н. Н., Холдин С. А.* Адамантинома. В кн.: Злокачественные опухоли. Т. II, 327—330.

TRÜ arstiteaduskonna radioloogia ja onkoloogia kateeder

Tartu Linna Onkoloogiadispenser

Kilpnäärme hormoonide kontsentratsiooni määramise tähtsus türeotoksikoosihaigete veres ravi toime hindamisel

Tiit Halling Liilian Järvekülg · Tallinn

kilpnäärme hormoonid, DELFIA, hüpertrijodotüronineemia, normotüroksineemia, hüpötüroksineemia

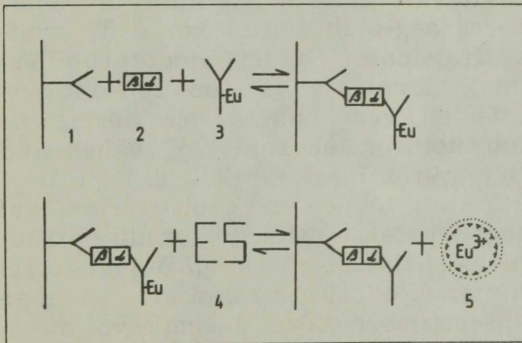
Difuusne toksiline struuma on geneetiliselt determineeritud autoimmuunhaigus, mille puhul esinevad kilpnäärme hüperplaasia ja funktsionaalse aktiivsuse tõus. Organismis toimuvate muutuste põhjuseks on kilpnäärme hormoonide liigne eritumine. Difuusse toksilise struuma all kannatavatel haigetel on trijodotüroniini (T_3) ja türoksiini (T_4) kontsentratsioon veres normaalsest suurem ning hüpofüüsist erituva türeotropse hormooni (TTH) kontsentratsioon on kas normaalne või vähenenud (14, 15). Kilpnäärme funktsionaalne aktiivsus ravi ajal väheneb, väheneb ka T_3 ning T_4 kontsentratsioon. Radiojoodravi saanute pikaajalisel jälgimisel ning ka konservatiivselt ravitavate haigete jälgimisel on nende veres aeg-ajalt leitud kõrge T_3 kontsentratsioon (hüpertrijodotüronineemia), samal ajal aga on T_4 kontsentratsioon veres olnud kas normaalne (normotüroksineemia) või vähenenud (hüpötüroksineemia) (1, 2, 9, 12, 13).

Antud töö eesmärk oli uurida, kui sageli leitakse difuusse toksilise struumaga haigetel merkasoliitravi korral hüpertrijodotüronineemiat, millega kaasneb normotüroksineemia või hüpötüroksineemia. Eesmärk oli uurida ka hüpertrijodotüronineemia seost türeotoksikoosi raskusastme ja haiguse kulu iseärasustega.

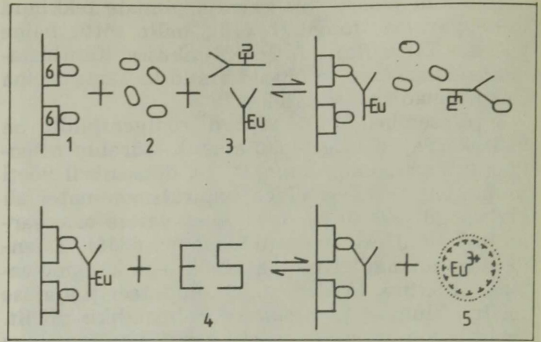
Præguseni on TTH, T_3 ja T_4 kontsentratsiooni määramiseks laialdaselt kasutatud radioimmuunoloogilist (RIA-) meetodit. Antud töös rakenda-

sime meie vabariigis seni veel mitte kasutamist leidnud uut immunofluorestsentsimeetodit — DELFIA (*Dissociation Enhanced Lanthanide Fluoro-Immuno Assay*), mis oma tundlikkusest ei jää alla ja paljudel juhtudel isegi ületab RIA-meetodi. Meetodi eeliseks on, et ta ei nõua radioaktiivsete isotoopide kasutamist, mistõttu analüüsiks ei ole vaja eritingimusi. DELFIA-meetod põhineb mõningate lantaniidide (euroopiumi, terbiumi jt.) helaatkomplekside fluorestsentsi mõõtmisel ajaliselt lahutatud režiimis. DELFIA-meetod ei erine põhimõtteliselt ensüümest immunosorbentist (ELISA-) või RIA-meetodist, kuid analüüsi märgisena kasutatakse euroopiumi (Eu) ning immuunkompleksi identifitseeritakse euroopiumi fluorestsentsi järgi. Et antud meetodil mõõdetakse euroopiumioonide (Eu^{3+}) fluorestsentsi lahuses, siis immunoloogilise analüüsi lõpul lisatakse spetsiaalne nn. tugevdav lahus (ingl. k. *enhancement solution*, vene k. *усиливающий раствор*), mille toimel euroopiumioonid dissotsieeruvad immuunkompleksilt ja moodustavad tugevdava lahuse komponentidega intensiivselt fluorestsereivaid helaatkomplekse. Helaatkomplekside fluorestsentsi intensiivsust (impulssi sekundis) mõõdetakse ajaliselt lahutatud režiimis, s. t. euroopiumioonide ergastamine ja fluorestsents toimuvad eri laine pikkustel (6). Euroopiumi kontsentratsioon, mida saab määrata DELFIA-meetodil, on $5 \times 10^{-14} \text{M}$ ja seda mõõdetakse 1 sekundi jooksul (7). Meetodi tundlikkus TTH kontsentratsiooni määramisel on $0,03 \mu\text{TÜ/ml}$, T_3 määramisel $0,08 \text{ nmol/l}$ ja T_4 määramisel 1 nmol/l (3, 4, 5).

TTH kontsentratsiooni leidmiseks kasutatakse immunoloogilise analüüsi üheastmelist nn. *sandwich*-varianti (vt. joonis 1). Immunosorbendina ja euroopiumiga märgistatud konjugaadina kasutatakse monokloonseid antikehi, mis on suunatud TTH molekuli eri antigeensete determinantide vastu. Analüüsi lõpul lisatakse tugevdav



Joonis 1. TTH kontsentratsiooni määramise põhimõtteline skeem. 1 — immunosorbent — β -subühiku vastu suunatud monokloonsed antikehad, 2 — antigeen — TTH molekul, 3 — euroopiumi märgisega α -subühiku vastu suunatud monokloonsed antikehad, 4 — tugevdav lahus, 5 — fluorestsentsi mõõtmine ($\lambda = 613 \text{ nm}$).



Joonis 2. T_3 või T_4 kontsentratsiooni määramise põhimõtteline skeem. 1 — immunosorbent — antigeen (valgulise kandja abil plastikule sorbeeritud T_3 või T_4 molekulid), 2 — konkureeriv antigeen — uuritava seerumi T_3 või T_4 molekulid, 3 — euroopiumi märgisega antikehad, 4 — tugevdav lahus, 5 — fluorestsentsi mõõtmine, 6 — valguline kandja.

lahus ja vastavalt fluorestsentsi intensiivsusele määratakse TTH kontsentratsioon uuritavas seerumis. T_3 ja T_4 kontsentratsiooni määramine põhineb konkurentsreaktsioonil plastikul immobiliseeritud hormooni, uuritavas vereseerumis oleva hormooni ning euroopiumiga märgistatud T_3 ja T_4 vastaste antikehade vahel, kusjuures T_4 puhul kasutatakse monokloonseid ja T_3 puhul polükloonseid antikehi (vt. joonis 2). Immunoloogiline analüüs toimub üheastmeliselt ning analüüsi lõpul lisatakse tugevdav lahus.

Oma töös jälgisime aasta jooksul 30 difuusse toksilise struumaga haiget, 27 23...72 aasta vanust naist ja kolme 46...54 aasta vanust meest, kes olid saanud merkasoliilravi. Enne ravi algust ületas kõikidel patsientidel nii T_3 (keskmine kontsentratsioon $\bar{x} = 9,30 \text{ nmol/l}$, $\text{SD} = 4,19 \text{ nmol/l}$) kui ka T_4 kontsentratsioon veres ($\bar{x} = 368 \text{ nmol/l}$, $\text{SD} = 97 \text{ nmol/l}$) normi piirid. TTH kontsentratsioon veres ($\bar{x} = 0,87 \mu\text{TÜ/ml}$; $\text{SD} = 1,08 \mu\text{TÜ/ml}$) oli 17 haigel normi piires ja 13 haigel vähenenud. Kuuel haigel kaasnes oftalmopaatia, mida ravisime glükokortikoidhormoonidega. Ravi jooksul määrasime kilpnäärme hormoonide ja TTH kontsentratsiooni kolmel või neljal korral, kasutades firmas *LKB-Wallac* valmistatud immunodiagnostikakomplekte DELFIA hTSH, DELFIA T_3 ja DELFIA T_4 . Tulemusi mõõtsime sama firma fluoriimeetriga «Arcus 1230».

Tabel. Kilpnäärme hormoonide kontsentratsioon uuritud naispatsientide veres (n=15)

Nr.	Vanus	TTH μTÜ/ml	T ₃ nmol/l	T ₄ nmol/l	Kliiniline seisund	Ravi algusest möödunud aeg kuudes
1.	37	0,08	3,5	186	Eutüroidne	3,5
2.	32	16,70	9,2	41	Eutüroidne	12,5
3.	43	0,13	4,9	97	Eutüroidne	12
4.	63	0,35	3,9	88	Eutüroidne	3,5
5.	35	0,01	5,5	169	Hüpertüroidne	3
6.	46	0,01	4,7	123	Hüpertüroidne	11
7.	42	0,01	3,7	143	Eutüroidne	3
8.	29	0,06	4,2	17	Eutüroidne	2
9.	23	0,01	4,1	49	Eutüroidne	2,5
10.	47	0,65	4,1	163	Eutüroidne	3
11.	49	0,17	3,8	186	Eutüroidne	3
12.	72	1,59	3,3	44	Eutüroidne	3
13.	44	0,10	5,7	122	Hüpertüroidne	8
14.	34	0,82	3,5	86	Eutüroidne	1
15.	35	0,52	3,3	125	Eutüroidne	1

Märkus. Hormoonide kontsentratsioon tervete veres: TTH 0,30 . . . 3,80 μTÜ/ml;
T₃ 1,2 . . . 3,0 nmol/l; T₄ 70 . . . 190 nmol/l.

30 uuritust oli hüpertüroidotüronineemia 15-l, 11 juhul oli T₄ kontsentratsioon normi piires ja 4 juhul vähenenud (vt. tabel). 12 patsienti olid kliiniliselt eutüroidses seisundis ning kolmel esinesid türeotoksikoosi sümptomid. Hüpotüroidset seisundit me ei täheldanud. TTH kontsentratsioon osutus 14 juhul normaalseks või väheneb. Ainult ühel hüpotüroksineemiahaigel ületas see normi piiri. Hüpertüroidotüronineemia ja normotüroidotüronineemiaga haigete võrdlemisel ei leidnud me statistilist seost türeotoksikoosi raskusastme, haiguse kulu iseärasuste, merkasoliili annuse ega glükokortikoidide tarvitamise vahel. Difuusse toksilise struuma korral esineval hüpertüroidotüronineemial, millega kaasneb normo- või hüpotüroksineemia, võivad olla mitmed põhjused. Merkasoliil blokeerib kilpnäärme hormoonide sünteesi mono- ja dijoodtürosiinide tasemel, suures annuses pidurdab merkasoliil joodi aktiivsete vormide sünteesi, väiksemates annustes blokeerib türosiini jodeerimist. Organismis kujuneb välja joodivaegusele iseloomulik pilt, mille puhul T₃ süntees suureneb (1, 2, 8, 13, 15). Samal ajal väheneb jodeeritud türeoglobuliini hulk ja temas oleva T₃ ja T₄ vaheline suhe on muutunud T₃ kasuks (2, 15). Türeotoksikoosi puhul

on tõusnud T₄ 5'-dejodinaasi aktiivsus, mis suurendab T₄ muutumist T₃-ks nii kilpnäärmesiseselt kui ka -väliselt (1). Teatud osa võivad etendada türeotsüütide membraanidel paiknevate TTH-retseptorite vastased antikehad, mis avaldavad TTH-ga analoogilist toimet, mille tagajärjel T₃ süntees kilpnäärmes kiireneb suuremal määral kui T₄ süntees (9, 11).

Praktilise meditsiini seisukohalt on tähtis teada, et hüpertüroidotüronineemia ja kilpnäärme funktsionaalse seisundi vahel ei ole otsest seost. Seda tõestasid ka käesoleva uurimuse andmed. Haigetel, kellel ravi ajal diagnoositakse hüpertüroidotüronineemia, peab jälgima kliinilist seisundit, hüpotüroksineemia juhtudel on vaja määrata TTH kontsentratsioon vereseerumis, et selgitada, kas on tegemist medikamentoosse hüpotüreoosiga. Ravimi annuse muutmise korral tuleb lähtuda põhiliselt haige kliinilisest seisundist, kilpnäärme hormoonide ja TTH kontsentratsiooni määramisel on ravi ajal täita ainult abistav osa. J. Takamatsu ja kaasautorid soovivad määrata T₃ ja T₄ vahelist suhet haiguse kulu prognoosimiseks, see vajab põhjalikumalt uurimist (10).

Järeldused.

1. 30 uuritud türeotoksikoosi põdest leidsime 15-l hüpertüroidotüroni-

neemia, 11 haigel esines normotüroksi-
neemia ja neljal hüpötüroksineemia.

2. Hüpertrijodotüronineemia ning hüpötüroksineemia esinemine türeotoksikoosi ravi ajal ei ole seoses kilpnäärme funktsionaalse seisundi, türeotoksikoosi raskusastme ega haiguse kulu iseärasustega.

KIRANDUS: 1. *Chen, J. J. S., Ladenson, P. W.* J. Clin. Endocrinol. Metab., 1986, 63, 1, 102—106. — 2. *De Groot, L. J.* Endocrinology. New York, 1979. — 3. DELFIA hTSH Kit: Instruction for use. Turku, 1985. — 4. DELFIA Trijodothyronine (T₃) Kit: Instruction for use. Turku, 1986. — 5. DELFIA Thyroxine (T₄) Kit: Instruction for use. Turku, 1986. — 6. *Hemmilä, J., Dakubu, S., Mukkala, V.-M. a. o.* Anal. Biochem., 1984, 137, 335—343. — 7. *Kaiholo, H.-L., Irtala, K., Viikari, J. a. o.* Clin. Chem., 1985, 31, 1706—1709. — 8. *Liss, A. R.* New Concepts in Thyroid Disease. New York, 1983. — 9. *Sterling, K., Brenner, M. A., Neuman, E. S. a. o.* J. Clin. Endocrinol. Metab., 1971, 33, 5, 729—731. — 10. *Takamatsu, J., Kuma, K., Mozai, T.* J. Clin. Endocrinol. Metab., 1986, 62, 5, 980—983. — 11. *Telger, L., Gillquist, J., Lindwall, R. a. o.* Clin. Endocrinol., 1983, 18, 1—9. — 12. *Toft, A. D., Hunter, W. H., Seth, J. a. o.* Lancet, 1974, 1, 7860, 704—705. — 13. *Werner, S. C., Ingbar, S. H.* The Thyroid: A fundamental and clinical text. New York, 1978. — 14. *Потемкин В. В.* Эндокринология. М., 1986. — 15. *Старкова Н. Т.* Клиническая эндокринология. М., 1983.

Eesti NSV Teaduste Akadeemia Keemilise
ja Bioloogilise Füüsika Instituut

UDK 616.41-08

Neutropeenia korrigeerimine liitiumkarbonaadiga

Valve Saarma · Tartu

neutropeenia, liitiumkarbonaatravi, glükokortikoidravi

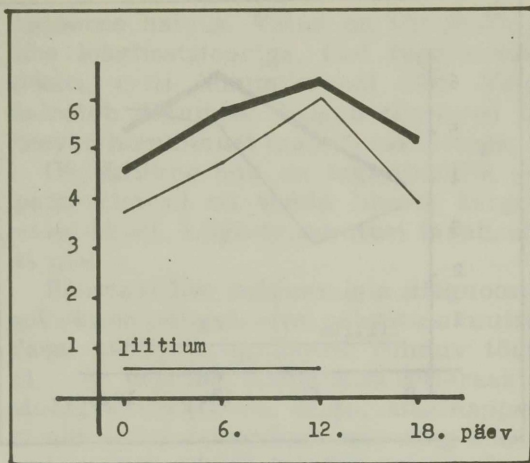
Nii tsütostaatiline kui ka kiiritusravi kutsuvad sageli esile ebasoovitava kõrvaltoime vereloomesse. Eelkõige avaldub see toime granulotsüütidesse ning sugenev neutropeenia sunnib kas ravig katkestama või selle hoopis lõpetama. Viimasel ajal on tsütostaatilise ravi näidustused veelgi laienenud: peale pahaloomuliste kasvajate kasutatakse neid preparaate ka mitmesuguste autoimmuunsete haiguste immuunsupressiivses ravis. Seega on ravimitest põhjustatud granulotsütopeenia vältimine saanud eriti aktuaalseks. Seni on ainsa profülaktikavahendina rakendatud glükokortikosteroide, ent ka need ravimid on tuntud oma mitmete kõrvaltoimete poolest, eriti pikemaajasel kasutamisel.

Tähelepanekud, et vere neutrofiilsete leukotsüütide arv maniakaaldepresiiivsetel haigetel liitiumkarbonaatravi ajal suureneb, on andnud hoogu preparaadi toimemehhanismi täpsemaks uurimiseks (2, 14). Eksperimentaaluuringud on kinnitanud, et leukopeenia kiiritatud rottidel liitiumpreparaatide toimel taandub (7, 8, 12). Liitiumkarbonaat kutsub esile tõelise neutrofiilsete leukotsüütide arvu suurenemise, aktiveerides kolooniat stimuleeriva faktori kaudu lüüdi granulomonotsütaarselt determineeritud tüvirakkude prolifererumist (1, 10). On arvamusi, et liitiumkarbonaat stimuleerib ka neerupealiste koort (4, 5, 6, 11, 15). Teatavasti ei stimuleeri kortikosteroidid granulopoesi lüüdis, vaid elavdavad ainult müeloidrea rakkude mobiliseerimist lüüdist perifeersesse verre (3, 13, 15).

Eksperimentaaltöödele järgnenud kliinilised uuringud on samuti kinni-

tanud liitiumkarbonaatravi häid tulemusi. N. Iljin kaastöötajatega (17) korrigeeris edukalt lümfogranulomatoosihaigetel kiiritusravist põhjustatud neutropeeniat liitiumkarbonaadi abil, kusjuures preparaadi annuse suurendamine ei tõstnud granulopoeesi stimulatsiooni astet. Optimaalseks ööpäevaseks annuseks peab ta 0,9 g (kolm korda á 0,3 g). Samas annuses kasutasid liitiumkarbonaati seminoomihaigetel kiiritusravi vältel tulemusrikkalt G. Kehrberg ja kaastöötajad (9). Nende haigete perifeerse vere leukotsüütide keskmine arv oli $3,4 \times 10^9/l$, kusjuures haigetel, kes kiiritusravi ajal liitiumipreparaate ei olnud saanud, oli vastav keskmine arv ainult $1,9 \times 10^9/l$. Profülaktiliselt rakendatud liitiumravi võimaldas kasutada suuremaid kiiritusannuseid ja ühtlasi lühendada kiirituste vaheperioode. Ravi ajal jälgisid autorid haigete vereseerumi liitiumisisaldust. See kõikus 0,4 ... 0,6 mmol/l vahel ja oli väiksem kui psüühiliselt haigetel, kellele manustati liitiumi suuremates annustes.

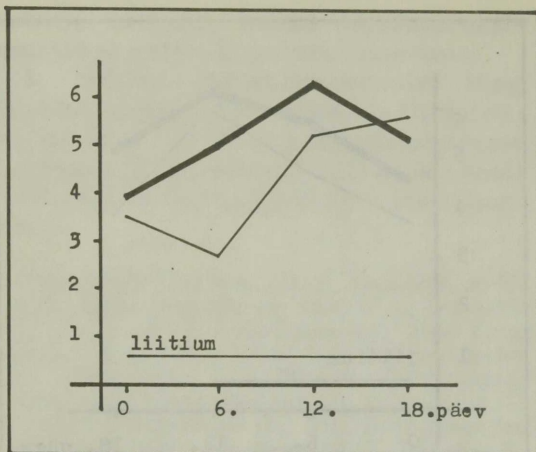
Alates 1986. aastast oleme Tartu Kliinilise Haigla reumatoloogiaosakonnas teinud profülaktilisi liitiumkarbonaatuure süsteemsete sidekoehaigustega haigetel, kes on saanud tsütostaatilisi preparaate immuunsupressiivse vahendina ning kellele samaaegne glükokortikosteroidide manustamine on vastunäidustatud kas suhkur-, hüpertoonia- ja haavandtõve, rasvumise või mõne muu kaasneva haiguse tõttu. Antiflogistikumina kasutasime neil kõigil ibuprofeeni. Immuunsupressantidest rakendasime kõige sagedamini asatiopriini (kümnelt haigel) või kupreniili (kaheksal haigel), harvemini metotreksaati või 6-merkaptopuriini või krüsanooli (kokku üheksal haigel). Kontrollrühmas oli seitse süsteemse sidekoehaigusega haiget, kes tarvitasid ainult ibuprofeeni, ja viis tervet, kes ravimeid ei tarvitanud. Kõigile kolme rühma kuulujale ordineerisime 0,3 g liitiumkarbonaati kolm korda päevas. Jälgisime leukotsüütide üldarvu ja verevalemit enne preparaadi manustamist ning 6., 12. ja



Joonis 1. Neutrofiilsete leukotsüütide keskmine absoluutarv ($\times 10^9/l$) liitiumravi ajal. Jämejoonega on tähistatud terved ($n=5$), peenjoonega haiged ($n=7$), keda raviti ainult ibuprofeeniga.

18. ravipäeval. Neutrofiilsete leukotsüütide absoluutarv suurenes tervetel ja ainult ibuprofeeniga ravitudel juba liitiumravi kuuendaks päevaks ning taandus esialgsele väärtusele pärast ravi ärajätmist (vt. joonis 1). Neutrofiilide keskmine absoluutarv oli tervetel $4,6 \times 10^9/l$, mis liitiumipreparaadi toimel suurenes väärtusteni $6,0 \times 10^9/l$. Haigetel olid vastavad arvud $3,7 \times 10^9/l$ ja $5,6 \times 10^9/l$.

Liitiumkarbonaadi profülaktiline toime valgeveresse avaldus ka immuunsupressantidega ravituil. Tõsi küll, enamikul kupreniili saanuil ilmnes liitiumravist hoolimata esimestel ravipäevadel neutrofiilide arvu vähenemistendents, kuid ravi jätkamise korral neutrofiilide arv raviellega võrreldes suurenes. Neutrofiilide keskmine absoluutarv enne kupreniilravi oli $3,7 \times 10^9/l$ ja 12. ravipäeval $4,8 \times 10^9/l$, asatiopriinravi puhul vastavalt $3,7 \times 10^9/l$ ja $5,7 \times 10^9/l$. Tähelepanu väärib asjaolu, et enamikul juhtudel kaasnes neutrofiilide arvu suurenemisega veel monotsüütide hulga suurenemine perifeerses veres. See on kinnituseks T. Andersoni (1) hüpoteesile liitiumkarbonaadi mõjust granulomonotsütaarselt determineeritud tüvirakke stimuleerivale faktorile. Kõrvalnähtuna on mõned haiged



Joonis 2. Neutrofiilsete leukotsüütide keskmine absoluutarv ($\times 10^9/l$) liitiumravi ajal. Jämejoonega on tähistatud asiitriiniga ravitud haiged ($n=10$), peenjoonega kupreniiliga ravitud haiged ($n=8$).

täheldanud liitiumkarbonaadi üldrahustavat ja. und soodustavat toimet. V. Spetsiftseva (19) andmeil on tal peale sedatiivse toime ka türeostaatiline toime ning eriti soodus on ta türeotoksilise kardiopaatia ja arütmia likvideerimisel.

Mis puutub neutropeenia profülaktikasse tsütostaatilise ravi ajal, siis on see Läti NSV hematoloogide andmeil (18) eriti efektiivne liitiumkarbonaadi kombineerimisel glükokortikoididega. Võttes arvesse, et liitiumisoolad stimuleerivad granulopoeesi luuüdis, on otsustavalt kasutada liitiumkarbonaati ning alates neljandast-viiendast ravipäevast lisada prednisolooni (0,4 mg kehakaalu 1 kg kohta ööpäevas). Viimane mobiliseerib küpsed neutrofiilid luuüdist perifeersesse verre. Selline ravimikombinatsioon oli kaks korda tõhusam kui ainult liitiumkarbonaat- või ainult glükokortikoidravi.

Kokku võttes võib öelda, et liitiumkarbonaat on senini olnud granulopoeesi stimuleerimise ainus mõjus vahend ja tema kasutamine on näidustatud nii mitmesuguse genesiga neutropeeniatega raviks kui ka profülaktikaks. Arvestades liitiumkarbonaadi ja glükokortikoidide erinevaid toimemehhanis-

me granulotsütoosi taastamisel, on otsustavalt kasutada kombineeritud ravi: paaripäevase liitiumkarbonaadi manustamise järel lisada glükokortikoidipreparaadid.

KIRJANDUS: 1. Anderson, T. *Oncology*, 1979, 36, 762—763. — 2. Bille, P. E., Jensen, K. M., Jensen, K. P. *J. Acta Med. Scand.*, 1975, 198, 281—286. — 3. Dale, D. C., Fauci, A. S. *J. Clin. Invest.*, 1975, 56, 808—813. — 4. Gallicchio, V. S., Chen, M. G. *Exp. Hematol.*, 1981, 9, 604—610. — 5. Gupta, R. C., Robinson, W. A., Kurnick, J. E. *Am. J. Med.*, 1976, 61, 29—32. — 6. Harker, W. G., Rothstein, G., Clarkson, D. *Blood*, 1977, 49, 263—267. — 7. Kehrberg, G., Saul, G., Rose, H. a. o. *Radiobiol. Radiother.*, 1984, 25, 107—111. — 8. Kehrberg, G., Rose, H., Saul, G. a. o. *Radiobiol. Radiother.* 1985, 26, 95—102. — 9. Kehrberg, G., Rose, H., Sterblow, G. a. o. *Z. klin. Med.*, 1987, 42, 1941—1943. — 10. Levitt, L. J., Quisenberry, P. J. *New Engl. J. Med.*, 1980, 302, 713—719. — 11. Malay, N. N., Zanber, N. P., Chervenik, P. A. *Blood*, 1978, 52, 228—234. — 12. Rose, H., Saul, G., Kehrberg, G. *Radiobiol. Radiother.*, 1985, 26, 109—111. — 13. Rothstein, G., Clarkson, D. R., Larsen, W. *New Engl. J. Med.*, 1978, 298, 178—180. — 14. Shopsy, B., Friedman, R., Gershan, S. *Clin. Pharmacol. Ther.*, 1971, 12, 923—927. — 15. Tisman, G., Herbert, V., Rosenblatt, S. *Br. J. Haematol.*, 1973, 24, 767—774. — 16. Алмазов В. А., Афанасьев Б. В., Заруцкий А. Ю. и др. *Лейкопении*. Л., 1981. — 17. Ильин Н. В., Корытова Л. И., Филатова А. М. *Тер. арх.*, 1986, 9, 65—67. — 18. Саарма В. А. В кн.: *Успехи медицинской науки*. Тарту, 1986, 215—216. — 19. Специвецова В. Т. *Тер. арх.*, 1986, 10, 139—144. — 20. Яворковский Л. Л., Яворковский Л. И. *Тер. арх.*, 1985, 7, 84—88.

TRÜ arstiteaduskonna hospital-sisehaiguste ja tuberkuloosi kateeder

UDK 616.77:616.74

Reumaatilise polümüalgia juht

Ilja Lapidus Viktoria Raud Tallinn

reumaatiline polümüalgia, esinemissagedus, diagnoosimine

Reumaatiline polümüalgia on harva diagnoositav liigeste ja lihaskonna põletikuline haigus. Kodumaises kirjanduses pärinevad esimesed sellealased publikatsioonid 1976. ja 1977. aastast (1, 7).

Reumaatiline polümüalgia on küllalt sage haigus. Liangi andmetel (tsit. 7. kirjandusallika järgi) on seda haigust 100 juhtu 100 000 inimese kohta, mõne autori andmetel aga läheneb reumaatilise polümüalgia esinemissagedus Beh-terevi tõve esinemissagedusele (6).

Sellele vaatamata jääb reumaatiline polümüalgia paljude arstide poolt harva diagnoositavaks, vähe tuntud haiguseks (2, 5, 8). See oligi meie haigusjuhu kirjeldamise ajendiks.

Termini «reumaatiline polümüalgia» on meditsiinipraktikas kasutusele võtnud H. Barber 1957. aastal. Kõigist teistest haiguse nimetustest, nagu ealine reumaatiline podagra, rüsomeelne pseudopolüartriit, on see nimetus enam levinud. On aga tähelepanu juhitud sellele, et seda ei saa tunnistada õnnestunuks (6, 7) juba seetõttu, et reumaatiline polümüalgia ei ole seotud ehtsa reumatismiga (Sokolski-Bouillaud' haigusga).

Reumaatilisse polümüalgiasse haigestuvad peamiselt eakad ja vanurid. Viimase aja töodes on aga märgitud, et seda haigust põevad ka 50-aastasused või nooremad (2, 6). Naised haigestuvad meestest kaks korda sagedamini.

Kliiniline pilt on kaunis iseloomulik, mis võimaldab suhteliselt kergesti panna õige diagnoosi. Haiguse algus on alage: tekivad tugevad valud jäsemete proksimaalsetes lihasterühmades, sagedamini õlaliigeste, ka puusaliigeste piirkonnas. Mõnikord provotseerib reumaatilist polümüalgia varem põetud respi-

ratoorne haigus. Valud on sümmeetrilise lokalisatsiooniga, nad tugevnevad öösiti, eriti hommikupool ööd. Valu takistab liikumist: haiged riietuvad ja teevad hommikust tualetti raskustega.

Objektiivne leid on tagasihoidlik — palpeerimisel on tunda lihaste kergelt valulikkust. Liigeste muutusi tavaliselt ei ole.

Reumaatilise polümüalgia diagnoosimiseks on obligatoorne põletiku akuutse faasi näitajate aktiivsuse tunduv tõus (1...8): tugevalt kiirenenud settimereaktsioon, C-reaktiivse valgu, sialhappe-sisalduse suurenemine veres ning olulised muutused proteinogrammis. Seejuures reumatoidfaktorit ei leidu ning röntgenoloogiliselt sedastatavad muutused liigestes kas puuduvad või on need vähesed.

Haiguse kulgu on krooniline. Sageli kaasnevad kõhnumine, subfebriilne kehatemperatuur, söögiisu vähenemine, mõõdukas aneemia, depressioon. Paljude autorite arvates (1, 2, 5, 6, 7) on prognoos hea — haige võib tervistuda spontaanselt 2...3 aasta pärast (7). M. Astapenko ja kaasautorite andmetel tervistus 11 haigestunust 10 (1).

Reumaatilist polümüalgia ravitakse glükokortikosteroididega. Häid tulemusi on andnud prednisoloonipreparaadid väikestes annustes, 10...15 mg päevas (1, 2, 5, 7). Raviefekti täheldatakse teisel ööpäeval. Mõningad autorid on reumaatilise polümüalgia diferentsiaal-diagnoosimiseks soovitanud glükokortikosteroidide (5, 7).

Glükokortikosteroididega väikestes annustes ravitakse pikaajaliselt (kuni kaks aastat) seni, kuni haige tervistub. On juhitud tähelepanu sellele, et kõrgele eale vaatamata taluvad haiged pikaajalist steroidravi hästi (5).

Etioloogia ja patogeenes on ebaselge. Lihastes ja liigestes histoloogilisi muutusi ei ole leitud (7). Eeldatakse, et tegemist on vaskulaarse kahjustusega, seda enam, et reumaatiline polümüalgia kombineerub sageli temporaalse hiidrakulise arteriidiga (Hortoni sündroom). Viimane on generaliseerunud granulomatoosne mesarteriit (2, 3, 4).

Kuni pooltel juhtudel kaasneb mõne autori andmetel reumaatilise polümüalgia temporaalarteriit (5). Seda tuleb eriti arvestada, sest temporaalarteriidi kiire kulu puhul tekib täielik nägemiskaotus. Haigetel vallanduvad tugevad valud oimupiirkonnas, temporaalarteri on väga valulik ja tihke. Temporaalarteri biopsia kinnitab diagnoosi. Pimedaksjäämise võimalust peetakse niivõrd ähvardavaks, et mõned autorid soovivad kõikidel reumaatilise polümüalgia juhtudel teha temporaalarteri biopsia (tsit. 5. kirjandusallika järgi). Reumaatilise polümüalgia ja temporaalarteriidi koosinemine muudab ettekujutust esimesest kui healoomulisest haigusest ning nõuab glükokortikosteroidide manustamist suurtes annustes (2, 5, 7). M. Astapenko kaasautoritega arvab, et reumaatiline polümüalgia ja hiidrakuiline arteriit on teineteisest erinevad haigused, sest esimesel on hea, teisel aga halb prognoos.

Esitame haigusjuhu kirjelduse.

Haigusjuht. 74-aastane naispatsient K. P. (Tallinna Raudteehaigla haiguslugu nr. 2003/1987). Diagnoos hospitaliseerimisel: südame isheemiatõbi, aterosklerootiline kardioskleroos, absoluutse arütmia paroksüsmid. Haige kaebas üldist nõrkust, õhupuudustunnet, südamepekslemist. Häirisid tugevad valud mõlema õlaliigese piirkonnas, õla- ja küünarvarre lihastes. Eriti tugevad olid valud hommikuti. Patsient ei suutnud hoida käes veeklaasi ega iseseisvalt juukseid kammida, riietuda aitasid tal palatikaaslased. Valud olid tekkinud kaks aastat tagasi. Diagnoositud oli õlaliigete artroosi ja polüneuralgiat. Ravi mittesteroidsete põletikuvastaste ravimitega tulemusi ei andnud. Liigete muutusi väliselt näha ei olnud. Õlaliigete aktiivne ja passiivne liikuvus olid tugevalt piiratud, õla- ja küünarvarre lihased mõõdukalt valulikud. Lihasemassi vähenemist ei täheldatud.

Vereanalüüs: hgb. 110 g/l; SR 39 mm/t. Reumatoidfaktor negatiivne, siaalhapest 260, C-reaktiivset valku ++, fibrinogeeni 0,75 g/l. Üldvalku 71,0 g/l, albumiine 55,7%, globuliine 44,3%, neist α_1 6,6, α_2 10,0, β 12,2, γ 15,5%; IgG 15,0 g/l, IgA 3,3 g/l, IgM 2,4 g/l.

Õlaliigete röntgenoloogilisel uurimisel diagnoositi artroosi algstaadiumis.

Arvestades tüüpilist kliinilist leidu ja laboratoorsete näitajate aktiivsuse suurenemist, diagnoosimise reumaatilist polümüalgia. Määrasime 12 mg polkortolooni ööpäevas. Juba järgmisel päeval nõrgenes valu tunduvalt ning nädala jooksul kadus see täielikult. Kiiresti taastus õlaliigete

liigutuste ulatus. Haige riietus iseseisvalt. Normaliseerus settereaktsiooni kiirus. Polkortolooni ööpäevase annuse vähendamine 8 mg-ni haige seisundit kahe nädala möödumisel ei halvendanud. Enne haiglast väljakirjutamist vähendati annust veelgi, kuni 6 mg-ni ööpäevas. See aga põhjustas valude mõõdukat tugevnemist. Seejärel suurendati ööpäevast annust uuesti 8 mg-ni, mille tulemusena haigel enesetunne normaliseerus.

See haigusjuht demonstreerib reumaatilise polümüalgia diagnoosimise lihtsust vastavate kliiniliste sümptomide olemasolul ning suurepärasest ravi efekti glükokortikosteroidhormoonide manustamise väikestes annustes.

Reumaatiline polümüalgia on sage, kuid paljudele arstidele veel vähe tuntud haigus. Sellele on iseloomulikud valud õla- ja puusavöötme lihastes, üldreaktsioon, põletiku akuutse faasi näitajate ilmsed nihked ja samal ajal väga hea reageerimine glükokortikosteroidhormoonide manustamisele väikestes annustes.

KIRJANDUS: 1. *Астапенко М. Г., Агабабова Э. Р., Сидельникова С. М.* Тер. арх., 1976, 11, 9—13. — 2. *Бунчук Н. В., Никитин С. С.* Клин. мед., 1986, 5, 80—85. — 3. *Зербино Д. Д.* Васкулиты и ангиопатии. Киев, 1977. — 4. *Максимов К. А.* Тер. арх., 1987, 4, 138. — 5. *Насонов Е. Л., Голованова О. Е.* Тер. арх., 1981, 11, 129—135. — 6. *Нутрихина Н. Н.* Ревматология, 1985, 4, 55—57. — 7. *Сидельникова С. М., Агабабова Э. Р.* Вопр. ревмат., 1977, 1, 62—67. — 8. *Ярыгин Н. Е., Насонова В. А., Потехина Р. Н.* Системные аллергические васкулиты. М., 1980.

Tallinna Raudteehaigla

Ülevaated

UDK 616-003.261-076(047)

Uriini mikroskoopiline uurimine

Heljut Kapral Vello Subi · Tallinn

neeru- ja kuseteede haigused, uriin, uriinianaalüüs, uriinisademe rakuline uurimine

Uriinanalüüs on neeru- ja kuseteede haiguste diagnoosimise üks vanemaid meditsiinilisi võtteid. Analüüsiks materjali saada on lihtne. Varajasematel aegadel kasutati uriini analüüsimiseks primitiivseid võtteid, seda nuusutati, maitsti, keedeti, lisati reaktiive. Sageli kontrollis arst uriini ise, juba enne patsiendi läbivaatamist.

Pika sammu edasi tegi uriinanalüüs pärast mikroskoobi kasutuselevõttu. Varsti kujunes uriini laboratoorne uurimine välja selliseks, nagu ta on tänapäevalgi (7).

1960. aastal avas reaktiivribade kasutuselevõtmine tee uriini automaatuurmiseks (2, 3). Sellega kiirenes uriini füüsikalise-keemilise analüüsimine palju kordi ja paranes ka selle kvaliteet. Uriinisademe mikroskoopiline hindamine on aga jäänud endiseks ning pahatihti on see veel vähe informatiivne (9).

Neerusiirdamine, immunosuppressoriite ja kemoterapia kasutamine ning teised protseduurid nõudsid täpsemad analüüse, eriti uriini rakulise osa täpsemat hindamist (9). Suure panuse sellesse on andnud G. B. Schumann ja M. A. Weiss, kes aastaid kestnud uurimise tulemusena andsid 1982. a. välja atlase *Atlas of Renal and Urinary Tract*

Cytology and its Histopathologic Bases uriinisademe rakulise osa hindamise kohta (9).

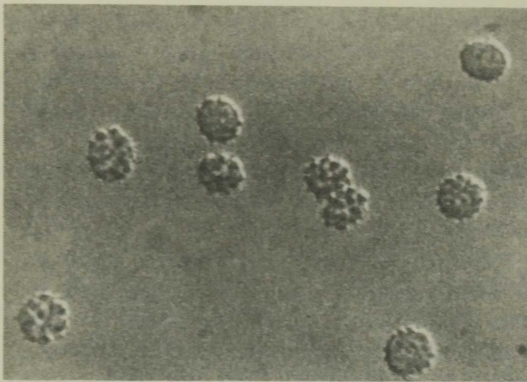
Uriin on ülimalt keerukate bioloogiliste protsesside lõpp-produkt, mis ei peegelda informatsiooni otseselt mitte ainult neerude ja kuseteede, vaid ka paljude teiste elundite seisundi kohta (glükoos, bilirubiin, indikaan, amülaas uriinis). Neeru- ja kuseteede haigus-tele viitab irdunud epiteelirakkude, silindrite, vererakkude ning muude elementide leidumine uriinis, mis võib haigusprotsessi olemust täpselt iseloomustada. Järelikult võib uuritava uriini mikroskoopiline analüüs anda informatsiooni haiguse diagnoosimiseks. Probleem on vaid selles, kas me oskame seda informatsiooni märgata, fikseerida ja interpreteerida.

Uriini kogumine analüüsiks. Üldkehivate eeskirjade kohaselt tuleb analüüsiks võtta hommikul kogutud esmane uriin, motiveerides, et see on kõige kontsentreeritum ja seetõttu on selles rakud kõige paremini säilinud. Eeskirjad näevad ette ka uriini analüüsimist vähemalt kahe tunni jooksul pärast materjali saamist.

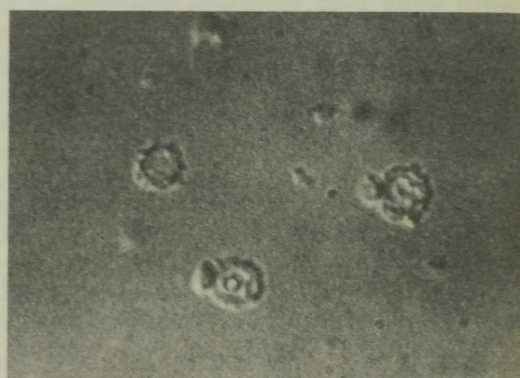
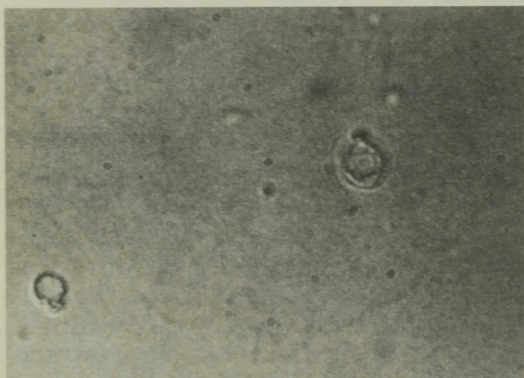
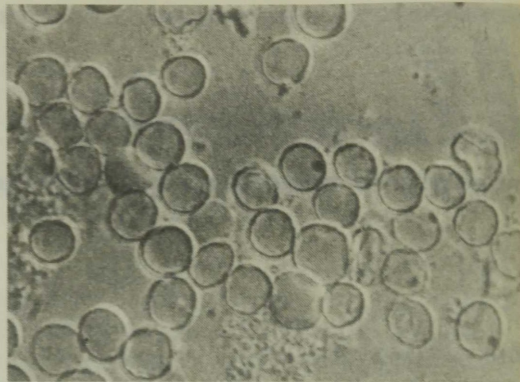
Uriin on ebastandardne bioloogiline vedelik, mille koostis on ka normis suuresti muutuv. Haigusest tingituna võib uriini lisanduda mikroobe, nende ensüüme, leukotsüütide lagunemisel vabanevad proteolüütilisi ensüüme, sapipigmente, sapphappeid, tsütotoksilisi aineid, mis kõik võivad soodustada uriinis olevate rakuliste elementide ja silindrite kiiret lagunemist.

Juhul kui patsient öösel ei ole urineerinud, on uriin enne analüüsiks andmist deponeerunud kusepöies 7...9 tundi, sellele lisandub veel uuringueelne aeg.

Võrdlesime uriini mikroskoopilise uurimise andmeid, mis olid saadud standardmeetodil kogutud uriini ning värske uriini uurimisel. Viimase saamiseks tuli patsiendil põis tühjendada ja siis umbes 30 minuti pärast koguda uriini (piisab 10 milliliitrist). Uriini normaalse mikroskoopilise leiu korral ei olnud uurimisandmete vahe suur. Eriti mär-



Mikrofoto 1. ja 2. Eumorfseid erütrotsüüdid.



Mikrofoto 3. ja 4. Düsmorfseid erütrotsüüdid (H. Hascheki järgi).

gatav oli see vahe neeru- ja kuseteede haiguste korral. Oli ka neid juhte, kus värske uriini sade oli patoloogiliste elementide poolest rikas, sama patsiendi hommikusel uriinis aga need praktiliselt puudusid.

URIINI MIKROSKOOPILINE UURIMINE

Uriinisademe mikroskoopilisel foonil on oluline diagnostiline tähtsus. Normaalse uriini korral on foon puhas. Fooni võivad moodustada valguline detriit, pigmendid, nekrootilised rakuäänused, kristallid, lima, mikroliidid, lipiiditilgakesed. Igal juhul oleks see vaja analüüsiblanketil vabas sõnastuses kirja panna.

VERELOOME PÄRITOLUGA RAKUD

Erütrotsüüdid. Kirjanduse andmeil on keskmiselt 90% hematuuriatest post-

renaalse genesiga (4). Eriti mikrohematuuriate korral pakub huvi uriinis leiduvate erütrotsüütide päritolu. Erütrotsüütide morfoloogiliste muutuste põhjal on võimalik hinnata, kas mikrohematuria on parenhümatoosne või postrenaalne. Parenhümatoosse mikrohematuria korral esinevad nn. **düsmorfseid erütrotsüüdid**. Neile on iseloomulikud graanulisarnased kehakesed erütrotsüüdi raku membraanil või põisjad tsütoplasma väljuvused erütrotsüüdi pinnal. Mainitud erütrotsüütide muutusi peetakse põhjustatuks neerupäsmakeste membraani läbimisel saadud mehaanilisest mõjust, osmootsetest kahjustustest tubulaarsüsteemis ja lagunevate leukotsüütide lüüsimisest ensüümide toimest (2).

Postrenaalse hematuria korral esinevad uriinis nn. **eumorfseid erütrotsüüdid** (sileda rakumembraaniga, okas-

õunataolised, leostunud). Varem ja tavaliselt määral ka praegu kasutusel olev kriteerium, et leostunud erütrotsüüdid uriinis on renaalse päritoluga, ei vasta tegelikkusele (2). Nad viitavad vaid sellele, et tegemist on hüpotoonilise uriiniga. Diagnostilist informatsiooni täiendab epiteelirakkude, patoloogiliste silindrite kaasumine erütrotsüütidega (vt. mikrofotod 1. . . 4).

Leukotsüüdid. Põhilisteks neeru- ja kuseteede põletiku näitajateks on uriinis leiduvad leukotsüüdid. Üksikuid leukotsüüte on ka tervete uriinis. Ägedale põletikule on tüüpiline leukotsüütide rohkus uriinis ja suure osa nende paiknemine kogumitena (1, 4). Massilist leukotsüütide esinemist uriinis nimetatakse püüriaks.

Kõige sagedamini on uriinis põletiku korral neutrofiilseid leukotsüüte. Hüpotoonilises uriinis võivad nad kaotada oma nukleaarse segmentatsiooni, nad suurenevad mõõtmel ja tsütoplasmasiseselt tuleb nähtavale Browni liikumine. Spetsiifilist diagnostilist väärtust taolistel surevatel leukotsüütidel (Sternheimeri-Malbini rakud) ei ole, kuigi mitmed autorid on neid nimetanud aktiivseteks leukotsüütideks (10, 11, 13, 15). Neerupuudulikkusega kulgeva püelonefriidi korral, kui kannatab neerude kontsentratsioonivõime ja sellest johtuvalt on uriin hüpotooniline, on taoliste rakkude leidumine uriinis tavapärane.

Eosinuuria korral on eosinofiilseid leukotsüüte uriinis üle 5%. Nende hulga järgi uriinis on võimalik oletada eosinofiilset tsüstiiti, allergilist interstitsiaalset nefriiti, eosinofiilset granuloomi ja kusepõievähki.

Lümfotsütuuria puhul on uriinis lümfotsüüte üle 10%. See on sagedamini iseloomulik kroonilisele tsüstiidile.

Diagnoosi aitab täpsustada uriinis esinevate vormelementide hulga määramine loenduskambrimeetodil. Kasutusel on olnud mitmeid modifikatsioone, näiteks Kakovski-Addise, Stansfeldi-Webbi, Addise-Hamburgeri, Netšiporenko ja teiste omi (5, 7, 14). Suurema eluõiguse on endale võitnud Net-

šiporenko meetod. Lihtsa loendusmeetodi on välja pakkunud S. Räsänen kaasautoritega (8). Arvesse võttes mikroskoobi vaatevälja läbimõõtu ja lugedes esemeklaasi ning katteklasi vahel paikneva uriinikihi paksust enam-vähem konstantseks (0,1 mm), on võimalik vaatevälja mahtuva uriini ruumala välja arvutada valemi $3,14 \times r^2 \times h$ põhjal. Autori arvates on meetod teistest tunduvalt lihtsam, vähem aega nõudev ja tulemused korreleeruvad loenduskambrimeetodil saadud andmetega.

Epiteelirakud. Neerude ja kuseteede epiteelkoe intaktsuse korral, s. o. normaalses uriinis, on irdunud neeruepiteelirakkude hulk minimaalne. Neeruepiteelirakkude hulga suurenemine on alati tingitud kas infektsioonist või ainevahetushäirest, põhjuseks võivad olla ka nefrotoksilised ravimid või sobimatust ravimikombinatsioonist tingitud nefrotoksilisus ja anoksia, samuti raskmetallid.

Uriinisademe mikroskoopilisel uurimisel on vaja määrata eksfolieerunud rakkude tüüp, poolhulgaliselt kindlaks määrata nende arv, kirjeldades degeneratiivseid muutusi rakkudes, patoloogiliste silindrite esinemise korral aga märkida, milliste rakkudega on nad koosluses.

Neerutorukeste epiteelirakke on normaalses uriinis väga vähe. Kui neid irdub hulgaliselt, on tegemist neerutorukeste kahjustusega. Uriini natiivpreparaadis on neeruepiteelirakke kerge eristada. Tuleks märkida, milliseid muutusi neil on, näiteks kas neil esineb degeneratiivseid muutusi.

Täpsemaks neerutorukeste epiteelirakkude identifitseerimiseks tuleb preparaat värvida kas tavaliste verevärvidega või Papanicolaou meetodi järgi. Neerutorukeste proksimaalosa rakud on veidi väiksemad, pisikese, sageli eksentriliselt paigutatud tuumaga. Värvilt on tsütoplasmaal kerge erütrotsüüdi värvust meenutav varjund. Neerutorukeste proksimaalosa rakke võib leida uriinis sagedamini, sest proksimaalosas on ainevahetus aktiivsem, seega on nad kergemini kahjustuvad. Neeru-

torukeste distaalosa rakkude tsütoplasma on sinakama varjundiga, raku tuum suurem ja enamasti paikneb raku keskel. Viimatorukeste epiteelirakkudel on veelgi suurem tuum. Kui nad paiknevad kogumina, siis meenutavad värvitud preparaadis mesilaste kärke (vt. mikrofotod 5...7) (9).

Silindrid. Sagedamaks silindri tekkimise paigaks on neerutorukeste kahjustatud piirkonnad. Neerutorukeste proksimaalosa läbimõõt on väiksem kui distaalosal ja viimatorukesel, seega võib moodustunud silindri läbimõõdu järgi orienteerivalt hinnata, millised neerutorukeste osad on kahjustatud.

Tekkematerjal on iga liiki silindritel ühine — mukoproteiid. Erinevusi on vaid nende osas, mis on kleepunud neerutorukeste seinalt silindri pinnale. Järelikult iseloomustavad silindrid neerutorukeste seisundit otseselt.

Hüaliinsilindreid võib olla ka tervete inimeste uriinis, märgatavam on see ortostaatilise proteiinuuria ja kehalise koormuse toimetel.

Põletikuliste ja degeneratiivsete neeruhaiguste korral leidub uriinis hüaliinsilindrite kõrval patoloogilisi silindreid, mis peegeldavad neeruparenhüümi seisundit ja viitavad struktuursetele muutustele neerupäsmakestes või -torukestes. Silindri tüüp või tüübid sõltuvad aga haigusprotsessi ägedusest, ulatusest ja kestusest (9). Neerutorukeste epiteeli hulgalisel irdumisel ja kleepumisel silindri pinnale moodustuvad epiteelsilindrid. Kolm või enam neeruepiteeli-

rakku silindri pinnal on aluseks tema epiteelsilindriks nimetamisel. Granuleeritud silindrite pinnale on kleepunud neerutorukeste epiteeli lagunenud rakkude partikleid, denatureerunud valguosakesi. Silindri pinnal olevad rasvatilgakesed on iseloomulikud lipiidisilindritele. Neerutorukeste epiteeli atroofia korral moodustuvad neerutorukestes vahasilindrid, see aga viitab halvale prognoosile (10). Neerupäsmakeste kahjustusele viitavad erütrotsüüt- ja verisilindrid. Leukotsüütsilindreid esineb neeru mädaprotsessi — püelonefriidi korral. Hemoglobiinuuria ja müoglobiinuuria tunnusena võib uriinis leida pigmentsilindreid.

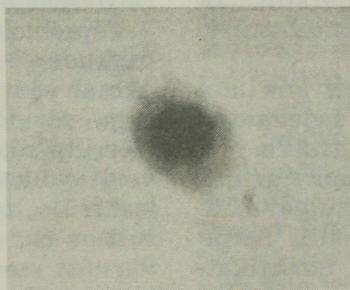
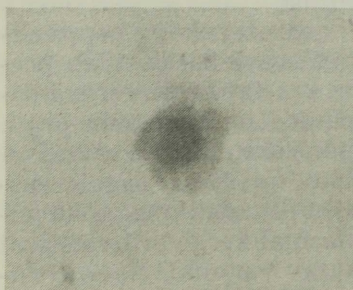
URIINISADEME HINDAMISE KRITERIUMID JA NEERUHAIGUSTE DIFERENTSIAALDIAGNOOSIMINE

Uriini rakulise koostise hindamiseks võib uriinisademe mikroskoopilise leiu tinglikult jaotada nelja tüüpi (vt. joonis). Tuleb aga arvestada seda, et puhtaid sademetüüpe, nagu «puhast» haigustki olla ei saa. Ikka on kas vähemal või suuremal määral kahjustada saanud ka põhilise kahjustuspiirkonna lähedal paiknevad koed.

Seega võime uriinisademes leida ka vastavaid rakulisi elemente, mis on ilmekalt näha joonisel.

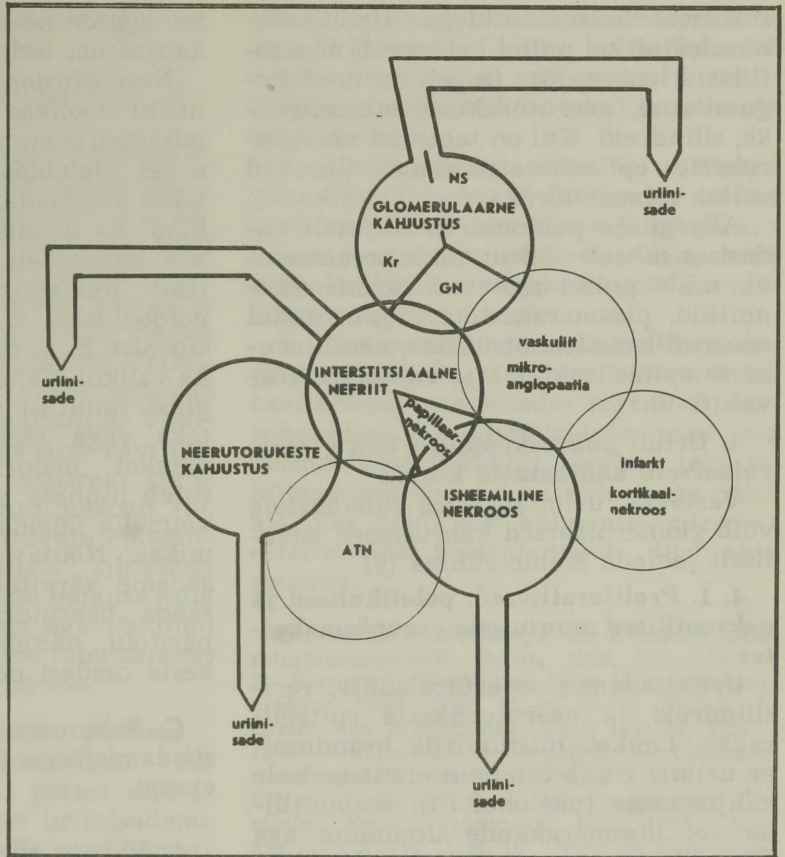
1. Uriini mikroskoopiline leid neerutorukeste kahjustuse korral

Neerutorukeste epiteeli kahjustuse sagedamateks põhjusteks peetakse ainevahetushäireid, anoksiat ja infektsioone, ka ravimeid, raskmetalle (9, 12).



Mikrofoto 5. Neerutorukeste proksimaalosaast pärinev epiteelirakk.
Mikrofoto 6. Neerutorukeste distaalosaast pärinev epiteelirakk.
Mikrofoto 7. Viimatorukestest pärinev epiteelirakk.

Joonis. Uriinisademe tüübid G. Schumanni ja M. Weissi järgi. Uriinisademe hindamise kriteeriumid ja neeruhaiguste diferentsiaaldiagnoosimine. Kr — krooniline, NS — nefrootiline sündroom, GN — glomerulonefriit (proliferatiivne, põetikuline, nekrootiline), ATN — äge tubulonekroos.



Mikroskoopiliselt tuleks määrata irdunud neeruepiteelirakkude tüüp, muu- tused nendes ja poolhulgaliselt rakkude arv, näiteks keskmine arv vaateväljas. Tähelepanu tuleks pöörata ka sellele, et neerutorukeste epiteelirakkude kõrval võivad esineda patoloogilised silindrid, erütrotsüüdid ja leukotsüüdid.

Suhteliselt vähe arvestatakse ravimi- te kasutamisel uriinileidu. Sageli saaks ära hoida raskeid neerukoekahjustusi, pöörates uriini analüüsimisel enam tä- helepanu neerutorukeste epiteeliraku- de leiule uriinis, eriti oluline on see pediaatrias.

H. Tihase andmetel võib ravimnephro- paatia tekkida nii tavaliste kui ka liiga suurte ravimi annuste tagajärjel ning esile kutsuda muutusi neerukoos (äge tubulonekroos, tubulointerstitsiaalne nefriit, glomerulonefriit, nefrootiline sündroom, hemolüütilis-ureemiline

sündroom, obstruktiivne uropaatia jne.) (10, 12).

2. Uriini mikroskoopiline leid isheemilise tubulonekroosi (neeruinfarkt, kortikaalne nekroos, papillaarne nekroos) korral

Uriini foon on määrdunud, selle moodustavad amorfsed või rakulised lagu- produktid. Põhiline ja iseloomulik on rohke viimatorukeste epiteelirakkude ja neerutorukeste nekrotiseerunud epiteelirakkude nn. rakuvarjude irdumine ning patoloogiliste silindrite leidumine. Põetiku lisandumisel on uriinisademe hindamine tunduvalt raskem (9).

3. Uriini mikroskoopiline leid tubulointerstitsiaalsete kahjustuste (interstitiaalne nefriit) korral

Infektsioossele põelonefriidile on iseloomulik kuseteede astsenderuvast infektsioonist tingitud neeruparenhüümikahjustus, kusjuures interstiitium ja neerutorukesed on infiltreeritud neut-

rofiilsete leukotsüütidega. Uriinisademes leidub sel puhul baktereid, neutrofiilseid leukotsüüte (sageli on need kogumitena), neerutorukeste epiteelirakke, silindreid. Kui on tegemist neerutorukeste epiteeli atroofiaga, ilmuvad uriini vahasilindrid.

Allergiline põelonefriit kujutab endast sisuliselt ülitundlikkusreaktsiooni, mille puhul esinevad uriinis eosinofiilid, plasmarakud ja lümfotsüüdid neutrofiilsete leukotsüütide, neerutorukeste epiteelirakkude ja silindrite kõrval (6, 9).

4. Uriini mikroskoopiline leid glomerulaarsete kahjustuste korral

Vastavalt uriinianalüüsi tulemustele võib glomerulaarsed kahjustused suvaliselt jaotada kolme rühma (9).

4. 1. Proliferatiivsed, põletikulised ja nekrootilised muutused neerupäsmakes-tes

Uriinisademes on erütrotsüüte, verisilindreid ja neerutorukeste epiteelirakke. Leukotsüütsilindrite lisandumine uriinis viitab tubulointerstitsiaalsele kahjustusele (põelonefriit), eosinofiilide või plasmarakkude ilmumine aga allergilisele interstitsiaalsele nefriidile. Neil juhtudel võivad teiste elementide kõrval esineda ka rakuvarjud.

4. 2. Neerupäsmakeste permeabluse muutused (nefrootiline sündroom)

Esineb massiivne proteiinuuria (üle 4 g 24 t.), hüpoalbumineemia, hüperkolesterineemia ja lipiduuria. Uriinisademes ilmnevad lipiduuria tunnused, võivad isegi moodustuda nn. vahtrakud (lipiiditilgakestega täidetud neerutorukeste epiteelirakud). Diagnoosi määramisel abistab kõige rohkem rasvsiilindrite, ka jämeda sõmerusega granuleeritud silindrite ja vahasilindrite leidumine uriinis (9).

4. 3. Sklerootilised (kroonilised) neerupäsmakeste kahjustused

Uriinisademes võivad olla ülekaalus patoloogilised silindrid. Neerupäsmakeste skleroseerumisele kaasub ka neerutorukeste epiteeli atroofia, millest tingituna saavad uriinisademes ülekaalu vahasilindrid, sageli suuremõtmelised,

see aga on neeruparenhüümi kroonilist kahjustust iseloomustav tunnus.

Neerusiirdamisel on nõutav haige uriini hoolikas jälgimine. Juba hülgamissündroomi esmaste tunnuste ilmumisel tuleb teha kõik, et selle sündroomi teket ära hoida. Kõigepealt tuleks teha kindlaks uriinisademe rakuline koostis, mis võimaldab diferentsida transplantaadi hülgamissündroomi mitteimmunoloogilisest transplantaadi düsfunktsioonist. Suur tähtsus on õige ravitaktika valikul. Tähtis on ka see, et patoloogilisi muutusi uriinisademes kirjeldataks väga täpselt (tingimata uurida värsket uriini!). Rakulisi elemente tuleb hinnata poolhulgaliselt, et oleks võimalik jälgida protsessi kulgu dünaamikas. Nõutav on uurida ka uriinisademe värvitud preparaate, et teada saada neerutorukeste epiteelirakkude päritolu, näiteks millistest neerutorukeste osadest on nad irdunud (9).

G. Schumann ja M. Weiss on neerusiirdamisjärgse perioodi jaotanud kolme etappi.

1. Vahetu siirdamisjärgne periood

Pärast neerusiirdamist leidub uriinisademes tavapäraselt erütrotsüüte, hüaliin- ja granuleeritud silindreid. Uriinisade normaliseerub tavaliselt kolme päeva jooksul. Sel ajal võivad tekkida järgmised tüsistused. **Üliäge hülgamissündroom**, see tekib minutite või tundide jooksul. Mõni minut pärast anastomöosi tehtud neerubioptaadist nähtub intravaskulaarne hüübimine koos glomerulaar- ja arteriolaartromboosi ning tubulaarne kroosiga. Uriinisademe foon on määrdunud, koosneb raku laguproduktidest, selle kõrval esineb erütrotsüüte, fibriini, granuleeritud silindreid, rohkesti neerutorukeste epiteelirakke, eriti palju on neid viimaturukestest. **Äge nekrootilis-isheemiline tubulonekroos**. Uriinisademes on sel puhul rohkesti degeneratiivsete muutustega ja nekrootilisi rakke (rakuvarjud on iseloomulikud isheemilise tubulaarne kroosile), neile lisaks ka epiteel-, granuleeritud ja vahasilindreid.

Põletikunähtude korral ilmuvad sadesse ka leukotsüüdid.

2. Vahepealne siirdamisjärgne periood

Sel ajal on oluline jälgida uriinisadet regulaarselt kindla ajavahemiku järel. Ägedale hülgamissündroomile on iseloomulik uriinisademe määrduvad foon ja neerutorukeste epiteelirakkude hulgaline irdumine, kusjuures ülekaalus on viimatorukeste epiteelirakud. Sageli võib täheldada lümfotsütuuriat. Uriinisademes leiduvad rakuvarjud viitavad isheemilisele tubulaarne kroosile. Viivitamatult alustatud adekvaatse ravi toimet väheneb rakuline infiltraat siiratud neerus 24. .48 tunni jooksul (9). Väheneb ka uriiniga erituvate epiteelirakkude ja patoloogiliste silindrite hulk. Sobiva ravi korral on haiguse kulgtavaliselt soodne. Kui on aga jõudnud välja kujuneda isheemiline tubulaarne kroos, siis on prognoos halvem.

3. Hiline siirdamisjärgne periood

Krooniline hülgamissündroom võib ilmuda kuid või aastaid pärast neerusiirdamist. Sel puhul on uriinisademe foon enamasti puhas. Esineb hematuuria (düsmorfseid erütrotsüüdid), vähesel hulgal on viimatorukeste epiteelirakke, granuleeritud ja vahasilindreid.

Hilisel siirdamisjärgsel perioodil võib tekkida ka äge hülgamissündroom. Uriinisade on siin iseloomulik ägedale hülgamissündroomile.

Ravimitest, metaboliitidest ja infektsioonist tingitud kahjustused võivad ohustada neerude seisundit kogu siirdamisjärgsel perioodil. Õigesti hinnatud uriinianalüüs aitab siingi olukorda selgust tuua.

Järeldused.

1. Uriinisademe rakulise osa uurimisele tuleks pöörata tunduvalt suuremat tähelepanu. Neeru- ja kuseteede põletiku korral võib uriinisademe mikroskoopiline uurimine anda rikkalikku diagnostilist informatsiooni, mis oleks õige ravitaktika aluseks.

2. Neerude ja kuseteede põletikuliste haiguste korral on tingimata vaja hom-

mikuse uriini kõrval uurida mikroskoopiliselt ka värsket uriini, milles irdunud neeruepiteelirakud, vererakud ja patoloogilised silindrid on veel suuremalt osalt säilinud.

3. Uriinisademe oskuslik uurimine võimaldab juba varakult hinnata ravimi toksilist toimet neerudesse ja seega ära hoida ravimitest põhjustatud raskeid neerukahjustusi, seejuures pöörata erilist tähelepanu lastele.

4. Eriline koht on neerusiirdamisjärgse perioodi jälgimisel. Otstarbeka ravitaktika rakendamise korral on suureks abiks uriinianalüüsi tulemused, mis võimaldavad varakult kindlaks teha ka hülgamissündroomi, et seda saaks õigel ajal ära hoida või hülgamissündroomi diferentsida transplantaadi düsfunktsioonist.

KIRJANDUS: 1. *Balint, P.* In: *Klinische Laboratoriumdiagnostik.* Berlin, 1963, 310—315. — 2. «Boehringer Mannheim» firma informatsioonibroüü. Wien, 1986, 17—47. — 3. *Brühle, P.* Dtsch. med. Wochenschr., 1979, 104, 35, 1236—1240. — 4. *Deutsch, E., Geyer, G.* In: *Laboratoriumdiagnostik,* Berlin, 1975, 172—178. — 5. *Gitter, A., Heilmeyer, L.* In: *Taschenbuch Klinischer Funktionsprüfungen.* Jena, 1963, 348—352. — 6. *Kunin, C. M.* In: *Detection, Prevention and Management of Urinary Tract Infections.* Philadelphia, 1974, 7—8. — 7. *Lohmann, D., Schubert, W., Kwall, M.* *Symptome und Diagnostik innerer Krankheiten.* Leipzig, 1977, 181. — 8. *Räsänen, S., Merila, M., Ylitalo, P. a. o.* *Int. Urol. Nephrol.* 1986, 18, 3, 235—241. — 9. *Schumann, G. B., Weiss, M. A.* *Atlas of Renal and Urinary Tract Cytology and Its Histopathologic Bases.* Philadelphia, 1981. — 10. *Tihane, H., Kõrge, K., Maramaa, S., Hanson, H., Tihane, H.* *Rmt.: Nefroloogia.* Tallinn, 1985, 162—170. — 11. *Velgre, T.* *Rmt.: Uroloogia.* Tallinn, 1979, 11—15. — 12. *Williams, G.* In: *A Colour Atlas of Renal Diseases.* London, 1979, 159.

13. *Бокуняева Н. И. В. кн.: Справочник по клиническому лабораторному методу исследования, М., 1975, 236—237.* — 14. *Вовси М. С.* *Моча БМЭ, 15, 481—495.* — 15. *Плетнева Н. Г.* В кн.: *Лабораторные методы исследования в клинике.* М., 1987, 47—66.

Vabariiklik Laevanduse Keskhaigna

UDK[57+61]:535(047)

Laserid bioloogias ja meditsiinis

Enn Seppet Ants Kallikorm
Virgo Mihkelsoo Tartu

Kirjutises antakse ülevaade tänavu 24...25. veebruarini toimunud TRÜ esimesest vabariiklikust seminarist «Laserbiofüüsika meetodid ning nende rakendamine bioloogias ja meditsiinis». Arutlusel oli kolm teemat: laserikiirguse toimemehhanismid bioloogilistes molekulides; laserite kasutamine eksperimentaalbioloogias ja meditsiinis; laserbiomeditsiiniline aparatuur.

Peatähelepanu oli seminaril pööratud laserikiirguse toimemehhanismile. Ülevaatliku ettekande esitas Moskva Lasertechnoloogia Teaduskeskuse teadlane T. Karu. Ta rõhutas, et laserite tähtsust ei tohi üle hinnata. Paljudel juhtudel ei erine nende toime bioloogilistesse kudedesse teiste valgusallikate (lambi) toimest. Lampide kõrval eelistatakse lasereid juhul, kui on vajalik monokromaatiline valgus või kui valgust on vaja suunata valgusjuhtidesse, mis lampide puhul on tehniliselt märksa keerukam. Asendamatud aga on laserid siis, kui bioloogiliste objektide mõjutamiseks on vaja lühiajalisi (nano-, pikosekundisi) monokromaatilise ja koherentse valguse impulsse. Autor on uurinud mitmesuguse lainepikkusega laserikiirguse toimet HeLa-rakkudesse, inimese lümfotsüütidesse, pärmirakkudesse ja bakteritesse. Bioloogilist toimet avaldavad nii punane kui ka sinine valgus. Esimesel juhul on kasutatud He-Ne-laserit, teisel aga He-Cd-laserit. Nende laserite bioloogiline toime on põhiliselt seotud kromatiinstruktuuri ja hingamisahela komponentide (tsütokroom a_3) aktiivsuse muutumisega. Autori andmeil kiirendab laserikiirgus (punane) rakkude prolifererumist ja valgusünteesi, samuti energia produktsiooni mitokondrites. Nende efektide saamiseks tuleb kasutada laserikiirgust annustes 50...

... 100 J/m². Seejuures sõltub kiirguse mõju ka sesoonsetest muutustest rakkudes. Neile, kes alustavad laserikiirguse toime uurimist, soovitab autor esmalt välja selgitada rakus kiirguse primaarse aktseptori, mille omaduste muutmine valguskvantide toimel vallandabki biokeemiliste protsesside ahela.

S. Ragimov Üleliidulisest Kardioloogia Teaduskeskusest ja N. Fursikov NSV Liidu Teaduste Akadeemia Spektroskoopia Instituudist Moskvast on koostöös registreerinud laserikiirguse intravasaalse manustamise korral vere-soontes aset leidvaid muutusi. Nad on välja selgitanud, et laserikiirgus kahjustab veresoonte sisekihte, mistõttu tekivad trombid. Põhjuseks on eelkõige kiirguse termiline toime. Laserite kasutamisel intravasaalsete operatsioonide korral tuleb kindlasti ordineerida trombi taasteket pidurdavat ravi. Termiliste kahjustuste ärahoidmiseks on vaja laserikiirgust manustada impulssrežiimil, kusjuures impulsi kestus ei tohi olla üle 10⁻⁵ s.

J. Tšernjajeva (Moskva) tutvustas fotodünaamilise ravi arengu ajalugu ja perspektiive. Fotodünaamilise ravi aluseks on rakkude sensibiliseerimine valguse toimel. Nähtus avastati 1900. aastal. Ajavahemikul 1960...1961 töötati välja meetod, mis seisneb rakkude fotosensibiliseerimises porfüriinüüma sisaldavate ühendite abil. Seda hakati kasutama vähktõve ravis. Haigele viiakse veeni hematoporfüriini derivaate. Organismis tungivad need ühendid rakkudesse, kusjuures kasvajakoe akumulatsioonid hematoporfüriini rohkem kui teised koe. Hematoporfüriini ladestumine kasvajakoesse on maksimaalne 48...72 tundi pärast aine süstimist. Järgneval kasvajakoe valgustamisel neelab hematoporfüriin valguskvante. Tagajärjeks on see, et aine läheb üle tripleediseisundisse. Hematoporfüriini molekuli väljumisel antud seisundist genereerub energia, mis põhjustab molekulaarse hapniku ülemineku singleetsesse seisundisse. Selles olekus avaldab hapnik tugevat oksüdeerivat toimet. Tõenäoline on hul-

galiste vabade radikaalide teke, mille lõpptulemuseks, hävitades kasvajakuru membraanisüsteemid, on kasvajakoe nekroos. Kirjeldatud mehhanism on küllaltki üldine ja hüpoteetiline, sest hematoporfüriini kui fotosensibilisaatori toime kohta on andmeid veel vähe.

Kliinikus on seda meetodit rakendatud 1978. aastast. 1987. aasta detsembriks oli maailmas sel teel ravitud üle 3000 haige. Asutatud on mitmeid fotodünaamilise ravi keskusi. Nendest 15 asub USA-s, 5 Jaapanis, 3 Hiinas, üksikud Saksamaa LV-s, Itaalias ja mujal. Nõukogude Liidus ei ole selle ravimeetodi kasutamine veel lubatud.

Statistilised andmed on näidanud, et keskmiselt 70%-l haigetest on saadud hea tulemus: kasvajakude nekrotiseerub kas täielikult või 50% ulatuses. Fotodünaamilist ravi on siiani kasutatud pahaloomuliste kasvajakude puhul, mis lokaliseeruvad nahal, kopsudes, silmas, söögitorus, kusepõies ja sugu-elundites. Vajaduse korral transporditakse valgus argoonlaseritest elunditesse kiuoptika teel endoskoobi kontrolli all. Võimalik on ka valgusjuhi viimine kasvajakoldesse punktisiooniõela kaudu. Meetodit rakendatakse kas iseseisvalt või koos teiste ravivõtetega, näiteks hüpertermiaga (mikrolaine). Ravi kõrvalnähtudest on olulisem hematoporfüriini manustamise järel tekkiv ülitundlikkus valguse suhtes, mis kestab kuu, mistõttu haigeid tuleb ravi ajal hoida pimedas. Teise tüsistusena võivad tekkida maksa- ja neerukoe kahjustused. Nende ärahoidmiseks otsitakse fotosensibilisaatoreid, mis hematoporfüriiniga võrreldes oleksid veelgi afiinsemad kasvajakoe suhtes ja mis vähem ladestuksid nahas ning parenhümatossetes kudedes.

Laserikiirguse toimemehhanismide tundmaõppimisel on oluline laserspektroskoopia arendamine. V. Kamalov (Moskva) kirjeldas rakukomponentide spektraalsete parameetrite muutusi ülilühikeste ajavahemike jooksul. Nende poolt rakendatav meetod seisneb bioloogiliste objektide ergastamises pikosekundiste laserikiirguse impulssi-

dega ja järgnevas kombinatsioon-hajumisspektrite või fluorestsentspektrite registreerimises. Nende parameetrite registreerimiseks on autorid välja töötanud ka lasermikroskoobi. Esimesed tulemused on saadud melanotsüütide pigmendi melaniini liikumise kohta. Rakusiseste protsesside uurimisel võivad lähemal ajal rakendamist leida aromaatsed asiidid. Kasutades Eesti NSV Teaduste Akadeemia Füüsika Instituudis väljatöötatud laserseadmeid, on Novosibirski teadlased registreerinud mitmeid aromaatsete asiidide neeldumise spektreid. Üks töö eesmärke on uute aromaatsede asiide sisaldavate bioloogiliselt aktiivsete fototundlike ühendite süntees.

A. Treššalovi (Eesti NSV Teaduste Akadeemia Füüsika Instituut, TRÜ) ettekanne tutvustas gaasijoas jahutatud molekulide laserspektroskoopia võimalusi. Kasutatav seade koosneb laserikiirguse allikast, mis omakorda koosneb eksimeer- ja värvlaserist; vaakumkambri ainete viimiseks gaasifaasi; registreerivast süsteemist. Autorid on uurinud biatsetüüli ja aromaatsete aminohapete spektreid. Biatsetüüli suure lenduvuse tõttu on lihtne registreerida tema spekter gaasifaasis. Aromaatsete aminohapete viimine gaasifaasi on tehniliselt märksa keerukam. Aminohapete kuumutamise tingimusi varieerides on siiski õnnestunud registreerida türosiini spekter gaasijoas. Selle eksperimendi edu lubab loota, et lähitulevikus õnnestub kindlaks teha ka mõningate lihtsama struktuuriga hormoonide, nagu türoksiini, trijodotüroniini spektreid.

Eesti NSV Teaduste Akadeemia Füüsika Instituudi teaduri R. Tamkivi ja NSV Liidu Tervishoiuministeriumi Silmahaiguste Teadusliku Uurimise Instituudi teaduri T. Pahhomova ühisettekandes esitati tulemused, mis on saadud eksimeerlaseri kasutamisel keratotoomias. Eksperimendis on operatsioone tehtud sea silma sarvkestal. On uuritud eri lainepikkusel laserikiirgusega tehtud löikeid. On selgunud, et parima löike saab eksimeerlaserist kiiratava 193 nm-

se lainepikkusega valgusega. Impulsi kestus oli 10...20 ns, impulsi võimsus 100 mJ, kordussagedus kuni 100 Hz. Põhjalik morfoloogiline analüüs on näidanud, et nekroos löikehaavas praktiliselt puudus, samuti ei tekkinud löiget ümbritseval alal endoteelikahjustusi. Seadme meditsiinis kasutuselevõtuks on vaja toota seda sellises variandis, mis vastaks meditsiiniõuetele. Läti teadlane J. Purinš on võrrelnud Ar-laseri toimet Cu-laseri omaga küüliku pretsebraalsetesse arteritesse* *in vitro* ja *in vivo*. Vaatamata laserite kiirgusparameetrite sarnasusele, on selgunud, et Ar-laser avaldab kudedesse tugevamat termilist kahjustavat toimet.

L. Bolesnelite (Vilnius) esitas andmeid fotodünaamilise teraapia kasutamise kohta indutseeritud kasvajate puhul katsetes loomadega. Hematoporfüriini manustamine haigestunud loomadele koos järgneva valgusmõjustusega pikendab nende eluiga 30%.

I. Adamov (Moskva oblast) kirjeldas tulemusi, mis on saadud He-Ne-laseri kasutamisel kõhuõõne elundite haiguste ravis. Maohaavandite otsesel mõjutusel laserikiirgusega (endoskoobi kontrolli all), millega käib kaasas traditsiooniline medikamentoosne ravi, paranevad haavad kaks korda kiiremini kui laser-ravi korral. Häid tulemusi on saadud ka laserite kasutamisel hepatiidi ravis. Sel juhul on laseriga valgustatud paremat roietekaarealust nahapiirkonda.

E. Pärnaste (EPA) tutvustas laserite kasutamist ja perspektiive veterinaarias. Lõikeinstrumendina («Skalpell 1») on laserit siingi rakendatud. Autor aga on He-Ne-laserit kasutanud kalkunimunade regulaarseks valgustamiseks tibude embrüonaalse arengu mõjutamise eesmärgil. Laserikiirgus manustati hajutatult, valgusala läbimõõt oli 18...20 cm, kiirgusvõimsus 0,1 W/cm². Andmetest nähtub, et taoline menetlus vähendas loodete suuremust ja kiirendas nende arengut. Eluvõimeliste tibude koorumine suurenes 4,6%.

* vahetult ajju suubuv arter

Lasertehnika alal on edusamme kompaksete kristall-laserite arendamisel (V. Lobatšev, Teaduste Akadeemia Üldfüüsika Instituut, Moskva). Erbium-kristalli baasil on saadud uus laser. Laserit on juba kasutatud stomatoloogias hambaemali ja dentiini eemaldamiseks. Protseduur on kiire ega kahjusta ümbritsevaid kudesid.

I. Šor ja J. Susi (TRÜ) kirjeldasid esimesi tulemusi TRÜ üldfüüsika kateedris loodud meditsiiniotstarbelise eksimeerlaseri kasutamisel. Autorid on uurinud laserikiirguse toimet aordiseinal paiknevatesse aterosklerootilistesse naastudesse (laibamaterjalis). On selgunud, et antud laserist genereeritud valgusimpulsid lagundavad efektiivselt aterosklerootilist massi. Morfoloogiline analüüs on näidanud, et löikekoha ümbrus jääb kahjustamata, nekroosita. Järgmises etapis on vaja leida teed, kuidas laserikiirgust viia valgusjuhtidesse, et katsetada trombi lõhustamist veresoones.

Eesti NSV Teaduste Akadeemia Füüsika Instituudi, Spetsiaalse Konstrueerimisbüroo Tartu filiaali ja TRÜ koostööna konstrueeritakse praegu laser-spektraalseadet BiMeDa. Seade on planeeritud universaalseks ainete analüüsiks nii vedelikes kui ka gaasides.

Valgevene Teaduste Akadeemia Füüsika Instituudis on valminud kahevärviline laseroftalmoloogiline seade, mis võimaldab koaguleerida kudesid eri kihtides.

Leningradis asuv NSV Liidu Teaduste Akadeemia Teaduslik-Tehniline Koondis on loonud laserfluorestsents-spektromeetri. Seadme konstrueerimisel on arvestatud laia tarbijaskonda. Uuritav objekt ergastatakse impulsslaserikiirgusega kolmes spektrialas: nähtav piirkond, 270...330 nm ja 300...720 nm. Impulsi kestus on 10...15 ns. Seade võimaldab registreerida neeldumis-, ergastus-, fluorestsentspektreid ja polarisatsiooniparameetreid. Seadme juhtimine ja andmete analüüs toimuvad automaatselt.

S. Babitšenko (Tallinn) kirjeldas meervee distants-spektraalanalüüsi seadet.

See koosneb eksimeerlaserist ja värv-laserist, kust tekitatav valguskiir suunatakse vee pinnale. Veekogus tekivad fluorestsentskogutakse vastuvõtva teleskoobiga ja analüüsitakse paljukanalilise registraatori kaasabil. Signaalanalüüsil kasutatakse kahemõõtmelisi matriitsi, milles koordinaatideks on nii ergastava kui ka tekkiva fluorestsentsi lainepikkused. Seade on võimaldanud usaldusväärset lokaliseerida Balti meres naftasaastuskeskused.

Seminaril vastuvõetud otsuses märgiti, et tuleb toetada koostööd NSV Liidu Teaduste Akadeemia Üldfüüsika Instituudi ja TRÜ vahel, mille eesmärk on luua uut tüüpi meditsiinilisi laserseadmeid. Heakskiidu on pälvunud ka Eesti NSV Teaduste Akadeemia Füüsika Instituudi ja Spetsiaalse Konstrueerimisbüroo Tartu filiaali koostöö TRÜ-ga väikesegabariidilise laserspektromeetri — BiMeDa loomisel. Selle seadme põhivariandid on juba komplekteeritud. Paralleelne teadusliku uurimistöö ja konstrueerimisülesannete lahendamine on parimaks mooduseks meditsiinilisi bioloogilistele nõuetele vastavate laserseadmete väljatöötamisel. Otstarbekas on, et kiirendataks pikosekundise ajalahutusega töötava laserfluorestsentsmikroskoobi väljatöötamist koostöös TRÜ ja MRÜ vahel. Angioplastikas, mikrokirurgias ja litotrüpsias kasutatavate eksimeerlaseritel põhinevate seadmete väljatöötamiseks on vaja uusi asutustevahelisi kollektiive. Et neid töid kiirendada, tuleks kiiremini rajada TRÜ katsetootmisbaas, mille töö üks põhisuundi oleks laserbiomeditsiinitehnika arendamine. Ühtlasi toetati Tartu linna algatust hakata meditsiiniaparatuuri tootma ka Tartu tööstusettevõtetes.

Tartu Riiklik Ülikool

*Eesti NSV Teaduste Akadeemia
Füüsika Instituut*

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

UDK 576.851.45:616-079.4-08

Abdominaalne pseudotuberkuloosne jersinioos

Sven Eving Kaljo Kase
Vello Valdes Tallinn

jersinioos, kliiniline pilt, abdominaalne vorm, diferentsiaaldiagnoosimine, ravi

Jersinioosid, varajasema nimetusega pastorelloosid (4), kuuluvad laialdaselt levinud, kuid üldiselt vähe tuntud haiguste hulka. Jersinioosidest, eriti seoses reaktiivsete artriitidega, on käesolevas ajakirjas ülevaate andnud L. Päi (3). Neid haigusi on vaja tunda ka kirurgidel kõhuõõne kirurgiliste haiguste diferentsimiseks, arvestades seedetrakti võimalikku kahjustumist 37,6... 51,4%-l jersinioosihaigetest (2, 7, 8, 10).

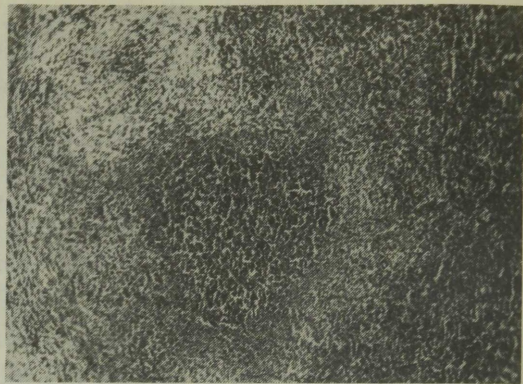
Kliiniliselt väljendub haiguse abdominaalne vorm gastriidi, gastroenteriidi, mesadeniidi või terminaalise ileiidina (5, 7, 8, 10). L. Sõtševa kaasautoritega (9) sedastas 74 Kaug-Ida sarlakitaolise palaviku (jersinioosi variant) juhust 10 juhul flegmonoosse või destruktiivse apenditsiidi, kusjuures histoloogiliselt pseudotuberkuloosile omaseid granuloomega hiidrakke ei leitud. Kaebustena on mainitud iiveldust 29,3%-l, oksendamist 12,8%-l, kõhulahtisust 12,4%-l, valu ülakõhus 11%-l, paremal roiete-kaare all 5,1%-l, naba ümbruses 4,1%-l ja paremal alakõhus 24,7%-l juhtudest (8).

Niudesoole haavandilist põletikku ja mesenteriaalset lümfadeniiti põhjustab esmajoones *Yersinia pseudotuberculosis*, kusjuures haiguspilt võib sümuleerida apenditsiiti, lümfisõlmede tugeva suurenemise korral isegi ileotsekaalpiirkonna pahaloomulist kasvajat. Ravi aga on tavaliselt konservatiivne, välja arvatud tüsistuste ja tõelise apenditsiidiga kulgevate haigusvormide korral. Laparoskoopia korral võib laparotoomia ka ära jääda. Operatsiooni ulatust aitab täpsustada, ühtlasi ülemäärast radikaalsust vältida operatsiooniaegne kiirbiopsia. Diagnoosi kinnitab bakterioloogiline uuring, mille tulemus G. Somovi (8) andmetel on kahjuks positiivne vaid 5...7%-l juhtudest; küll aga on seroloogiliste testide tulemused osutunud positiivseks 43...98%-l juhtudest (2, 6, 8). Raviks kasutatakse antibiootikume, desensibiliseerivaid ja desintoksikatsioonivahendeid ning epsilon-aminokapronhapet. *Y. enterocolitica* on kõige tundlikum streptomütsiini, gentamütsiini, tetratsükliini ja klooramfenikooli suhtes, *Y. pseudotuberculosis* aga eelnevast erinevalt penitsilliini suhtes (1). Siit tuleneb ka haiguse tekitaja tüve antibiootikumitundlikkuse määramise vajadus igapäevases töös.

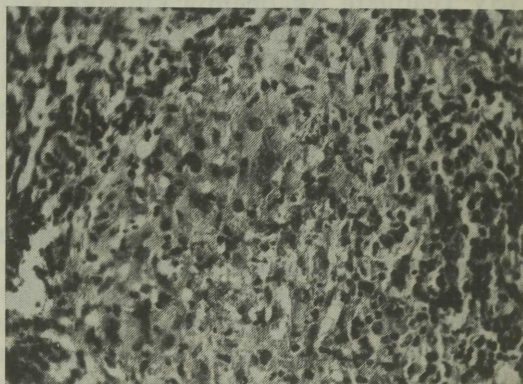
Esitame apenditsiiti sümuleerinud haigusjuhu.

Haigusjuht. 19-aastane naine T. P. (Tallinna Vabariikliku Haigla haiguslugu nr. 4979/1987, Vabariikliku Tuberkuloosidisperseri haiguslugu nr. 732/1987). Haigus oli alanud valuga, eriti tugev oli see alakõhus paremal. Jaoskonnaarst oli diagnoosinud põelonefriiti ja ordineerinud biseptooli, analgiini ja dimedrooli. Kolmandal haiguspäeval (14. aprillil 1987) suunati haige Tallinna Vabariikliku Haiglasse. Diagnoosiks olid parempoolsed neerukoolikud. Haiglasse saabudes oli nahk kahvatu ja puhas; keel kuivavõitu, õrna katuga kaetud; kehatemperatuur 38,9 °C. Kõhukatted olid pehmed, palpeeritav valulik resistentsus paremal alakõhus McBurney punkti piirkonnas, Blumbergi sümptom +, Pasternatski sümptom paremal ±, vasakul -; suguelundid muutusteta. Röntgenuurinul ilmnemine, et parema diafragma kupli liikuvus piiratud. Vereanalüüs 15. aprillil 1987: leukotsütoos $8,4 \times 10^9/l$. Verevaleml: keppt. 10%, segmentt. 72%, lümfots. 12%, monots. 6%. Esialgne diagnoos: apendikulaarne infiltraat või kõhu eesseina song (Spiegeli).

Operatsiooniks ettevalmistusel manustati 1500 ml spasmolüütilist vedelikku. Operatsioonil (15.



Mikrofoto 1. Lümfisõlme koldeline nekroos (heledam väli), keskel tihe leukotsütaarne eksudaat (värving hematoksüliin-eesiiniga, suurendus 100×).



Mikrofoto 2. Epitelioidrakuline granulatsioon nekroosi piiril, polünuklearsed leukotsüüdid, karüoreeks (värving hematoksüliin-eesiiniga, suurendus 400×).

aprillil 1987) avati kõhuõõs parempoolse pararektaalõikega. Kõhuõõnes oli hemorraagilise varjundiga vedelikku, ileotsekaalpiirkonnas suurenenud lümfisõlmede konglomeraat, mis jätkus suurenenud sõlmedena retroperitoneaalselt üle lülisamba. Alumised neerupoolused tundusid olevat tihkenud, kuid revideerimisel (kõhukelme avati parema neeru kohal) muutusi märgata ei olnud; kõhuõõne elundid muus osas iseärasusteta. Histoloogiliseks uuringuks võeti kaks lümfisõlme ileotsekaalpiirkonnast. Kõhuõõs dreeneriti, haav suleti. Operatsiooni järel jätkati infusioonravi. Kõhuõõnevedeliku külvis mikroobide kasvu ei olnud. Lümfisõlme histoloogiline uuring (nr. 872756, vt. mikrofotod 1 ja 2): lümfisõlm follikulaarse struktuuriga; välimises tsoonis koldeline nekroos, mis kohati piirdus epithelioid-rakulise granulatsiooniga. Leidus üksikuid hulgitumalisi hiidrakke. Nekroosi alal ja lähieümbruses leukotsütaarne, ülekaalukalt neutrofiilne

infiltratsioon, rohke karüoreeks. Lümfisõlme ümbruse põletik koos noore sidekoe vohamisega. Äge abstsedeeruv lümfadeniit, mis viitab pseudo-tuberkuloosse pastorelloosi võimalusele.

Operatsioonihaav paranes esmaspingsalt, dre-naažikaudne eritus püsis nädal aega. Vereana-lüüs 21. aprillil 1987: leukotsütoos $6,1 \times 10^9/l$. Verevalem: eosinof. 4%, keppt. 2%, segmentt. 54%, lümfots. 35%, monots. 4%, plasmarakke 1%. Immunoglobuliinide hulk normist veidi suu-rem: G — 22,8 g/l, A — 3,6 g/l, M — 2,6 g/l.

24. aprillil 1987 suunati haige Vabariikliku Tuberkuloosidispersse. Diagnoos: *pasteurello-sis pseudotuberculosis*. Haige sai tetratsükliini 500 000 ühikut neli korda päevas 10 päeva vältel, streptomütsiini 0,5 kaks korda päevas 50 päeva vältel ning vitamiine. Alaniinamiini trans-feraasi aktiivsus 27. aprillil 1987. a. $581 \text{ nmol/s} \times 1$, 13. mail 1987. a. $155 \text{ nmol/s} \times 1$. Teised analüüsid normi piires. 17. juunil 1987 lahkus patsient disperserist heas seisundis. Järelkontrollil 1987. aasta septembris ja detsembris tal kaebusi ei olnud. Jätkab õpinguid kõrgkoolis.

Kirjeldatud juht viitab kõhuõõne ägeda kirurgilise haiguse diferentsimise raskustele, ka sellele, et apenditsiidi, apendikulaarse infiltraadi, Crohni tõve, soolekasvaja kõrval tuleb diagnoosimisel mõelda ka jersinioosi võimalusele. Tõeline haigus selgub alles lümfisõlme biopsia või bakterioloogilise (eriti sero-oloogilise) uurimise põhjal, kusjuures viimane võiks olla otsustavaks adek-vaatse ravi määramisel.

KIRJANDUS: 1. Butler, Th. In: Cecil Text-book of Medicine, 1985, vol. 2., 1600—1603. — 2. Pai, Ch. H., Gillis, F., Marus, M. I. J. Infect. Dis., 1982, 146, 5, 205. — 3. Päi, L. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1987, 5, 345—348. — 4. Zollinger, U. Pathologische Anatomie. Band II. Stuttgart, 1976.

5. Антоненко Ф. Ф., Шубин Ф. Н., Антоненко Л. Б. В сб.: Тезисы Всесоюзной научно-практической конференции. Владивосток, 1986, 149—151. — 6. Даровский Б. П., Хромаев А. А. Вест. хир., 1982, 6, 67—68. — 7. Рольщиков И. М., Жандаров А. В., Шушпанов Е. М. В сб.: Вопросы хирургической гастроэнтерологии. Сборник научных трудов. Владивосток, 1983, 160—161. — 8. Сомов Г. П. Дальневосточная скарлатиноподобная лихорадка. М., 1979. — 9. Сычева Л. Г., Дорошенко Т. Е., Гандуров С. Г. В сб.: Тезисы Всесоюзной научно-практической конференции. Владивосток, 1986, 206—208. — 10. Яремчук А. Я., Пойда А. И. Вест. хир., 1984, 8, 75.

Tallinna Vabariiklik Haigla
Vabariiklik Tuberkuloosidisperser

UDK 616-003.821-07-08-036.8

Primaarse generaliseerunud amüloidoosi juht ja sekundaarsest amüloidoosist põhjustatud letaalsuse analüüs

Natalia Lapidus Silvia Künnapuu
Ljubov Piel Tallinn

primaarne amüloidoos, sekundaarne amüloidoos, esinemissagedus, diagnoosimine, letaalsus

Sissejuhatus ja eesmärk. Amüloidoos esineb kas iseseisva haigusena (primaarne ehk idiopaatiline) või haigusena, mis võib түsistada mitmete teiste haiguste kulgu (sekundaarne amüloidoos) (6). Kuigi on pakutud mitmeid amüloidoosi klassifikatsioone, puudub siiski veel üldtunnustatud klassifikatsioon (5, 6, 7). Haiguse etioloogia jääb ebaselgeks (6, 7), esinemissagedus eri maades on olnud erinev: Euroopas ja USA-s on see 0,50,7% lahangute arvust, Hispaanias, Portugalis 2,0%, Jaapanis 0,01% lahan-gute arvust (6). Ei ole täpselt teada, mil-lest selline erinevus tingitud on, olgugi et kirjanduse andmeil on püütud sellesse selgust tuua (4, 6). On arvatud, et amü-loidoosi esinemissagedus maailmas suu-reneb tingituna inimeste sagedamast kontaktist immunoloogilise agendiga ja rahvastiku vananemisest (4).

Primaarset amüloidoosi esineb kir-janduse andmeil 0,1%-l kõikidest lahan-gujuhtudest (6). Kõige sagedam on sekundaarne amüloidoos, teda esineb 1,0 . . . 5,4%-l juhtudest ja ta on kõige rohkem tuntud laiale arstide ringkon-nale (6). Mitmed autorid arvavad, et amüloidoosi jaotus primaarseks ja sekundaarseks on suhteline, sest on ka üleminekuvorme (6). Sekundaarse amü-loidoosi түsistusena võivad tekkida järg-mised haigused: mittespetsiifilised kop-suhaigused, tuberkuloos, reumatoidart-riit, pahaloomulised kasvajakad, krooni-line mittespetsiifiline haavandiline kol-liit, krooniline glomerulonefriit ja nee-ruvaagnapõletik, harvem püodermia, roos, flegmoon, osteomüeliit (5, 6, 7).

Otsest seost eelnenud haiguse raskusastme, kestuse ega amüloidoosi tekkimise vahel ei ole (3, 5, 7).

Antud töö eesmärk on esitada sekundaarse amüloidoosi juhtude 10 aasta analüüs Tallinna Pelgulinna Haigla uurimismaterjali põhjal ja kirjeldada idiopaatilise amüloidoosi tagajärjel tekkinud ainsat surmajuhtu 1987. aastast.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Analüüs on tehtud haiguslugude ja lahanguprotokollide põhjal. Esitame 18 sekundaarse amüloidoosi juhu (7 mehel ja 11 naisel) analüüsi. Amüloidoosi surnute arv moodustab 0,8% kõigist Pelgulinna Haiglas kümne aasta jooksul tehtud 2229 lahangust. Kõik need amüloidoosiga haiged olid olnud ravil ja surnud Pelgulinna Haigla eri osakondades ajavahemikul 1977...1986.

Esitame üksikasjalikult ühe idiopaatilise amüloidoosi surnud haige haigusloolu.

Haigusjuht. 50-aastane meeshaige A. S. (Tallinna Pelgulinna Haigla haiguslood nr-d 5013/1985, 925/1986, 5894/1987). 1985. aasta novembris hospitaliseeriti ta esimest korda. Varem oli terve olnud, aastaid mänginud korvpalli, ksujuures treeningukoormus oli olnud väga suur.

Neeruhaigusi endal eitas. Oli haigestunud 1985. aasta novembri algul pärast külmetust. Olid tekkinud tursed jalgadel, mõõdukas hingeldus, janu tunne ja vähene peavalu.

Haiglas saabumisel oli seisund rahuldav: haige kahvatu, nägu pastoosne, säared mõõdukalt tursunud, arteriaalne rõhk 140/90 mmHg.

Vereanalüüs: SR 55 mm/t., hgb. 152 g/l, erütrots. $4,9 \times 10^{12}$, leukots. $10,1 \times 10^9$.

Uriinis valku 6,5 g/l, sademes erütrotsüüte 3...4...3, leukotsüüte 2...2...3, hüaliinsilindreid 2...1...1.

Ööpäeva jooksul eritunud uriinis oli valku 7,6 g, suhteline tihedus 1,019...1,005.

Proteinogramm: üldvalku 43,0 g/l, albumiine 43,6%, globuliine: α_1 — 4,1; α_2 — 14,0%; β — 17,4%; γ — 20,9%; kolesteriini vereseerumis 14,04 mmol/l, β -lipoproteiini 1,16 g/l.

Esmakordsel hospitaliseerimisel urea, kreatiini- ja immunoglobuliinisaldus normi piires.

Endogeense kreatiini kliirens 148 ml/min. Radiorenogramm: mõlema neeru sekretoorse ja ekskretoorse funktsiooni mõõdukas aeglustumine.

Nefroangiograafia: neerude kuju ja suurus vastasid normile, neeruarterite võrgustik nõrgalt kontrasteerunud; parenhüüm kontrastainega täitunud ühtlaselt, kuid väevu nähtavalt.

Kopsude röntgenuring: kopsuvaratid laienenud. Süda mõõdukalt laienenud.

Elektrokardiogramm: repolarisatsioonihäire anterolateraalsetl.

Silmapõhjajad: arterid kitsenenud, looklevad; veenid laiad; papilli piirid selgelt nähtavad.

Seega kinnitasid kliinilis-laboratoorsed uuritud glomerulonefriidi aktiivse nefrootilise vormi olemasolu; neerutalitlus häireteta.

Rakendati kombineeritud ravi: ordineeriti hepariini, kurantüüli, prednisolooni, laasiksit, digoksiini ja retaboliili.

Prednisoloonravi talus haige halvasti, mille tõttu prednisolooni andmine katkestati. Kombineeritud ravi tulemusena seisund paranes. Haiget raviti kaks kuud.

Et proteiinuuria süvenes, tuli haigel 1986. aasta märtsis korduvalt haiglas viibida. Tekkis parema säärearteri oklusioon, mis oli alguse saanud oblitererivast ateroskleroosist, hiljem tõestus see ka angiograafiliselt.

Hepariin- ja trentaaravi tulemus oli rahuldav. Haige viibis ravil ühe kuu.

1986. aasta septembrist alates haige seisund halvenes: tekkisid isutus ja kehakaalu langus, ilmsed neerupuudulikkuse nähud, hüpotoonia.

Neerupuudulikkuse progresseerumise kiiresti pärast glükokortikoidide suures annuses kasutamist.

Kroonilise neerupuudulikkuse väljakujunenud kliinilise pildi (urea 40,17 mmol/l, kreatiini 1135 mkm/l) tõttu hospitaliseeriti haiget 1986. aasta detsembris korduvalt.

Kroonilise neerupuudulikkuse korrigeerimiseks tehti hemodialüüsi kombineeritult hemosorptsiooniga, seda aga talus haige halvasti. Viienda hemodialüüsi ajal tekkis südamevatsakeste fibrillatsioon.

Reanimatsioonivõtted tulemusi ei andnud ja haige suri. Haige oli ravil viibinud 19 päeva, teda oli jälgitud 15 kuud.

Diagnoos enne lahangu: kroonilise glomerulonefriidi nefrootiline vorm, kiirelt progresseeruv, pahaloomuline kulg, terminaalne neerupuudulikkus; alajäsemete II...III staadiumi oblitereriv ateroskleroos. Parema säärearteri oklusioon.

Makroskoopiline lahanguleid kinnitas glomerulonefriidi diagnoosi. Histoloogiliselt oli aga leitud kõigi uuritavate elundite amüloidoos. Patoanoomiline diagnoos: süsteemne idiopaatiline primaarne amüloidoos — neerude, südame, kopsude, põrna, maksa, kilpnäärme, kõhunäärme, mao- ja sooleseina amüloidoos, krooniline ureemia. Seega kliiniline ja patoanoomiline diagnoos lahkesid. Primaarne amüloidoos jäi lahangu kliiniliselt ja makroskoopiliselt diagnoosimata.

18 haigest, kes põdesid sekundaarset amüloidoosi, olid ülekaalus eakad, 12 neist olid üle 60 aasta vanad (63,1%). Amüloidoosile eelnenud haiguste jaotus on toodud tabelis 1. Kirjanduse andmed on erinevad: ühed autorid peavad tähtsamaks kopsutuberkuloosi (tsit. 5. kirjandusallika järgi), teised kroonilisi mittespetsiifilisi kopsuhaigusi (tsit. 5), kolmandad reumatoidartriiti (3).

Sekundaarse amüloidoosi kliiniline pilt on erakordselt mitmekesine ja sõl-

Tabel 1. Sekundaarse amüloidoosi tekkimise sagedus eri haiguste puhul

Nosoloogiline ühik	Esinemis-sagedus	Protsent kõigist sekundaarse amüloidoosi juhtudest
Kroonilised mitte-spetsiifilised kopsuhaigused	7	38,8
Reumatoidartriit	5	27,6
Krooniline püelonefriit	2	11,2
Kudede ja elundite kroonilised mädased haigused	2	11,2
Kopsutuberkuloos	1	5,6
Maliignsed kasvaja	1	5,6
Kokku	18	100

tub sellest, millistesse elunditesse on amüloidi ladestunud rohkem, sõltub ka haiguse kestusest ja tüsistustest (5). Tavaliselt on amüloidi leitud mitmes elundis (4, 5). Oma monograafias on I. Šamov sekundaarse amüloidoosi kliinilist jaotanud nefropaatiliseks, epinefropaatiliseks ja segatüüpi amüloidoosiks (7). Meie uurimismaterjalid olid need vastavalt kümnel (55,6%), kahel (1,1%) ja kuuel (33,3%) lahingul.

Kirjanduse andmetel on elundite amüloidkahjustuse sagedus järgmine: neerukahjustus 82,4...92,2%-l; põrna- 57,6...73,6%-l; maksa- 37,4...44,0%-l; neerupealiste 14,5...35,7%-l; soolestiku 2,1...5,6%-l; pankrease-, kilpnäärme-, südame- ja kopsukahjustus 0,3...20,0%-l amüloidoosijuhtudest (2, 4).

Tabelis 2 on näidatud siseelundite kahjustuse esinemissagedus sekundaarse amüloidoosi juhtudel. On tähelepanuväärne, et neerukahjustus oli kõigil haigeil. Elupuhune sekundaarse amüloidoosi diagnoos oli pandud kümnele haigele (55,6%).

Tuleb nõustuda teiste autorite arvamusel, et kõigil, kes põevad amüloidoosi tüsistuvaid haigusi ja kellel uriinis on leitud valku üle kolme korra järjest, tuleb amüloidoosi avastamiseks teha kõik võimalikud uuringud, kaasa arvatud igemete, jämesoole limaskestast, neerude biopsia (1, 6, 7). Meie uurimismaterjali põhjal ei tehtud elupuhust

Tabel 2. Siseelundite kahjustuse sagedus sekundaarse amüloidoosi puhul tehtud 18 lahangu põhjal

Siseelund	Lahatute arv	
	absoluut-arvudes	protsentides
Neerud	18	100,0
Põrn	14	77,7
Maks	9	50,0
Neerupealised	8	44,4
Süda	2	11,1
Kopsud	1	5,6
Pankreas	1	5,6

biopsiat ühelgi korral, vaatamata sellele, et elupuhune histoloogiline uuring on kõige kindlam amüloidoosi diagnoosimise viis (1, 6, 7).

Elupuhune biopsia on erakordselt oluline amüloidoosi väljaselgitamisel algstaadiumis, sest on andmeid, et amüloid võib mõningate preparaatide toimel resorbeeruda. Amüloidoos on ka vastunäidustuseks glükokortikosteroidipreparaatide kasutamisel, need avaldavad haigusele progresseeruvat mõju (1, 6, 7). Eriti on see oluline nefropaatilise vormi puhul, kuna neerude amüloidoosi asemel diagnoositakse tavaliselt glomerulonefriiti ja raviks manustatakse sageli prednisolooni.

Esitatud primaarse amüloidoosi juht demonstreerib diagnoosimise keerukust. Nefrootilise sündroomi eri kliiniliste sümptomide kiire progresseerumise ja ravi vähese efektiivsuse puhul tuleb mõelda ka amüloidoosile.

KIRJANDUS: 1. Варшавский В. А., Мухин Н. А., Березина Т. А. и др. Сов. мед., 1977, 3, 20—23. — 2. Иванюта О. М., Панасюк А. В. Врачеб. дело, 1986, 2, 71—74. — 3. Каган Д. З. Пробл. туб., 1976, 3, 72—77. — 4. Каган Д. З. Тер. арх., 1979, 51, 6, 19—23. — 5. Панченко В. М. Амилоидоз почек. М., 1975. — 6. Серов В. В., Шамов И. А. Амилоидоз. М., 1977. — 7. Шамов И. А. Классификация, клиника, диагностика и лечение амилоидоза. Махачкала, 1974.

Tallinna Kiirabihaigla

Tallinna Pelgulinna Haigla

Tallinna Linna RSN Täitevkomitee
Tervishoiuosakond

Tervishoiutöö korraldus

UDKK 614.1:63-051(474.2)

Maaelanike arstiabi-korraldus

August Roosileht · Tallinn

NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu poolt kinnitatud elanike tervise kaitse arendamise ning NSV Liidu tervishoiu ümberkorraldamise põhisuunad XII viisaastakul ja ajavahemikul kuni 2000. aastani näevad ette maaelanike arstiabi igakülgse parandamise. XII, XIII ja XIV viisaastakul ehitatakse haiglaid ja polikliinikuid peaaegu kõikidesse meie vabariigi rajoonikeskustesse. Koopereeritud vahenditega osalevad ehituses sovhoosid, kolhoosid ja ettevõtted. ATK vahenditega ehitatakse sajandivahetuseni üle 40 uue maa-ambulatoriumi.

Ambulatorium jääbki maal esmaseks arstlikuks tervishoiuasutuseks. Seal töötavad kolm arsti: sisearst, lastearst ja stomatoloog. Selleks et nende oleks tagatud normaalne töökoormus, peaks ambulatoriumi teeninduspiirkonnas elama neli tuhat inimest. Maa-ambulatoriumi töökorralduse ideaalseima variandina nähaksegi ette suurt teeninduspiirkonda, nelja tuhande elanikuga küla (asulat). 1970. aastal oli Nõukogude Liidus selliseid suuri kompaktsid külasid, kus elas üle kolme tuhande inimese, 13,3% kõikide maaasulate arvust. Eestis aga mitte ühtegi. 1984. aastal oli Eestis 3437 maa-asulast 91,45% elanike arvuga alla 300. Üle 1000 inimesega asulaid oli Eestis vaid üks.

Asulate väiksuse tõttu on Eestis ühele

maa-ambulatoriumile pandud mitme asula elanikele arstiabi andmine. Nende asulate vahekaugus võib tihtipeale olla küllalt suur.

1984. aastal korraldatud üleliidulisel maa-asulate elanike sotsiaal-kultuurilise teenindamise uurimisel tehti kindlaks, et sellistest Eesti NSV maa-asulatest, kus oma tervishoiupunkti ei ole, asub 19% lähimast tervishoiuasutusest üle 10 km ja 41,9% 5...10 km kaugusel.

Arstiabi kättesaadavuse määrab esmajoones raviasutuse kaugus elukohast. Maaelanike pöördumus arstiabi saamiseks on kauguse tõttu linnaelanike omast 30% väiksem. Tervishoiupunkti üle 10 km kaugusel elavad inimesed tulevad abi saama kaks korda harvem kui need, kes elavad samas asulas, kus tervishoiupunkt paikneb. Maal arsti külastuseks kuluv aeg on suuremate vahekauguste tõttu tunduvalt suurem kui linnas.

Suurte vahekauguste tõttu jääb arsti vastuvõtule pöördunute arv väikeseks. Veelgi raskem on käia ambulatoriumis protseduuridel (elekter- ja soojusravi, süstid, ravivõimlemine). Eesti maa-asulate hõre paiknemissüsteem nõuab sellist tervishoiukorraldust, mis võimaldaks arstiabi, aga ka meditsiiniprotseduurid elanikele võimalikult lähemale viia. Üks selliseid arstiabivorme, mida tervishoiu arengu põhisuunad heaks kiitavad, on väljasõidu-arstiabi-süsteem. Rajooni polikliiniku ning ambulatoriumi arstid võtavad haigeid vastu väljasõidul polikliiniku või ambulatoriumi filiaalis. Selliseks filiaaliks sobivad kõige enam maatervishoiupunkt, velskri- ja ämmaemandapunkt. Lisaks arsti vastuvõtule kindlatel päevadel ja kellaajal teeb tervishoiupunktis alaliselt töötav velsker või öde protseduure, müüb apteegipunktis ravimeid, käib arsti korraldusel koduvisiitidel ja teeb arstide juhendamisel profülaktilist tööd majandi töötajate töö- ja olmetingimuste terendamiseks.

Taoline tervishoiupunkt — rajooni polikliiniku või ambulatoriumi filiaal — peab olema igas sellises majandikeskuses või suures, vähemalt 300 elaniku

nikuga osakonnakeskuses, mis maa-ambulatoriumist või teisest tervishoiupunktist jääb üle nelja kilomeetri kaugusele. Kui kaugus on üle kuue kilomeetri, on tervishoiupunkte lubatud avada ka vähem kui 300 elaniku jaoks. Et tervishoiupunkt saaks kõiki ülesandeid edukalt täita, peaksid tal olema sobivad ja küllaldased ruumid. Ehitusnormide ja reeglite nimistu järgi peab velskri- ja ämmaemandapunktis olema 100...120 m² tööpinda. Eestis on maal avatud 216 velskri- ja ämmaemandapunkti, väga vähestel nendest aga on tööpinda normikohaselt. Tervishoiuorganite vähese nõudlikkuse tõttu lubatakse maatervishoiupunkte avada kitsastes ja sobimatutes ruumides. Enamikul juhtudel eraldatakse majandi poolt 2...3-toaline korter. On aga ka tervishoiupunkte ühetoalistes korterites. Ilma ümber ehitamata ükski elukorter meditsiinipunktiks ei kõlba. Erinõudeile peab vastama füsioteraapiakabinet, küllaldase suurusega peab olema ooteruum, laste vastuvõtmisel peab olema võimalus neid isoleerida täiskasvanutest üldhaigetest. Velskri- ja ämmaemandapunkti tüüpprojektid Eestis ei ole välja töötatud, ei ole ka tüüplahendust elumajade või muude hoonete kohandamiseks tervishoiupunktiks. Et asjakohaste tervishoiupunkti ruumide järele tuntakse suurt puudust, oleks hädasti vaja tellida selline korduvkasutuseks sobiv projekt ning majandites see kasutusele võtta. Kõne alla võiks tulla ka tervishoiupunkti ehitamine erihoonena, nagu seda teistes liiduvabariikides on tehtud. Vene NFSV-s, Valgevene, Ukraina ja Läti NSV-s on velskri- ja ämmaemandapunktide tüüpprojektid olemas. Tervishoiupunktide juures peaksid igal pool olema ka personali ametikorterid.

Eesti Põllumajanduse Akadeemia poolt korraldatud eriuurimise järgi on Eestis maaelanikele arstiabi lähendamise huvides vaja täiendavalt avada 86 velskri- ja ämmaemandapunkti ning 29 uut maa-ambulatoriumi. Kui ambulatoriumide ehitamise plaanid on käesolevaks ja järgnevateks viisaastakuteks

üksikasjaliselt koostatud, ei ole majandite tervishoiupunktide (velskri- ja ämmaemandapunktide) avamiseks mingit, ei jooksvat ega perspektiivplaani.

Et tervishoiupunktide ehitamine ei nõua suuri kapitaalvahutusi ja see toimub ka edaspidi põhiliselt elamuehitusega koos, tuleb tervishoiupunktide korramise plaan ajastada lähimatele aastatele. Iga majandi, ka suure osakonna sihiks peab olema avada oma tervishoiupunkt. Kui tervishoiupunkt profülaktilise töö ja esmase rehabiliteerimise punktina on jaoskonnaarstide juhendamise all korralikult tööle pandud, hakkab see mõjutama haigestumust, hoidma kokku arsti vastuvõtule ja protseduuri-tele minekuks kuluvat tööaega.

Tallinna Vabariiklik Haigla

Arsti- teaduse ajaloost

UDK 616.12(092)Peeter Hellat

Peeter Hellat

Arved Jents Salme Sibul · Tartu

Peeter Hellat, teaduslik ja kultuuriline tegevus, otorinolarüngoloogiaalane tegevus

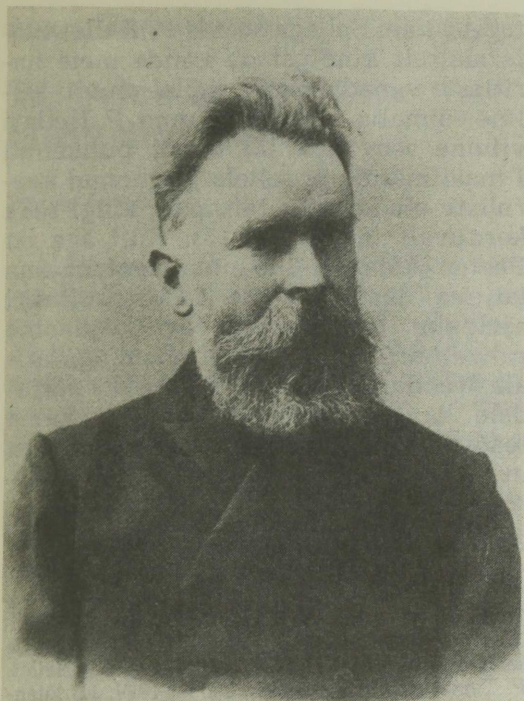
Möödunud sajandi lõpp- ja käesoleva algkümnenditel Peterburis elanud ja töötanud prominentsete eesti soost kultuuritegelaste hulgas oli Peeter Hellat üks silmapaistvamaid. Tema väsimatu töö oma rahva hariduse ja kultuuri arendamisel, arstiteaduslike teadmiste süvendamisel on jätnud sügava jälje meie ajalukku. Hindamatud on tema teened ka otorinolarüngoloogia kui ühe meditsiinieriala tekkes ja arengus nii Eestis kui ka kogu Venemaal.

Eesti otorinolarüngoloogia rajaja oli Henrik Koppel (1863...1944) (17). 1893. aastal alustas ta Tartu Ülikooli sisehaiguste polikliinikus kõrva-, nina- ja kurguhaigete tasuta vastuvõttu. 1905. aasta I poolel hakkas ta eradotsendina üliõpilastele lugema kõrva-, nina- ja kurguhaigusi vabatahtliku õppeainena. *Venia legendi* õiguse kinnitas ülikooli nõukogu 12. novembril 1904 (12). Seda daatumit võib tinglikult pidada praeguse TRÜ arstiteaduskonna otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia kateedri asutamisaajaks. Seega oli Tartu Ülikool tolleaegsel Tsaari-Venemaal üks vähe-seid, kus kõrva-, nina- ja kurguhaigusi iseseisva õppeainena õpetati.

H. Koppeli kujunemisel silmapaistvaks otorinolarüngoloogiks, arstiteaduse populariseerijaks, kultuuritegelaseks,

eestikeelse kõrghariduse rajajaks on hindamatud teened tema sõbral ja kaasmaalasel Peeter Hellatil. Esimesed erialateadmised ja -oskused omandas H. Koppel P. Hellatilt. Edasises tegevuses seltskonnategelasena, haridus- ja kultuuripõllul oli talle samuti esikujuks P. Hellat, omaaegne Peterburi eestlaste üks juhte, kõrgetasemelise eestikeelse populaarteadusliku meditsiinikirjanduse rajaja, Peterburi Sõjaväe-meditsiini Akadeemia eradotsent, Peterburi Konservatooriumi lektor, Venemaa organiseeritud otorinolarüngoloogia üks alusepanijaid (8, 10). 1987. aastal möödus tema sünnist 130 aastat, surmast 75 aastat.

P. Hellat sündis 7. veebruaril 1857 Tartumaal Nõo kihelkonnas Aru vallas Karijärve külas Kõgli talus rentniku pere üheteistkümnenda lapsena. Pärit oli Hellatite suguvõsa Sangastest Hällatu talust, millest ka perekonnanimi. P. Hellati lapsepõlv möödus Sangaste vallas Savi talus, kus ta kuni 15. eluaastani ainult ühe aasta külakoolis oli käinud. Vend Kristjani toetusel saadeti andekas poiss viimaks 1872. aastal Tartu elementaarkooli. Pärast selle lõpetamist valmistus ta gümnaasiumi astumiseks eratundide võtmisega Hugo Treffneri ja teiste juures. 1880. aastal astus P. Hellat Tartu Ülikooli arstiteaduskonda. Ta võttis innukalt osa eesti üliõpilaste tegevusest (Eesti Üliõpilaste Seltsis, korporatsioonis «Vironia» (13)), kuid tegeles niisama innukalt ka teadustööga. Professor E. von Wahli juhendamisel uuris P. Hellat lepra epidemioloogiat Eesti-, Liivi- ja Kuramaal (2). Ülikooli lõpueksamid sooritas ta 1886. aastal. Kogutud leeporamaterjali põhjal koostas P. Hellat oma doktoriväitekirja «Ein Studie über die Lepra in den Ostseeprovinzen», mida ta 1888. aasta 14. jaanuaril edukalt kaitses. Seal toodud põhimõtted, eriti nõue isoleerida haiged leprosooriumidesse, leidsid rakendamist pidalitõve vastu võitlemisel. Tema soovitusel asutati 1891. aastal Tartu lähedale Muulile leprosoorium, et võimaldada ka arstiteaduse üliõpilastel tõvega tutvuda (17). Asutajaks ja esimeseks



Peeter Hellat (1857—1912).

juhatajaks kuni 1917. aastani oli Henrik Koppel.

P. Hellat ei leidnud kodumaal oma edumeelsetele tervishoiualastele vaadetele küllaldast rakendust. Tutvunud uue eriala, otorinolarüngoloogiaga, otsustas ta selle omandada. Poolteise aasta vältel töötas ta Pariisi ja Londoni tuntumates erialakliinikutes ning siirdus seejärel avaramate töövõimaluste leidmiseks Peterburi. P. Hellat pidas otorinolarüngoloogiat põhiliselt kirurgiliseks spetsiaalsuseks. Seetõttu täiendas ta oma teadmisi Peterburi Sõjaväemeditsiini Akadeemia haavakliinikus professor V. Ratimovi juures.

Erapraksise soetamine oli P. Hellatil kui tundmatul provintslasel Peterburis esialgu raske. Tunnustus tuli alles siis, kui ta 1900. aastal koos mõne kolleegiga asutas kõrva-, nina- ja kurguhaiguste erahaigemaja kirurgiliste haigete tarvis ning kui ta samal aastal esines ettekan- dega ülemaailmsel otorinolarüngoloogide kongressil Pariisis (13, 21). P. Hellatist sai üks lugupeetavamaid ja nõutavamaid Peterburi kõrva-nina-kurgu-

arste. Ta oli osav kirurg, aga ka mitme operatsiooniinstrumendi konstrueerija.

P. Hellat võttis aktiivselt osa paljude Peterburi arstide seltside tööst, esitas nende koosolekutel teadusettekandeid, demonstreeris haigeid. Ta on kirjutanud hulgaliselt teadustöid ninahaiguste ja rinoplastika kohta, kõri asendi ja hingamisfunktsiooni kohta laulmisel, neelu- ja ninaneelu- ning kõrvahaiguste kohta, ta on uurinud kuulmishäirete tekkepõhjust (14, 19). Tuntud on Hellati sümptoom nibujätkepõletiku diagnoosimisel (20). Tema kirjutist nina plastiliste operatsioonide alalt on ka nõukogude teadlased hinnanud teedrajavaks selles valdkonnas Venemaal (7, 24).

P. Hellati osavõtul asutati 1903. aastal Peterburi Kurgu-, Nina- ja Kõrvahaiguste Arstide Selts ning 1906. aastal Peterburi Otolarüngoloogide Selts, mille esimeheks ta pikka aega oli. P. Hellat koos V. Okunevi, S. von Steini ja teistega oli Venemaa esimese erialaajakirja «Ежемесячник ушных, носовых и горловых болезней» üks asutajaid (1906) Peterburis ning selle redaktsioonikomisjoni liige. Tema algatusel kutsuti 1908. aasta detsembris kokku I ülevenemaaline otolarüngoloogide kongress. Ta oli Vene Otolarüngoloogide Seltsi asutajaliige (28), II ülevenemaalise otorinolarüngoloogide kongressi organiseerimiskomitee liige. Berliinis 1911. aastal peetud ülemaailmse kõrva-nina-kurguarstide kongressi presiidiumisse valiti Venemaa esindajana P. Hellat. Temalt oli ka üks kongressi põhiettekan- deid.

Esimesed Peterburi aastad olid P. Hellatile rasked, sest tuli põhjalikult omandada eriala, võita tunnustus. Oma mõtetes ja tunnetes oli ta siiski tihedalt seotud kodumaaga. Ta kirjutas mahuka, kahes trükis (1891. .1894 ja 1911. .1913) ilmunud «Terviseõpetuse» (3, 6, 9), olles seega eesti populaarteadusliku meditsiinikirjanduse üks rajajaid. Lisaks on temalt ilmunud veel teisigi populaarteaduslikke töid (4, 5). P. Hellati soovitusel omandas kõrva-nina-kurguarsti oskused H. Koppel, kes 1892. aastal täiendas end Peterburi klii-

nilises arstide täiendusinstituudis. Praktilised oskused omandas H. Koppel P. Hellatilt, kellega ta koos haigeid vastu võttis, «mis kõige mitmekülgsemat tutvumist uue erialaga võimaldas» (12). Mõlemad mehed võtsid 1897. aastal osa I ülemaailmsest leprakonventsist, mida juhatas R. Virchow.

P. Hellat oli täiskarsklane ja energiline karskuse eest võitleja. Karskusküsimusi on ta valgustanud ka trükisõnas (4).

Agaralt lõi P. Hellat kaasa Peterburi eestlaste seltskonnaelus. Ta oli mitme eesti seltsi (karskusühing «Ühiselu», Eesti Laenu ja Hoiuühisus, Põhja Krediidi Ühisus jt.) üks asutajaid või juhatuse liikmeid. Tema aktiivsel kaasalõomisel hakkas 1908. aastal ilmuma «Peterburi Teataja» (16). Ka Peterburi poliitilisest elust võttis P. Hellat aktiivselt osa. Ta püüdis radikaalsete ringkondade toetusel 1907. aastal pääseda isegi II Riigiduumasse, kuid katse ebaõnnestus (13).

1911. aastal haigestus P. Hellat ägedasse leukeemiasse ja 16. jaanuaril 1912 lõpetas enneaegne surm nii oma rahva kui ka oma armastatud eriala heaks palju teinud suurmehe elutee. Tema põrm toodi kaasmaalaste, kolleegide, patsientide, paljude seltside ja organisatsioonide esindajate auavalduste saatel Peterburist sünnimaale. Viimase puhkepaiga leidis P. Hellat Sangaste surnuaial oma suguvõsa nekropolis. Huvastijäta kirjutisi ilmus paljudes Eestimaa ja Peterburi väljaannetes.

P. Hellati tunded oma kodumaa ja rahva kultuuri vastu, arstiteaduse vastu üldse leidsid kajastust testamendis, mille ta dikteeris surivoodil (11). Sellega pärandas ta erialaraamatud ja preparaadid Peterburi Otolarüngoloogide Seltsile, arstiriistad Tallinna Arstide Seltsile, mitmed maalid ja kunstiesemed Tallinna uuele muuseumile. Temale kuuluva noorpõlvkodu, Savi talu koos hoonete ja inventariga pärandas ta dr. med. Hellati nimelise kodu asutamiseks vanadele, haigetele ja töövõimetutele eesti soost kirjanikele, ajakirjanikele, kunstnikele, arstidele ning seltskonna-

tegelastele. Sellega soovis P. Hellat materiaalselt kindlustada nende meie haritlaste vanaduspäevi, kellel muidu selline võimalus oleks puudunud. P. Hellati viimne soov aga jäi varsti puhkenud I maailmasõja ja sellele järgnenud keeruliste olude tõttu täitmata, kuigi seda korduvalt üritati (1, 15). Küll aga on Peeter Hellat ise ühe monumentaalsema kujuna jäänud meie rahvuskultuuri ajalukku, mehena, kes tegi palju oma rahva harimiseks, veelgi enam aga eriala arendamiseks, mis tuli kasuks paljudele ka väljaspool sünnimaad. Tema teaduspärand vajab aga veel põhjalikku uurimist.

KIRJANDUS: 1. *Aleksandrovitsch, A.* Sõbra ja õpetaja mälestuseks. Päevaleht, 1937, nr. 28, lk. 5. — 2. *Dehio, K.* St. Petersburg. med. Wsch., 1890, 34, 305. — 3. «Eesti Arsti» toimetusest. Eesti Arst, 1927, 1, 1. — 4. *Hellat, P.* Alkoholismuse põhjused. Tartu, 1909. — 5. *Hellat, P.* Surma hirm ja selle seltskondline mõju. Peterburg, 1910. — 6. *Hellat, P.* Tervise-õpetus. I trükk, Tartu, 1894; II, täiendatud trükk, Peterburi, 1913. — 7. *Hellat, P.* St. Petersburg. med. Wsch., 1910, 45, 573—580. — 8. *Kalnin, V.* Hellat, Peeter. ENE, Tallinn, 1970, 2 kd., 546. — 9. *Kalnin, V.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1971, 6, 453—458. — 10. *Koppel, H.* Rmt.: Hellat, P. Tervise-õpetus. Peterburi, 1913, V—XXI. — 11. *Koppel, H.* Eesti Arst, 1927, 1, 1—4. — 12. *Koppel, H.* Eesti Arst, 1928, 12, 437—443. — 13. *Koppel, H.* Peeter Hellat. Eesti biograafiline leksikon. Tartu, 1926—1929, 126—128. — 14. *Koppel, H.* Hellat, P. Tervise-õpetus. Peterburi, 1913, XXII. — 15. *Lüüs, A.* Eesti Arst, 1937, 7, 574—575. — 16. Peterburi Teataja. 1908, 14. sept. — 17. Programm des III Aertzetages des Gesellschaft livländischen Aerzte in Walk (9.—11. September 1891). St. Petersburg. med. Wsch., 1891, 34, 305. — 18. *Valdes, A.* Eesti Arst, 1943, 12, 637—643.

19. *Геллат П. П.* Дыхание и положение гортани. Две лекции по физиологии пения. Спб., 1905. — 20. *Геллат П. П.* Вестн. ушн., горл. нос. болезн., 1909, февраль, 186. — 21. *Гольдштейн И. М.* Ежемесячник ушн., нос. горл. болезн., 1912, 1, 14—22. — 22. I Всероссийский отоларингологический съезд. Вестн. ушн., горл. нос. болезн., 1910, март, 242—246. — 23. Проект устава Российского отоларингологического общества. Вестн. ушн., горл. нос. болезн., 1913, июнь-июль, 556—558. — 24. *Темкин Я. С., Рутенбург Д. И.* Хирургические болезни носа, придаточных пазух и носоглотки. М., 1949, 11.

TRÜ arstiteaduskonna
ortorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia
kateeder

UDK 614.27.07(474.2)(091)

Täienduseks Tallinna meditsiiniajaloole

Heino Gustavson · Tallinn

Mõne aja eest käis ajaloodoktor Raimo Pullat Saksamaa Liitvabariigis, kus tal avanes võimalus tutvuda Tallinna ajalugu puudutavate arhivaalidega ning teha neist väljavõtteid. Huvi pakub kirurgide nimistu aastaist 1657...1748¹, mis võimaldab täiendada I. Brennsohni biograafilise leksikoni andmestikku.

Tabelis esitatakse vaid täiendavaid fakte. Tegelikult on I. Brennsohni andmestik (1) märksa detailsem.

Küllaltki häid lisaandmeid saab Saksamaa Liitvabariigis trükis avaldatud Tallinna raeraamatutest (3, 4). Kui

I. Brennsohn mainib ainult haavaarsti *Jacobust (Meister Jacop)*, kes olevat teutsenud Tallinnas enne 1480. aastat, siis raeraamatud täpsustavad teavet. Ilmneb, et *Meyster Jacob bartscherer (Mester Jacob barberer)* on saanud linnakassast ravi eest honorari 18. septembril 1479 ning 19. juulil 1483. Üldse puudub I. Brennsohni biograafilises leksikonis habemeajaja-kirurg Johann (*Meister Johan bartscherer, Johann bartscherer*). Temalegi on raad maksnud linnatöödel viga saanud meeste arstimise eest: 20. detsembril 1462 ja 7. mail 1463.

Lõpuks tahaks tähelepanu juhtida esmakordsele Tallinna habemeajajate-kirurgide õpipoiste mainimisele trükis. R. Seeberg-Elverfeldti 1968. aastal avaldatud artiklis (2) on andmeid kümne õpipoisi kohta ajavahemikust 1674...1763. Neist on Tallinnas sündinud neli,

Tabel. Tallinna habemeajajad-kirurgid aastail 1657...1748

Nimi	I. Brennsohni järgi	Arhiivi andmeil
Johann Andreas Bornmann	Mainitud 1744. a. Arvatavasti identne 1766. a. nimetatud J. H. Bornemanniga	Elanud Tallinnas 1744. aastast surmani (1747)
Christian Bruhns	Mainitud esmakordselt 1685. a., 1695. a. oli juba kindlasti surnud	Elanud Tallinnas 1680. aastast surmani (1693)
Johann Christian Bühl (Bihl)	Mainitud viimati 1717. a.	Surnud 1718. a.
Diedrich Eckstein	Mainitud esmakordselt 1694. a., 1717. a. oli juba kindlasti surnud	Elanud Tallinnas aastail 1691...1710. Surnud katku 1710. a.
Michail (Michael) Förster	Mainitud viimati 1723. a.	Surnud 1741. a.
Johann Krause (Krausz) ²	Mainitud viimati 1719. a.	Alates 1717. a. habemeajajate-kirurgide oldermann, surnud arvatavasti 1732. a.
Hinrich Meyer	Mainitud viimati 1692. a.	Alates 1691. a. oldermann, suri 1692. a.
Georg Müller	Mainitud viimati 1691. a. Elu lõpu-aastail oli oldermann	Alates 1687. a. oldermann, suri 1691. a.
George Caspar Nürnberger	Eesnimena esineb ainult Caspar	Eesnimed George Caspar
Johann Pauly	Mainitud viimati 1702. a.	Suri katku 1710. a.
Johann Martin Plaetz	Mainitud viimati 1740. a.	Alates 1732. a. olderman, suri 1751. a.
Wilhelm Richter	Mainitud viimati 1737. a.	Suri 1750. a.
Gottfried Schröder	Mainitud viimati 1725. a.	Suri 1733. a.
Johann Susemihl (Susemühl)	Mainitud 1685...1692	Suri 1701. a.
Johannes Türck	1685. a. oli juba kindlasti surnud	Suri 1668. a.
Hinrich Vogt	1677. a. oli juba kindlasti surnud	Suri 1674. a.

¹ Bundesarchiv, K 64 II/630. Tallinna Riikliku Keskarhiivi materjalid Saksamaa Liitvabariigi Arhiivis nr. K 64 II/630.

² Ilmselt identne I. Brennsohni mainitud Krusziga, kelle kohta öeldakse 1727. a. «Alter mann und Chirurgus» (1, lk. 248).

Haapsalust, Narvast, Kuressaarest ja Rakverest (ürikus: *Tiesenhausensches Städtlein, Weichbild Wesenberg* = Tiesenhausenite linnake, Rakvere agul) igast üks. Üks aga oli saabunud Helsingist ja teine veelgi kaugemalt — Saksa- maalt Lauenburgist. Pärast kolmeaastast kohustuslikku õpiaega Tallinna habemeajaja-kirurgi või garnisonivelskri juures nad lahkusid, edaspidi nende nimesid Tallinna meditsiinikroonikas enam ei esine.

KIRJANDUS: 1. *Brennsohn, I.* Die Aerzte Estlands vom Beginn der historischen Zeit bis zur Gegenwart. Riga, 1922. — 2. *Seeberg-Elverfeldt, R.* Geburts- und Lehrbriefe der Jahre 1525...1821 aus dem Revaler Stadtarchiv. In: Ostdeutsche Familienkunde, 1968, 3, 65—73. — 3. *Vogelsang, R.* Kämmereibuch der Stadt Reval 1432—1463. Köln — Wien, 1976. — 4. *Vogelsang, R.* Kämmereibuch der Stadt Reval 1463—1507. Köln — Wien, 1983.

*Eesti NSV Riikliku Agrotööstuskomitee
Liha- ja Piimatööstuse
Konstrueerimis- ja Tehnoloogiabüroo*

Kaadri ettevalmis- tamine

Uus meditsiinikandidaat

28. detsembril 1987 kaitses N. Pirogovi nime- lise Moskva II Meditsiiniinstituudi erialanõukogu ees kandidaadiväitekirja «PEEP-meetodi efektiivsuse hindamine spontaansel hingamisel hingamispuudulikkuse ravi korral lastel» Tallinna Linna Kliinilise Lastehaigla osakonnajuhataja **Merike Martinson**. Väitekirja on valminud prof. V. Mihelsoni juhendamisel, teaduslik konsultant oli meditsiinikandidaat V. Grebennikov. Opo- neerisid professorid V. Gavrušov ja V. Malošev. NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõr- gema Atestatsioonikomisjoni Presiidiumi otsusega 5. maist 1988 kinnitati M. Martinsonile medi- siinikandidaadi kraad.

M. Martinson on välja töötanud ja laste hin- gamispuudulikkuse ravis kasutusele võtnud posi- tiivse lõpprõhuga hapnikravi spontaanse hinga- mise korral, kusjuures on kasutatud PEEP-klappi (firma «Ambu»).

Töö tulemusena on määratud optimaalsed rõhud väljahingamisel hingamispuudulikkuse ravis nii operatsiooni järgsel perioodil kui ka kop- supõletiku erinevate komplitseeritud vormide korral. PEEP-meetodit võib edukalt rakendada ka vastsündinute hingamispuudulikkuse ravis, eriti aspiratsioonisündroomi ja ateleктаasi kor- ral.

M. Martinson on sündinud 9. oktoobril 1940. aastal Viljandis teenistuja perekonnas. 1967. aastal lõpetas ta Tartu Riikliku Ülikooli arsti- teaduskonna. 1979. aastast alates on olnud Tal- linna Linna Kliinilise Lastehaigla anestezioloogia-reanimatsiooni osakonna juhataja. Aastail 1984...1987 oli M. Martinson N. Pirogovi nime- lise Moskva II Meditsiiniinstituudi mittetatsio- naarne aspirant. M. Martinson on Eesti NSV Tervishoiu ministri ameti koosseisuline laste peaanestezioloog-reanimatoloog.

Adik Levin

TRÜ arstiteaduskonna 1988. aasta lõpetajad

TRÜ arstiteaduskonna ravi-, pediaatria-, spordimeditsiini-, stomatoloogia- ja farmaatsiaosakonna lõpetasid 1988. aasta suvel järgmised noored spetsialistid:

Katrin Absalon, Ano Adams, Tiina Ader, Pille Agu, Heli Agutant, Valeri Ahalkatsi, Madli Allsalu, Ivan Andrejev, Kaido Andres, Ljubov Andronova, Ülle Ani, Inna Annus, Žanna Antanaviciene, Saulius Antanavicius, Kaja Arbeiter, Aime Arge, Terje Arula, Andres Aug, Lembi Aug, Gagik Avetisjan, Kaspars Berzins, Kote Botsorišvili, Dainius Bučas, Violeta Bučinskaite, Valeri Bulavski (kiitusega), Marju Buschmann, Sergei Butš, Sergei Dartšinjan, Natella Demetrašvili, Margarita Djolai, Igor Djortkin, Aivar Ehrenberg, Ama Erik, Ene Essenson, Epp Evard, Tatjana Fedotova, Nunu Gamkrelidze, Marina Glonti, Adir Glückmann, Vladimir Godok, Frida Goldman, Irina Gorjunova, Jaak Gramann, Eve Haki, Irma Hatiašvili, Armin Heimann, Ülle Hint, Eve Igandi, Inga Ilja, Sergei Iltšenko, Ene Ilves, Rimantas Jakimavičius, Annika Jussi, Anne Juul, Reet Juuse, Meiki Jõgiste, Eda Jürgenson, Küllike Jürgenson, Piret Jüri, Mikk Jürisson, Tiiu Kabanen, Anne Kaldas, Üllar Kaljumäe,

Ain Kaljurand, Irina Kaljuvee, Ahti Kallikorm, Tiina Kallikorm, Virve Kamenjuk, Mari Kand, Peeter Karits, Tamaz Karkarašvili, Tõnis Karki (kiitusega), Sirli Karl, Juri Karpovitš, Astrid Kase, Milvi Kasepuu, Reet Kasesalu, Tiia Kaur, Narine Keropjan, Laine Kert, Tea Kirs, Terje Kisand, Irina Kisseleva, Katrin Kivipõld, Jana Klementsov, Enna Klet, Nino Kokaja, Olga Kolbassova (kiitusega), Kristel Kolga, Helgi Kolk, Iris Koort (kiitusega), Meeri Koppel, Marina Kobuzenko, Heldi Kotkas, Kaido Kotkas, Rita Kramena, Andres Kramens, Ivo Kruusenberg, Leena Kuklane, Margus Kuklane (kiitusega), Remo Kurrik, Aili Kuslap, Natalja Kuzminčiute, Piret Kõrran, Andres Kõöp, Lea Laast, Külli Laiuste, Meeli Laul, Eve Leedu, Andres Lehtmets (kiitusega), Ellen Lembra, Birute Lepik, Olga Lihhoina, Kaja Liik, Tiia Liivalaid, Estelle Lilium, Jaak Lind, Inna Lindre, Reet Linnamägi, Tiit Linnasmägi, Krista Lintrop, Ljudmila Ljapunova, Terje Luik, Kaidi Lunge, Ruta Luup, Mare Lõunat, Peeter Lääne, Merike Maantoa, Sirje Meeliste, Natela Mekinulova, Priit Melnik, Aleksandr Mensch, Andrei Meriloo (kiitusega), Sulev Meriste, Kalle Mikk, Loona Mikk, Vadim Milenin, Marina Milenina, Siiri Mitt, Kersti Mäe, Igors Neištadts, Tiina Nikiforoff, Andrei Nikolajev, Kai Noor, Katrin Noor, Reet Norden, Eva-Viktoria Närška, Pille Ohu, Peeter Ojakäär, Kadri Ole,

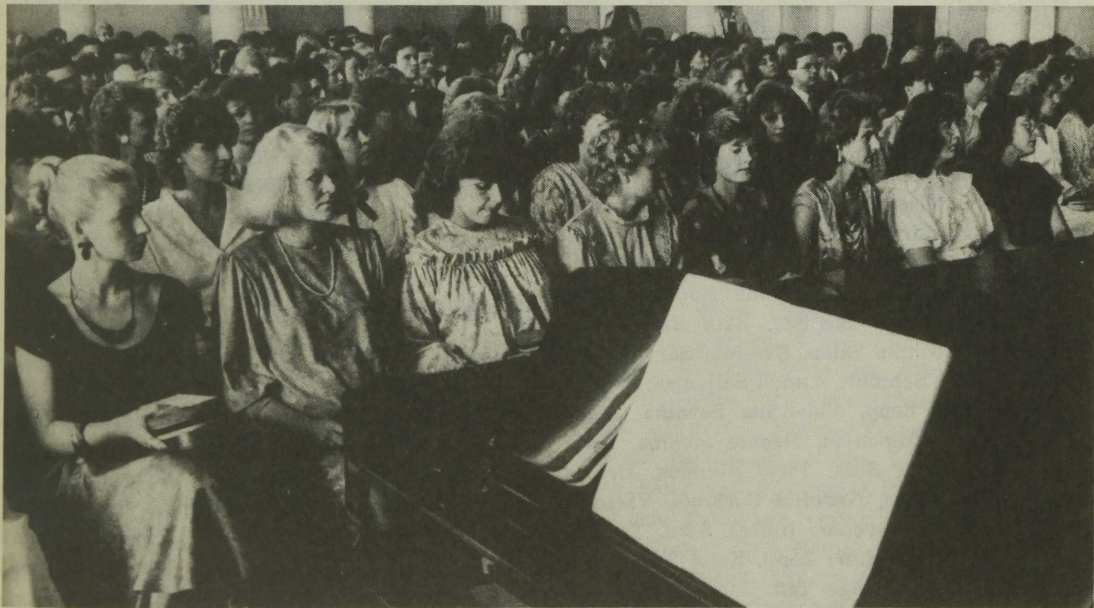


Foto 1. TRÜ arstiteaduskonna tänavuste lõpetajate pidulik teesaatmine aulas.



Foto 2. Noori arste tervitab arstiteaduskonna dekaan prof. A.-E. Kaasik. V. Kutsari fotod.

Galina Oleneva, Marje Oona (kiitusega), Pavel Oroszi (kiitusega), Emilia Osotšenko (kiitusega), Eve Paas, Külli Paasik, Indrek Pahla, Riina Pahla (kiitusega), Juhan Paiste, Riina Pakosta, Katrin Palover, Aime Paluvee, Priit Pauls, Marika Pau-mets, Made Pedak (kiitusega), Piret Peets, Terje Peetso, Kristi Pihelgas, Olga Podgornaja, Jelena Pogorelova, Tiit Pokk, Kalle Poroson, Monika Proosväli, Urve Pruler, Ruth Pulk, Peep Pödder (kiitusega), Mehis Pöld, Eevi Pärsik, Tiiu Raaper, Leonid Rabinoviš, Marinella Rabner, Madis Ra-hu, Kaie Rakso, Kristina Rammul, Viiu-Marika Rand, Küllike Rannula, Guido Ratnik, Theo Raud-sepp, Ülle Raudsepp, Ain Rebane, Kadri Rebane, Riina Reedi, Andrus Remmelgas, Tiiu Retter, Mar-git Rikka, Anne Rohtmets, Merike Roseniit, Heste Rothberg, Pille Rudenko, Anne Rüütel, Nijoli Ryzkoviene, Marget Saaliste, Raili Saan, Alar Saaremets, Moonika Salep, Eve-Mai Sarv, Diana Sbitneva, Silja Schmidt, Anneli Seljamaa, Andrei Sekatšev, Epp Sepp, Valentina Serbina, Mare Siimer, Aršak Simonjan, Neeme Somma, Kaja Steinvald, Robert Suik, Piret Suimets, Urmas Sule, Illimar Sults, Nadežda Surkova, Viktoria Svidovskaja, Aili Svonar, Indrek Säre, Toomas Särev, Tiia Zeigo, Mairi Zopp, Kaha Žoržoliani, Mihhail Žurkovski, Agé Tali, Inge Talts, Külli Tamm, Viljar Tamm, Maret Tamme, Tõnis Tam-mekivi, Remo Tapfer, Anne Tarum, Toomas Tar-

tes, Priit Teder, Marika Tenusar (kiitusega), Kad-ri Tergem, Lagle Tikk, Vallo Tillmann (kiitusega), Riina Tomson, Marika Tooming, Kersti Toom-salu, Tiiu Tootsi, Emzar Topšiašvili, Ülle Trumm, Cari-na Truuverk, Badri Tšanturija, Anatoli Tšekmar-jov, Kaia Tugetam, Eve Tulu, Enn Tuulik, Marina Tõlgo, Aili Tõnnov, Lii Uibonurm, Ene Udusalu, Halliki Under, Tuuliki Uudeküll, Eve Uuemäe, Vilja Vahtraorg, Veiko Vahula (kiitusega), Mare Vanatoa, Malle Veering, Tiia Veevers, Iige Viigi-maa, Spodra Vorobjova, Tatjana Vorobjova (kiitusega), Tomas Vorobjovas, Tatjana Voronina (kiitusega), Kristel Vospert, Lea Võsumaa, Henri Väre, Katrin Öunap, Ave Änilane.

Tallinna Meditsiinikooli 1988. aasta lõpetajad

Anne Aasoja, Evelyn Abramova, Heli Aigro, Jelena Anissomova, Ilona Antonova, Jelena Ave-ritševa, Kai Avi, Krista Bauman, Julia Bobrovskaja, Valentina Bogomolova, Irina Botškarjova, Mira Brjantseva, Irina Bulat, Viktoria Butke-vitšene, Tatjana Danilitšenko, Irina Drozdova, Marge Eha, Ülle Elhi, Kerttu Everst, Oksana Filippova, Tatjana Fiškova, Lilia Gidenko, Irina Gluškova, Nonna Glušonok, Marina Gorohhova,

Anna Govor, Irina Gratsõva, Nadežda Grebenkova, Tatjana Gudkova, Antonia Gussarova, Anu Hakkaja, Katre Hansen, Jelena Haretskaja, Svetlana Hartševnikova, Jaanika Heinmaa, Juta Hiie-lo, Ines Holm, Riina-Renaate Int, Irina Ippolitova, Zinaida Izjumova (kiitusega), Kaia Jaanson, Maila Jakobson, Jelena Januškevitš, Ljudmila Jevdokimova, Kristiina Joakimov (kiitusega), Jaana Jürisson, Larissa Kalašnikova (kiitusega), Veronika Kalinina (kiitusega), Kädi Kaljas, Ulla Kalpus, Anna Karavan, Olga Kasjanenko, Sigrid Kaselaid, Kaia Kaseri (kiitusega), Hannes Kaupal, Meelike Keks, Malle Keskküla, Anu Kivistik, Lii Koit (kiitusega), Marianna Kokk, Sälly Kolk, Maria Kolossova, Anžela Kompanets (kiitusega), Julia Kondratenko (kiitusega), Natalja Korjakina, Heli Korõltšuk (kiitusega), Radda Kožapova (kiitusega), Tatjana Kotõkina (kiitusega), Irina Koval, Galina Kravtšuk, Irina Kreber, Piret Kristjuhan, Terje Kruus, Tiina Kungla, Veronika Kupper, Kairi Kuusmaa, Ingrid Laas, Tatjana Lakova, Katrin Lamp, Nadežda Landsberg, Ingrid Laursoo, Jelena-Beata Lebedko, Tiina Leppik, Natalja Levai, Margit Ligi, Age Lillepuu, Külliki Linnukütt, Anna Lukašova, Irina Lunukova, Helje Lusbo, Irina Lutšinina, Leelo Lõiv, Larissa Maistrenko, Anžela Maksimova, Anžela Maltseva, Milana Mandrovskaja, Ülle Maripuu, Jekaterina Marunevitš, Jelena Meldri, Natalja Melnik, Ljubov Midlovatš, Olga Mihhalevitš, Anne Miljaste, Anna Minskaja (kiitusega), Liana Moon, Jelena Mõškinina (kiitusega), Anneke Mäletjärv, Kaire Nermann, Anna Nikolajeva, Anu Nurm, Piret Nurmeots, Erika Nõmmik (kiitusega), Pille Ojamäe (kiitusega), Ave Oruvee, Kristina Palm, Katti Parktal, Anžela Paškevitš, Tamara Peterimova, Viktoria Petlina, Olga Petrova, Svetlana Petrova, Kaja Pettai, Terje Pilve, Sergei Plahhov, Galina Ponomarenko, Ivi Poomer, Pille Prants, Katri Põldma (kiitusega), Krista Põldma, Margit Põldma, Katrin Rait, Julia Raldugina (kiitusega), Krista Randoja, Diana Rebane, Ulvi Ree, Julia Repponen (kiitusega), Tatjana Revenkova, Merju Rink, Margit Rivik, Jelena Rodina, Olga Rängel, Sergei Sabirov, Margit Saks, Annely Samul, Tatjana Samõšenkova, Julia Satarova, Ülle Sats, Kadri Saul, Merle Saueauk, Valentina Selkina, Singa Selvet, Iiris Siimer, Merike Sillaots, Piret Sillaots, Igor Sinelnikov, Maarika Sinimeri, Anne Sirge, Jelena Skorik, Lilia Skripka, Jelena Slivko, Jelena Smetanina, Olga Smirnova, Ljudmila Solomina, Silja Soosaar, Ljubov Streljadnikova, Annely Suigom, Lenne Sursu, Dagmar Susi (kiitusega),

Jelena Suško, Merit Suursild, Natalja Sviridova, Tiina Sõõt, Tatjana Šepetovskaja, Olga Šestel, Eva Špongolts (kiitusega), Marsella Zapolskaja, Jelena Zaverza, Svetlana Zavgorodnaja, Anzela Zgrunda, Natalja Zujeva, Olga Zuzzina, Jaana Tali, Svetlana Tavarova, Žanna Tenison, Natalja Terehhova, Ülle Tihti (kiitusega), Tiiu Tiide, Piret Tippi, Irina Tops, Kaire Trei, Tiia Trei (kiitusega), Aleksander Tšivka (kiitusega), Marina Tšertova, Svetlana Tšižova, Irina Urbanovitš, Terje Urmet, Viktoria Ušakova, Marita Uusmann, Andrea Uustulnd, Julia Uvarova, Liivi Vaas, Tiina Vaatsep, Marge Vahenurm, Evelin Vaida, Angelika Vaitauskaite, Olga Valassevitš, Ilo Valter, Silja Viira, Christel Villmann, Ülle Vinter, Alli Virks, Larissa Vössotskaja, Ilona Ööpik.

Tartu Meditsiinikooli 1988. aasta lõpetajad

Krista Anton, Anneli Arula, Kiriaki Avetova (kiitusega), Kaie Aul, Signe Aunpuu, Svetlana Balandina, Albina Burdina, Ly Daniel, Ulna Hernits, Elke Jõeleht, Heino Jürgenstein, Margot Kaasla (kiitusega), Ave Kaiv, Tiina Kakk, Aive Kallas, Hille Kallas, Marje Kallas, Annely Kalvik (kiitusega), Ada Kask, Maarika Kass, Ivi Kasvandik, Gea Keeroja, Küllike Kikajon, Külli Klokman, Merike Kolsar, Maris Kompus, Jane Kurm (kiitusega), Silja Kõrsmäe, Tiiu Kärt, Tiia Kübarsepp, Astrid Kütt, Lia Laanemäe, Reet Labe (kiitusega), Galina Ladõš, Diana Lahmõtko, Anu Lande, Viivika Leiaru, Ülle Liivoja, Ljudmila Linnik (kiitusega), Pille Loo (kiitusega), Mailis Lood (kiitusega), Heinrich Lukk, Merike Maasik, Anne Mandel, Moonika Martsep, Ellis Meisner, Erika Ment, Marge Mölder, Monika Niin, Heidi Nurmik, Stella Nuust, Triina Nõmm, Arma Nõps (kiitusega), Eve Oja, Pille Oja, Siiri Oja, Kaire Oks, Marge Paiste, Pille Pappel, Kairi Peets, Katrin Peik (kiitusega), Dagmar Peterkop, Ljudmila Petšeritsa (kiitusega), Helen Piik (kiitusega), Oksana Poljanskaja (kiitusega), Piia Prost, Marika Puri, Leelo Putkema, Ölme Pärn-Nuust, Ulla Raid (kiitusega), Iris Rannit (kiitusega), Helin Rasin, Reet Roosmaa (kiitusega), Ruta Rosenthal, Katrin Ruitlane-Rütli, Mirja Saarkoppel, Kristina Salvere, Reeli Salumets, Annely Savioja, Maire Sisas, Marina Skorpneva, Pilleriin Sokorova,

Hepp Susi, Katri Sööt (kiitusega), Marge Talismaa, Diana Teesalu, Karita Toom, Ülle Tomson, Merike Trahva, Diana Tsirk, Ille Tõnts, Helen Vainola, Anneli Veli, Eido Ventonen, Haide Uibopuu, Anneli Žuravljova-Jurova (kiitusega).

Kohtla-Järve Meditsiinkooli 1988. aasta lõpetajad

Jelena Afanasjeva, Jelena Aleksejeva, Merina Antropova, Olga Apet, Anaida Arutjunjan, Galina Babinova, Olga Bakun, Natalja Baljasina, Nadežda Bek, Natalja Belenkaja, Ellen Belova, Lena Bergen, Tamara Bodina, Irina Boitšuk, Violo Borklånd, Jelena Borozdina, Ljudmila Britšuk (kiitusega), Vladimir Britšuk (kiitusega), Natalja Burdastnõhh, Ljada But, Nadežda Butšinskaja, Jelena Dementjeva, Andrei Dolmatov, Oksana Džudžuk, Galina Dudinskaja, Olga Dudkina, Olga Filatova, Daniil Fjodorov, Jelena Fjodorova, Diana Galunina, Natalja Generalova, Marina Hodik, Svetlana Hozjainova, Žanna Ignatenkova, Irina Ingatjeva, Tajtana Ivanova, Džuletta Jeremeitšuk, Irina Jermolajeva (kiitusega), Marina Juresko, Vanda Katai (kiitusega), Larissa Kamahhina, Snežana Karamoševa, Natalja Kazakevitš (kiitusega), Jelene Katšnova, Vera Kavõn, Jelena Kirillovõhh, Oksana Korepanova (kiitusega), Ljubov Kosjakova (kiitusega), Ljubov Kotlubai, Irina Kulaga, Jelena Kulak, Galina Kuretška, Nadežda Kurlanova, Inna Koževnikova, Lilia Leksikova, Jelena Letunova, Tatjana Liiber, Galina Lissitskaja, Zulfira Mamedova, Galina Markiv, Tatjana Martõloga, Irina Martõnen (kiitusega), Galina Mataras, Jelena Medvedjeva, Jelena Menjailo, Larissa Mjakota, Tamara Mogilnikova, Jelena Muhhanova, Galina Nadvernjuk, Jelena Nedorezova, Zoja Nikitina, Natalja Ogorodnik, Aleksandra Oleinik, Natalja Omelšenko, Svetlana Panfilova, Inna Petrova, Jelena Pikaleva, Jana Prits, Vera Protsiv, Anželika Põlevina, Liana Rešetilo, Jelena Rikkel, Maria Rudnitskaja, Tatjana Rumjantseva, Natalja Semjonova, Tatjana Siigijainen, Liia Simm, Diana Sinenikova, Jelena Smirnova, Olga Stupišina, Larissa Suminova, Olga Sevtsova, Pavel Šiškin (kiitusega), Irina Skredova, Ljudmila Zinkevitš, Nadežda Zobnitševa, Jelena Teleš, Natalja Timotško, Ljudmila Tšaplõgina, Edita Tšavušjan, Nadežda Valge (kiitusega), Larissa Vološina (kiitusega), Diana Volototskaja.

Konverentsid ja nõupidamised

2 x D + M
6. mail 1988 toimus Tartus Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi ja TRÜ arstiteaduskonna poolt korraldatud **veresoontekirurgiaalne seminar-nõupidamine**. Veresoontekirurgiast rääkisid Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi peakirurg prof. J. Männiste ning professorid E. Tünder ja H. Tikko, dotsent H. Tihane, U. Lepner, A. Ilves, J. Lieberg ja O. Vasar TRÜ arstiteaduskonnast.

Eestis on veresoontehaiguste kirurgilist ravi vajajate jaoks 70 voodikohta — Tartu Kliinilise Haigla veresoontekirurgia osakonnas 40 ja Tallinna Kiirabihaigla kardiovaskulaarkirurgia osakonnas 30. Aastas tehakse umbes 1000 operatsiooni. Enamik on aordi ja selle harude operatsioonid.

Alajäsemete tugeva arteriaalse isheemia põhjuseks on kõige sagedamini arterite segmentaarne ateroskleroosiline kahjustus.

1987. aastal tehti 134 taastavat operatsiooni aordi ning niudearterite ja 120 reie-õndla-säärearterite oklusiooni raviks. 40 haigel, kelle aortofemoraalne või reie-õndlaarteri šunt oli umbunud, tehti kordusoperatsioon. Alajäsemete oblitererivat ateroskleroosi põdejatel, kelle alajäseme tugeva isheemia põhjuseks oli reie-õndla-säärearterite ning reie-süvaarteri tugev stenoos, tehti aordi bifurkatsioon ja reie-õndlaarteri šunteerimine ühes või kahes etapis (112 haigel). Jäseme tugeva isheemia (arteri tromboosi, emboli või trauma) tõttu sooritati 162 magistraalarteri taastavat operatsiooni.

Reie-õndlaarteri šundi distaalse otsa ühendamisel, jäseme magistraalarteri tromboosi ning traumade korral on kasutatud mikrokirurgilist aparaatuuri.

Suhteliselt harva on opereeritud neid haigeid, kellelaju isheemia on tingitud ekstrakraniaalsete arterite segmentaarsest ateroskleroosilisest kahjustusest, samuti neid, kellel on diagnoositud vasorenaalset hüpertensiooni.

Üla- või alajäseme arteriaalse verevarustuse parandamiseks arteriaalse isheemia korral tehti 1987. aastal 101 sumpatektoomia (tservikaalne, torakaalne ja lumbaalne sumpatektoomia).

Kirurgiliselt raviti veel tromboosijärgset südameroomi, retsidiivvarikoosi ja alajäsemete pindmisi veenilaiendeid.

Seminarist osavõtjad pidasid vajalikuks, et suuremates rajoonides (Haapsalu, Kohtla-Järve,

Jõgeva, Viljandi) võimaldataks ühele kirurgile täiendav veresoontekirurgiaalne väljaaõpe. Tal tuleks üks-kaks kuud töötada veresoontekirurgia osakonnas. Rajooni keskhaiglate kirurgiaosakonnades oleks vaja umbes 15 voodikohta eraldada veresoontehaigusi põdejate jaoks.

Magistraalarterite ja veenide traumade, jäsemete traumaatiliste amputeerimiste korral on vaja haige võimalikult kiiresti suunata ravile Tallinna Kiirabihaigla või Tartu Kliinilise Haigla veresoontekirurgia osakonda. Sama tuleb teha kopsuarteri emboli kahtluse korral.

Operatsioonide ulatus aordil ja selle harudel on oluliselt suurenenud. Reie-õndlaarterite suun-terimisel, jäsemete replanteerimisel, koedefektide katmisel vaskulariseeritud nahalappidega on vajalik, et kirurgide brigaadi kuuluks ka mikrokirurg. Töö suurenenud maht on põhjustanud vajaduse veresoontekirurgide uute ametikohtade järele.

*Jüri Männiste
Endel Tünder*

Läti Farmatseutide Seltsi konverentsi praktilise farmaatsia uuest suundadest toimus 28. aprillil 1988 Riias. Selle korraldasid Läti Farmatseutide Selts, Riia Meditsiiniinstituut ja Läti Apteekide Peavalitsus. Konverents oli Riia Meditsiiniinstituudi uues hoones.

Konverents peeti kahes osas: esimeses käsitleti praktilisi, teises teoreetilisi küsimusi. Kokku esitati 11 ettekannet.

Esimene ettekanne oli Läti Tervishoiu-ministeeriumi Arvutuskeskuse direktorilt A. Krekiselt. Ta rääkis arvutustehnika kasutamise põhisuundadest Läti apteegivõrgus. Tänu personaalarvutitele on arvutustehnikat võimalik kasutada juba apteegis. Ent selleks on vaja spetsialiste. Personaalarvutiga töötab Lätis praegu kaks spetsialisti — programmeerija ja proviisor. Proviisor peab õppima arvutit kasutama. Lätis on võetud tööle kümme proviisorit (edaspidi võetakse ka viimase kursuse üliõpilasi), kes spetsialiseeruvad arvuti kasutamisele. Kavas on apteekide vahel välja arendada arvutivõrk. Seda ras- kendab praegu MODEM-ite ja kõvaketaste puudumine. Arutati ka ravimite andmebaaside loomist.

Läti Apteekide Peavalitsuse juhataja asetäitja J. Tokarev rääkis Läti ravimitega varustatusest. Plaanis on arendada ravimtaimede kasvatamist. Läti NSV-s on ravimite tarbimine ühe inimese kohta kõige suurem NSV Liidus — ravimitele kulutab inimene 25 rubla aastas. Ravimite tarvitamist tuleb vähendada. Tihti on nii, et arst kirjutab kümmekond retsepti, aga millised on nende ravimite omavahelised interaktsioonid, selle vastu arstid kahjuks huvi ei tunne. J. Tokarev käsitles ka otsesidemete loomist teiste riikidega.

V. Gorenkov (Valgevene) rääkis apteekide ühtsest kaubakäibeplaanist ja uuest premeeri- mise korrast. Preemia määratakse rajooni apteekide plaanitaimise koefitsiendi järgi, mitte üksikuid apteeke arvestades. Retseptuuri plaan täi-

detakse tööst osavõtu koefitsiendi alusel. Töö on brigaadiviisiline.

Leedu esindaja rääkis Leedu apteekide töö uuendustest: töökohtade atesteerimisest, apteekide passidest, muudatustest apteekide projektides.

Leedus on 12 aasta jooksul ehitatud 93 maa- apteeki koos ambulatooriumiga. Neil on oma firmamärgid, etiketid, signatuurid, sildid.

Kvalifikatsiooni tõstmise uuest süsteemist rääkis vanemõpetaja G. Petkiavičius. Igal aastal on korraldatud kutsevõistlusi. Leedus töötab tehnolooproviisor eraldi kabiinis, kus tal on käepärast umbes 200 nimetust ravimeid.

Puudust tuntakse erialajakirja järele. Leedu, Eesti, Läti ja Valgevene farmatseutidel soovitati hakata välja andma oma erialajakirja, et nii farmatseudid kui ka proviisorid saaksid rohkem teavet ja kogemusi vahetada.

I. Kruuse rääkis põletus- ja traumasalvide retseptuuri väljatöötamisest, U. Paaver aga sookai- lust kui farmaatsiatööstuse toorainest.

Mitu Läti kolleegide ettekannet oli ravimtai- medest, osa ettekandeid oli läti farmaatsiater- minoloogia kujundamisest.

Konverents oli asjalik ja andis ülevaate Läti farmatseutide tegevuse kohta.

Silja Kard

X üleliiduline konverents keskkonna bioloogi- lise saastatuse hügieenilise uurimise ja tervis- tavate meetmete väljatöötamise alal toimus 20... 21. aprillini Taškendis. Keskkonna bioloogi- line saastatus ja sellest johtuv elanike infek- sioossetesse ja mitteinfektsioossetesse haigus- tesse haigestumine on suurenenud eriti mitmes Kesk-Aasia liiduvabariigis. Kesk-Aasia teadlaste ettekanded käsitlesid vee reostatust bakterite ja viirustega ja elanike puhta joogiveega varusta- mist. Veevaestes piirkondades on suuri raskusi sanitaarõuetele vastavate veallikate leidmise ja veevärkide veevõtukohtades sanitaartsoonide ta- gamisega. Aastani 2000 kavandatud veevarustus- plaanis on Usbekistanis ette nähtud rajada kolm suuremat veejuhet. Kavas on hakata villima kvaliteetsete mägiallikate vett 3-, 5- ja 10-liitris- tesse pudelitesse, selleks kavatakse kasutada endiste veinivabrikute seadmeid.

Et takistada haigusetkitajate sattumist pinna- sse ja vette, hakatakse lähemal ajal individuaal- majapidamiste käimlate jaoks tootma metallist hermeetilisi käimlakoopaid. On hakatud uurima biotehnoloogiat rakendavate ettevõtete ümbrus- konna õhu saastatuse ja elanike tervise vahelisi seoseid.

NSV Liidu Tervishoiu-ministeeriumi Karantiin- infektsioonide Peavalitsusest oli konverentsil J. Solovjov. Tema ettekandest selgus, et ägedaid soolenakkushaigusi esineb veel küllalt sageli. Hai- gestumuse vähenemine on võimalik vaid vee ja toidu mikroobidega saastatuse vähendamise kor- ral.

Alla 2-aastaste koduste laste haigestumine ägedatesse soolenakkushaigustesse näitab, et noorte emade sanitaarharidus jätab soovida. Kasahstanis küsitleti paarist lastehaiglas noori emasid. Paljud küsitletud ei teadnud, kuidas lutte keeta või laste toiduseid säilitada.

Prof. J. Talaževa (NSV Liidu Meditsiiniakadeemia N. Sõssini nimeline Üld- ja Kommunaalhügieeni Instituut) rääkis keskkonna bioloogilise saastatuse hügieeniliste aspektide uurimisest. Ulatuslikult on uuritud vee ja õhu bioloogilise saastatuse mõju inimese tervisele. Leiti, et sanitaarnormid vajavad täiustamist, mille juures tuleb arvestada keskkonna keemilise reostatuse mõju bioloogilisele saastatusele.

Viimastel aastakümnetel on eriti jõudsalt arenenud sanitaarviroloogia. On loodud meetodika A-hepatiidi antigeeni kindlakstegemiseks vees.

Vee ja veekogude reostumisest viirustega rääkisid A. Nedatšin, M. Zak ja mitmed teised. V. Kazantseva andmetel kasvab viirusmass keskkonnas eksponentsiaalselt, kui vee puhastamise tehnoloogiasse ei lülitata viiruste permanentse inaktiveerimise tsükli. Üksikute haiguste vastu vaktsineerimisest on vähem kasu kui üldisest vee ja õhu keskkonna saneerimisest.

Nõrgestatud organismiga inimestel, nagu spetsiifilise ravikuuri lõpetanud vähtõbe põdejatel, varaealistel ja enneaegsetel lastel, samuti raske trauma üleelanutel, põhjustavad tüstisusi ja haiglasiseid nakkusi tinglikult patogeensed mikroobid. Meditsiinipersonali kätel säilivad klebsiellad eluvõimelistena poolteist tundi, atsinetobakterid kuni kaks tundi, *Pseudomonas aeruginosa* pool tundi.

Peeti vajalikuks laiendada toidu ja toiduainete sanitaarmikrobioloogilist uurimist. A. Kosjanenko rõhutas oma ettekandes, et Ukrainas seostub ägedate soolenakkushaiguste levik piimatoodete kvaliteediga.

Prof. L. Grigorjeva (Kiiev) esitas andmeid riimvee eutrofeerumise kohta inimtegevuse tagajärjel.

Meie vabariigi uurijate ettekanded käsitlesid rekreatsioonivee epidemioloogilist ohutust bakteriaalsete ja viiruslike nakkushaiguste suhtes. T. Artjomova (Moskva) tegi kokkuvõtteid vee saastatuse ja elanike haigestumuse vahelistest seostest. Ta rääkis ka vee saastatuse sanitaarsest reglementeerimisest.

G. Truhhina (F. Erismanni nimeline Moskva Hügieeniinstituut) esitas andmeid mitme bakterioloogilise näitaja muutumise kohta sõltuvalt keemilise reostatuse suurenemisest. Keemilise reostuse suurenemisega korreleerub eriti *Pseudomonas aeruginosa* hulk vees. A. Boitsov (Lenin-grad) oli uurinud Neeva suudme piirkonna vee reostust. Just bakterioloogilised näitajad võimaldavad veekogus toimuvaid hüdroloogilise režiimi muutusi kõige kiiremini kindlaks teha, samuti kontrollida hüdroloogiliste mudelite õigsust. Pöörati tähelepanu ka tõsiasjale, et suurlinnas ei aita reovee kloorimine ökoloogilist kriisi vältida.

Küllike Birk

Üleliiduline loote ja vastsündinu intrauteriinne infektsiooni alane seminar toimus 26... 28. aprillini 1988 Novosibirskis. Põhiettekanne oli NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi peapediaatril G. Samsõginalt. Ettekandeid oli laste patoanatomidelt, neonatoloogidelt, infektsionistidelt, akušöör-günekoloogidelt.

NSV Liidu suuremate akušöör-günekoloogiliste teadusasutuste huvi keskmis on intrauteriinne infektsioon kui lapse organismi kahjustuste põhjustaja. Intrauteriinne infektsiooni diagnoosimise võimalused on veel vähesed, perinataalses suremuses on selle infektsiooni osa väga erinev (2... 25%). Intrauteriinne infektsiooni tekitajana on olulisemad mükoplasmad, klamüüdiad, tsütomegaalia-, entero- ja respiratoorsed viirused, herpeseviirus ja β -streptokokid.

Infitseeritus mõningatega neist haigusetektajatest on elanike hulgas suur. ÜTO andmetel on mükoplasma eri liikidega nakatunud kuni 90% elanikkonnast, β -streptokokki on leitud sugulundites kuni 28%-l. Urogenitaaltrakti infektsiooni tagajärjel võivad tekkida põletik urogenitaalundites, platsentas ning abort ja viljatuse.

Leningradi arstide andmetel kadus mükoplasmoosi ravi tulemusena ravituil ka steriilsus.

Sõltuvalt loote nakatumise ajast võivad tekkida loote nekroos, väärarengud, loote hüpotroofia, nakkushaigus, mis põhjustab ägeda generaliseerunud haigusvormi 1... 2. elupäeval.

Intrauteriinne infektsiooni ja loote nakkushaiguse väljakujunemine sõltub ekstragenitaalsetest teguritest, mis kutsuvad esile eri geneesiga platsentaarpuudulikkuse.

Intrauteriinne infektsioon vastsündinuil väljendub väga erinevates kliinilistes sündroomides, millest olulisemad on vastsündinu enneaegsus, hüpotroofia, asfüksia ja generaliseerunud nakkushaigus.

Profülaktika on keeruline, sõltub haigusetektajatest ja nende lokalisatsioonist. Klamüüdiade leidmise korral naisel tuleb alustada pikaajalist antibakteriaalset ravi. Ravimeid tuleb manustada suurtes annustes, sest raviefekt avaldub vaid klamüüdiade vegetatsiooniperioodil. Rasedate ravi antibakteriaalsete preparaatidega loote nakatumise vältimiseks sünnituse ajal ei ole otsustarbekas.

Intrauteriinsete infektsioonide kindlakstegemiseks võib kasutada järgmisi diagnoosimeetodeid: ägepreparaadi uurimist, seroloogilisi meetodeid, monoklonaalsete antikehade meetodit, immunoensüümimeetodit.

Kahjuks puuduvad praegu võimalused intrauteriinne infektsiooni diagnoosimiseks kliinikus. Seega andis seminar meie vabariigi arstidele suhteliselt vähest teavet. Laboratoorse baasi puudulikkuse tõttu ei ole võimalik parandada naiste genitaaltrakti infektsioonide ja vastsündinu intrauteriinne infektsiooni diagnoosimist. Edu ei ole lootka varajase neonataalse suremuse vähendamisel, mis on seotud loote ja vastsündinu nakkustega.

Seminari lõpul võtsid sõna NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi Emade ja Laste Ravi ja Profülaktilise Abi Peavalitsuse juhataja asetäitja

N. Vaganov ja varaealiste laste osakonna juhataja
L. Matšinskaja.

Märgiti, et viimastel aastatel neonatoloogia heaks tehtud kulutused ei ole laste suremuse vähendamisel andnud vajalikku tulemust. Rõhutati sanitaarrežiimist ja vastsündinu hoolduse nõuetest kinnipidamise tähtsust. Akušöörigünekoloogidel on vaja pöörata tähelepanu enneaegsuse ja hüpotroofia profülaktikale, see aitab vältida laste invaliidsust.

NSV Liidu Tervishoiuministerium kutsus kõiki seminarist osavõtjaid aktiivselt kaasa lööma uutemises. Räägiti ka meie tervishoiu sõlmprobleemidest ning NSV Liidu Tervishoiuministeriumi plaanidest tervishoiu reorganiseerimisel. Rõhutati emade ja laste arstiabi parandamise vajadust.

Eestist olid seminaril Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla peaarsti asetäitja I. Lutsar, Tallinna Pelgulinna Haigla Sünnitusmaja raseduspatoloogiaosakonna juhataja E.-K. Zupping ja allakirjutanu.

Mall-Anne Riikjärv

Üleliidulise probleemikomisjoni «Keskonnahügieeni teaduslikud alused» pleenum toimus 4... 5. maini Moskvas. Probleemikomisjon on seni koordineerinud ja suunanud teadustööd selles valdkonnas hügieeniteadusastutustes ja kõrgkoolide kateedrites. Sel alal töötab 1651 teadustöötajat, kelle hulgas on 100 doktorit ja 507 kandidaati.

Pleenumil käsitleti inimese tervisesse toimivate keskkonda saastavate tegurite koosmõju hügieenilist hindamist.

Meditšiinidoktor V. Fedossejeva (NSV Liidu Meditsiiniakadeemia N. Sössini nimeline Üld- ja Kommunaaalhügieeni Instituut) rääkis meditsiinilis-bioloogiliste uuringute tulemustest keskkonnahügieeni teooria arendamisega. Tänapäeval on vaid immunoloogiliste meetoditega võimalik üldistada keskkonda saastavate erinevate tegurite koosmõju inimese tervislikule seisundile, sest väga raske on hinnata, millal keskkonna reostatusega kohane mine läheb üle haiguslikuks seisundiks. Nelja instituudi koostöös on loodud elanikkonna massiliseks immunoloogiliseks sõeltestimiseks kõlblik metoodika ja ühtlustatud haiguseelsete seisundite hindamise kriteeriumid.

Prof. M. Krivorutško (Samarkandi Meditsiini-instituut) esitas andmeid kartograferimise tulemuslikkuse kohta keskkonna hügieenilise seisundi kompleksel hindamisel ja teatud paikonnale iseloomuliku toksilise teguri väljaselgitamisel. Kloororgaaniliste pestitsiidide arutu kasutamise tõttu on nende piirkondade elanike vereseerumis täheldatud vastavate antikehade ilmumist. Immunoloogiliste uuringute tulemuste põhjal valmistati kartogrammid, mille alusel koostati ökoloogilise situatsiooni skeemid ja inseneritehnilise ökoloogilise situatsiooni parandamise plaanid.

Prof. G. Krassovski pööras oma ettekandes tähelepanu keskkonda sattunud keemiliste ühendite lagunemisel või nende omavahelisel ühinemisel tekkivate uute keemiliste ühendite moodustumisele, nende ainete bioloogilisele akumuleerumisele ja üleminekule keskkonna ühest komponendist teise.

Probleemikomisjoni pleenum otsustas inimese tervisele avalduvate keemiliste, füüsikaliste ja bioloogiliste tegurite koosmõju uurimist jätkata.

Küllike Birk

P+M
Üleliidulise probleemikomisjoni «Hingamispuudulikkus, selle diagnoosimine ja ravi» laiendatud pleenum ja hingamishäiretealane konverents toimusid 7... 8. juunini 1988 Kuibõsevis.

Probleemikomisjoni pleenumil oli arutlusel hingamispuudulikkuse klassifikatsioon. Praegune ligikaudu 30 aastat kehtinud klassifikatsioon on eelkõige välishingamise puudulikkuse kohta. Enamik pleenumist osavõtjaid oli arvamusel, et hingamise all tuleb mõista kogu gaasivahetuse tsükli, mis toimub peale kopsude ventilatsiooni veel vere, südame ja veresoonekonna ning perifeersetes kudedes, samuti regulatsioonimehhanismide kaasabil. Pakuti mitmeid uusi hingamispuudulikkuse klassifikatsioone — V. Nizovtsev patogeneetilist klassifikatsiooni, L. Zukovski ja V. Kassil klassifikatsiooni, mille aluseks on välishingamise näitajad ja veregaasidesisaldus. Lõpliku lahenduse niisiis ei jõutud.

Pleenumi juhataja prof. V. Nefjedov rõhutas, et hingamispuudulikkuse uue klassifikatsiooni kinnitamine ei olnudki pleenumi ülesandeks. Eesmärk oli ära kuulata spetsialistide arvamused, et neid edaspidises töös arvesse võtta. Prof. A. Dembo ütles, et uus klassifikatsioon peab olema eelkõige praktikas rakendatav, s. t. arvestama uurimisvõimalusi, mis kliinitsistidel on kasutada.

Konverentsil käsitleti hingamishäirete etioloogiat, patogeeni, diagnoosimist ja ravi. Rõhutati, et hüpokseemia on juba väljakujunenud hingamispuudulikkuse, hüperkapnia aga raske hingamispuudulikkuse tunnuseks. Veregaasidesisalduse esmaseks muutuseks ventilatsiooni puudulikkuse korral on hüpokapnia. Mitmed ettekanded olid hüperventilatsiooni sündroomist. Prof. V. Abrossimovi andmetel esineb seda sündroomi 6... 11%-l sisehaigusi põdejatest.

Eestist olid pleenumil ja konverentsil prof. E. Laane ja allakirjutanu, kelle ettekanne käsitles hingamise stimuleerimist bronhide läbitavushäirete korral.

Kai Sakš

XXXII Saksamaa Liitvabariigi endokrinoloogide sümposium toimus 17... 20. veebruarini 1988 Hamburgis. Osales 500 delegaati Saksamaa Liitvabariigist, oli ka külalisdelegatsioone teistest riikidest, nagu Austriast, Šveitsist, Hollandist ja Belgiast. Külalisi oli ka Kanadast, USA-st, Iisraelist, Inglismaalt, Prantsusmaalt ja Rootsist.

Saksa DV-st oli kaks delegaati: prof. A. Dempe ja W. Meng, kellega on Eesti Endokrinoloogide Seltsil juba ammu kavas arendada koostööd diabetoloogia valdkonnas. Ainsate külalistena Nõukogude Liidust olid sümpoosionil Saksamaa Liitvabariigi Endokrinoloogide Seltsi kutsel onkotsütoloog M. Reintam ja allakirjutanu.

Sümpoosionil käsitleti endokrinoloogia ja onkoloogia küsimusi ning morfoloogiliste, biokeemiliste ja molekulaarbioloogiliste uuringute kasutamist endokrinoloogias. Peateemad olid rakumembraani retseptorid, hormoonide kasvufaktorite mõju raku diferentseerumisele ja paraneoplastilisele hormoonisekretsioonile pahaloomuliste kasvajate korral. Eraldi istungil olid vaatluse all kaltsitoniini toimemehhanism ja ravi näidustused.

Traditsiooniliselt kutsutakse sümpoosionile külaliskorraleks maailma kuulsamaid spetsialiste. Nii kuulasime U. Libermani (Tel Aviv) ettekanne D-vitamiini ainevahetuse kaasasündinud defektidest ja A. Ullrichi (San Francisco) ettekanne kasvufaktorite retseptorite iseloomustusest.

Töö toimus järgmistes sektiioonides: 1) kilpnäärmehaigused, 2) onkoendokrinoloogia, 3) steroidhormoonide retseptorid, 4) meessuguhormoonid, 5) membraaniretseptorid ja raku proliferatsioon, 6) gastrointestinaalsed hormoonid ning 7) suguhormoonid ja reproduktioon. Eraldi sektiioonis kuulati ettekandeid hüpofüsaarseste hormoonide ja hüpofüüsi haiguste kohta. Paljud neist tutvustasid parathormooni-, kaltsitoniini- ja D₃-vitamiini ainevahetust ja ka luukoe ainevahetust. Mainimist väärivad tööd, mis käsitlesid südamekodade natriureetilise hormooni toimemehhanismi.

Iga päev toimus öhtuni töö sektiioonides ning diskussioonid stendiettekannete kohta, neid aga oli tunduvalt rohkem kui muid ettekandeid, nimelt 250. Kõrvalsaalides oli paljude maailma-kuulsate firmade poolt eksponeeritud meditsiinsäavutuste näitus.

Meilt oli ettekanne «Tsütoloogilised ja laboratoorsed uurimismeetodid kroonilise türeoidiidi ja difuusse toksilise struuma korral». Oli näidatud, et tsütoloogiline kilpnäärme uurimine on hormoondiagnoosimise kõrval tõhusaks diferentsiaaldiagnostiliseks abimeetodiks türeotoksikoosi etiopatogeneesi selgitamise aspektist.

Huvitav oli E. Schiffendeckeri töö, milles esmakordselt on toodud andmed difuusse toksilise struuma heterogeensuse kohta. Paljudes uurimistöödes rõhutati kilpnäärme sonograafilise uuringu eelist radioaktiivsete uuringutega võrreldes (T. Olbricht kaasautoritega). M. Auf'mkolk ja teised näitasid, et pärast radiojoodravi on difuusse toksilise struuma korral 78%-l leitud eutüreoosi ja 22%-l hüpotüreoosi. Radioaktiivset joodi on 78%-l juhtudest ordineeritud ühekordse annusena ja 22%-l fraksioneeritult. M. Weissel kaasautoritega on leidnud, et hüpotüreoosihäigetel on väga tähtis kasutada türeohormoone adekvaatsetes annustes, selleks et säilitada normaalset südamekodade natriureetilise hormooni taset.

Palju huvitavaid ettekandeid oli luukoe ainevahetuse valdkonnast. Nii näitas K. Fischer, et peale kaltsitoniini on väga tähtis määrata ka kaltsitoniinigeeni siduva proteiini (CgRP) sisaldus, sest ka tema kuulub kaltsitoniinide rühma. Sinna kuulub ka katakaltsiin, mille nivoo tavaliselt korreleerub vere kaltsitoniinisaldusega. CgRP nivoo kaltsitoniiniga aga alati ei korreleeru. Ravi otstarbeks on kõige efektiivsem lõhekalas sisalduv kaltsitoniin, sest ta on inimese omast 40 korda aktiivsem. Vere kaltsitoniinisaldus on kõige suurem kilpnäärme medullaarse kartsinoomi korral. Kaltsitoniini ja CgRP toimemehhanism ei ole ühesugune. On teada, et luukoe resorptsiooni inhibeeriv toime on kaltsitoniinil tunduvalt rohkem välja kujunenud kui CgRP-l. Viimane aga on tunduvalt aktiivsem vasodilataatorina, aga ka südame töö regulaatorina ja adrenaliini blokaatorina. Mõlemad on peptiidid, kuid CgRP on neuropeptiid, mida eritub närvilõpmetest.

Huvitav ettekanne oli ka M. Zabelilt, kes on jõudnud seisukohale, et kõik parafollikulaarsed rakud ei produtseeri mitte ainult kaltsitoniini, vaid ka somatostatiini. F. Raue andis hinnangu kaltsitoniini ja kaltsitoniiniresistentsuse määramise meetodite kohta. Ta näitas, et Pageti tõve korral on vaja manustada kaltsitoniini väga suurtes annustes pikemat aega, sest siin on kaltsitoniiniresistentsus ilmne. Antikehade tekkimisel ei ole seegi ravi adekvaatne. Antikehade teket näitab langenud leelisfosfataasinivoo järjekordne tõus.

A. M. Dambacher ja E. F. Rittinghaus töid oma ettekannetes esile kaltsitoniinravi näidustusi. Selle preparaadi kõige tugevam toime baseerub luukoe resorptsioonivastasel toimel. Seepärast on ta kasutusel mitmesuguste osteoporoosivormide korral, eriti menopausijärgse osteoporoosi korral koos väikeste östrogeeni annustega. Mõjus on ta ka valuvaigistina luutuumorist põhjustatud valu- de korral. Peale valuvaigistina ägeda pankreatiidi raviks kasutatakse teda ka ensüümisekretsiooni inhibiitorina. Annused on erinevad: mõned ordineerivad 200 ühikut päevas, teised aga 50...100 ühikut ülepäeviti. Osteoporoosi korral on soovitatud ka kombineeritud ravi koos parathormooniga (PTH).

J. Merke arvates on osteokaltsiin osteoblastide proteiini marker ja teda sünteesitakse D₃-vitamiini kontrolli all. Selle sisaldus tervetel ole- neb vanusest. Kõige kõrgem nivoo on alla aasta vanustel, edaspidi nivoo langeb. Kroonilise neerupuudulikkuse all kannatavatel täiskasvanutel on kaltsitoniini nivoo väga kõrge. Seega, mida efektiivsem on ravi, seda kiiremini nivoo langeb. Autorite arvates korreleerub osteokaltsiinisaldus parathormoonisisaldusega. K. Kruse ja kaasautorite arvates ei ole hormoon ühte toimemehhanismiga, nimelt intaktse PTH (1—84) sisaldus veres on tunduvalt väiksem kui üldine PTH-sisaldus, kuid temast on olemas põhiliselt kaltsiumiainevahetuse häire. Intaktse PTH määramine on seepärast äärmiselt tähtis hüparatüreoidismi ja pahaloomulise hüperkaltsi- neemia korral, neil juhtudel väheneb tema sisal-

dus kõigil haigeil. Üldine PTH-sisaldus väheneb vaid üksikuil haigeil. H. Scherübl ja teised näitasid, et kaltsium manustatuna koos glükogeeni-ga stimuleerib suurema hulga kaltsitoniini eritumist kui kaltsium üksinda.

Kuulasime ka väga huvitavaid ettekandeid gastrointestinaalsete hormoonide kohta. S. Madaus ja teised on jõudnud järeldusele, et bombesiinisarnaseid peptiide (GRP-27, neuromediini C) tuleb vaadelda kui potentsiaalseid peptidergilisi transmittereid, mis võivad mõjutada gastriini ja somatostatiini sekretsiooni. T. Seuffereini ja teiste arvates pidurdab galaniin gastriini basaalseid sekretsiooni. W. Schmidt ja teised aga kirjeldasid uut gastrointestinaalset peptiidi — pankreastatiini, mis bioloogilises eksperimendis pidurdab glükoosi ja gastrointestinaalse polüpeptiidi poolt indutseeritud insuliini sekretsiooni. S. Eggstein ja teised näitasid, et gastriin reguleerib mõningate pärasoole adenokartsinoomide kasvu.

R. Pietrowsky ja teised esitasid väga huvitavaid andmeid koletsüstokiniini kohta, mis tekitab kõhus täistunde ja söögiisu vähenemise ning mis on perspektiivne rasvumise raviv. Uurimisele vaatamata ei ole selle täpne toimemehhanism veel teada.

Hamburgis külastasime Eppendorfi Ülikooli kliinilisi haiglaid. Tutvusime osakondade tööga. Endokrinoloogilised haiged olid seal siseosakonnas, kus nende jaoks oli eraldatud üks osa. Palatid olid väga mugavad, 1...2-kohalised. Osakonna juhataja lubas meil osa võtta viisiidest ja haigusjuhtude arutelust. Voodipäevi kasutatakse väga ratsionaalselt ning paljusid endokrinoloogilisi haiged ravitakse ambulatoorselt. Miinimumini on viidud suhkurtõbe põdejate ainevahetuse reguleerimiseks kuluvad päevad statsionaaris, sest igal pool arenendv riikides on haigete enesekontrolli kodus määravamaks lülits kogu ainevahetuse regulatsioonis üldse. Kadedaks tegi see, et sümposionil oli rohkesti populaarteaduslikku kirjandust ja näitmaterjali suhkurtõbe põdejate tarvis. Ühekordseks kasutamiseks ettenähtud insuliinisüstaldelst puudust ei tunda, kasjuures kasutatakse ainult sea või inimese monokomponentseid hästi puhastatud insuliine. Suurt huvi pakkus haigla rasvaainevahetuse häirete osakonnaga tutvumine. Parajasti toimus seal vereplasma vahetus 11-aastaselt lapsel, kellel oli diagnoositud esmane β -hüperkolesterineemia. Protseduur toimus ambulatoorselt. Radioloogiaosakonnas nägime magnetresonants-tomograafiakabineti tööd.

Lüübekis külastasime samuti ülikooli haiglaid. Vastu võttis meid ülikooli prorektor prof. Ch. Weiss. Ta tegi ettepaneku TRÜ ja Lüübeki Ülikooli vaheliste sõprussidemete sõlmimiseks, et edaspidi valuatavalt spetsialiste vahetada. Haiglate osakondi tutvustas meile prof. R. Gutekunst. Väga moodne on onkoloogiaosakond. Nähtavasti lähtudes sellest, et kemoterapeutikumide valik on väga laialdane, on loobutud operatsioonielisest kiiritusest. Kemoterapeutikume manustatakse küllalt suurtes annustes ning tüsistuste ärahoidmiseks lamavad haiged praktiliselt steriilsetes tingimustes, isegi toit on steriilne.

Prof. R. Gutekunst on tegelnud ka tsütoloogia ja sonograafiaga. Meil oli võimalus viibida haigete vastuvõtul, kus ta punkteeris vastavalt vajadusele nii kilpnääret kui ka teisi elundeid ultraheli kontrolli all, kasutades erisüstalt, mis on tehtud individuaaltellimusel.

Huvi pakkus ka apteekide külastamine Hamburgis ja teistes linnades, kus tutvusime vähese kalorsusega toiduainete sortimendiga, mis sisaldavad väga palju ballastaineid, on maitsvad, vitamiinirikkad ning sobivad ülekaaluliste ja suhkurtõbe põdejatele. Laialdane on ka suhkrut asendavate ainete sortiment.

Väikeses linnakeses Radeformwaldis tutvusime haiglaga, mis teenindab 40 000 inimest. Haigla on igati nüüdisaegne, seal on kõik osakonnad, isegi südameoperatsioon tehakse seal. Vaid üksikud haiged, kes vajavad eriti spetsiifilisi manipulatsioonid, saadetakse lähedal asuvasse keskusesse spetsiaalse helikopteriga, mis pargitakse haigla õuel.

Saksamaa Liitvabariigi endokrinoloogide ja diabetoloogide kogemusi tuleks üle võtta eriti suhkurtõbe põdejate enesekontrolli, nende ravi-protsessi aktiivse lülitumise, samuti suhkurtõbe põdejate seltside loomise osas.

Irina Kalits

16...20. maini toimus Jugoslaavias **rahvusvahelise programmi «Tervis kõigile aastaks 2000» raames tervishoiusüsteemide uurimise alane seminar**. Osa võttis ka Inglismaa, Portugali, Norra ja Ungari teadlasi. NSV Liidust osales seminaris allakirjutanu.

M. McKeel (Inglismaa) rääkis tervishoiusüsteemide hindamisest. Ta rõhutas, et majanduslike ja meditsiiniliste hinnangukriteeriumide kõrval tuleb tingimata arvestada ka inimlikkust patsientide kohtlemisel. Selleks tuleks tervishoiusüsteemi osade (arst, osakond, haigla) hindamisel arvestada patsientide hinnangut ja nende rahulolu arstiabi ja kohtlemisega.

Teine M. McKeel ettekanne käsitles tervishoiusüsteemide muutmise strateegiat. Ta rääkis takistustest muudatuste tegemisel. Need oleksid tervishoiusüsteemide vähene läbiuuritus, uurimistulemuste ignoreerimine administratiivorganite poolt, süsteemi paindumatus ja püüd säilitada endist seisundit, inimeste eneste paindumatus, hirm ja ebakindlustunne muutuste suhtes, valitsuse tervishoiupoliitika (finantseerimine, poliitiline surve).

Jugoslaavia teadlased tutvustasid matemaatilise modelleerimise põhialuseid (B. Cvjetanović, S. Vuletić), nakkushaiguste leviku modelleerimist (B. Cvjetanović), mittennakkuslike haiguste modelleerimist (S. Vuletić), populatsioonandmete analüüsi (G. Luković).

N. Black (Inglismaa) tõi mitmeid kurioosseid näiteid meditsiinistatistikast.

Seminar oli väga kasulik ja ideederohke.

Harri Küünarpuu

Ülepoolaline depressiooni psühhoterapia alane seminar toimus 20...21. maini Varssavi lähedal Komorówis. Sellest võttis osa ka seitse Tallinna Psühhoneuroloogiahaigla töötajat — viis psühhiaatrit ja kaks psühholoog.

Põhiettekande esitasid A. Rogiewicz ja G. Malatyńska. Nad rääkisid Komorówis kasutusel olevatest depressiooni ravi meetoditest. Tundub, et Poola psühhoterapeutide ravimeetoditega tutvumine võib anda uut teavet ka meie arstidele, kes kasutavad peamiselt psühhofarmakonidele tuginevaid ravimeetodeid. Komorówis on juba kolm aastat edukalt rakendatud põhiliselt psühhosotsioteeraapiat.

Komorówi psühhiaatrite tööga tutvumisel paistis meeldivalt silma arsti ja patsiendi võrdsus. Kõigiti püüti tõsta haige enese vastutustunnet ja tema osa ravis — oli haigete omavalitsus, toimusid ühised nõupidamised, kus käsitleti kõiki haiglaelus esetulevaid probleeme, haiglas valgeid kitleid ei kantud. Teine oluline erinevus võrreldes meiega oli haigete ja personali suhtarvus: seitsmekümne haige kohta on Komorówis neli psühhiaatrit ja kuus psühholoog. Sellega võrreldes on meie arstide töötingimused väga halvad.

Meil oli võimalus jälgida ka mitmeid rühmapsühhoterapia seansse, osa võtta koreoteeraapia näidisseansist, vestelda patsientide ja psühhoterapeutidega ning külastada ka mitmeid Varssavi psühhiaatriaraviasutusi.

Sügisel, tõenäoliselt septembris, tulevad Poola psühhoterapeutid vastukülaskäigule. Komandering Poola Rahvavabariiki veenis meid tööalaste rahvusvaheliste kontaktide hädavajalikkuses. On vähe, et kuuleme uuendustest, neid on tarvis ka näha.

Meie sinnaõit oli ametialane lähetus, mida nüüd on uue korralduse järgi võimalik vormistada uutal alustel ning lühikese ajaga. See lähetus vormistati Eesti NSV Välisministeeriumis seitsme päevaga. Tallinna Psühhoneuroloogiahaigla kandis lähetuse kulud, nagu see senigi on olnud.

Katrin Viikholm

Arstide seltsides

Eesti Akuöõrgünekoloogide Seltsi laiendatud pleenum ning seminar toimusid 24...26. maini Tallinnas. Lektorid olid prof. T. Pšenitšnikova ja vanemteadur N. Krutkovskaja Üleliidulisest Emade ja Laste Tervisekaitse Keskusest. Käsitleti lastetuse diagnoosimist ja ravi ning perekonna planeerimist ja nüüdisaegset kontratsepsiooni.

Prof. T. Pšenitšnikova tutvustas Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni programmi sündimuse reguleerimise ja lastetuse alal. Kui naine ei ole ühe aasta jooksul pärast regulaarse suguelu algust rasestunud, tuleb kohe teha uuringud ja alustada ravi. 96% naistest rasestub esimesel abieluaastal, ülejäänud vajavad uuringuid. Arsti juurde peaksid tulema mõlemad partnerid, et alustada uuringuid üheaegselt. Naiste steriilsuse põhjusena on ära toodud 24 tegurit, meestel 27, kuid palju on veel ebaselget. Pikemalt rääkis prof. T. Pšenitšnikova sagedamini esinevatest lastetuse põhjustest, nagu suguelundite põletikest, endometriosisist, endokriinsetest häiretest. Naise suguelundite põletike korral tuleb ravida nii naist kui ka meest. Soovitav on teha ravikuur prodigiosaaniga. Enne naise ravi tuleb teha postkoitaalne test ja ejakulaadi uuring.

N. Krutkovskaja käsitles perekonna planeerimist ja kontratsepsiooni. Eesti arstid on teinud suure töö abortide arvu vähendamisel. Eesti oli 1986. aastal abortide arvu poolest NSV Liidus teisel kohal, nüüd viiendal. Varajast rasedust on hakatud katkestama ambulatoorselt vaakumaspiratsiooni meetodil. Laste suremuse vähendamiseks tuleb tõhustada võitlust abortide vastu. Soovitav vaheaeg sünnituste vahel on 2,5...3 aastat. Et see nii oleks, peab olema alati saadaval kontratseptikum.

Nüüdisaegne kontratseptiivne vahend tuleb valida individuaalselt, eelistada tuleb hormonaalset meetodit või emakasisest vahendit. Praegu kasutusel olevaid hormoonpreparaate võiks kasutada julgemalt. Uuringud on näidanud, et tüsistused on vähesed ning kõrvalnähud taanduvad tavaliselt kolme-nelja kuu pärast. Häid tulemusi on saadud hormoonpreparaatide kasutamise puhul menstruaaltsükli häirete korral, mastopaatia, väikeste müoomide (kuni seitsme nädala vanuste), krooniliste põletike, premenstruaalsündroomi puhul.

Hormoonpreparaat on kontratseptikum, kaitseb emakavälise raseduse eest ning ravib põletikku. Neid on lubatud kasutada ka üle 35-aastastel naistel. Rasedusta võib kohe pärast preparaadi kasutamist loobumist.

Emakasisestest spiraalidest on parimad vaske sisaldavad. Tootmises on uued kodumaised vaske sisaldavad spiraalid. Emakasisene spiraal soovitati panna neli kuni kuus kuud pärast sünnitust, olenemata sellest, kas menstruaalfunktsioon on selleks ajaks taastunud või mitte.

Teisel päeval käidi Pirgu mõisas. Seal kohtuti Rapla Rajooni Keskhaiгла peaarsti T. Kadastikuga ja Pirgu arenduskeskuse psühholoogi M. Söödiga, kes tutvustas keskuse töö suundi. Koostamisel on rasedate psühhoprofülaktilise ettevalmistuse programm. Järgnenud arutelul leiti, et sünnituseks ettevalmistus tuleb viia uuele tasemele.

Silve Innos

PJM

**Üleliidulise Ftisiaatrite Seltsi juhataste laien-
datud pleenum** toimus 5...6. juulini Irkutskis. Samas peeti ka üleliiduline konverents, kus arutati tuberkuloosi ravimise intensiivistamist.

Eriilist tähelepanu pöörati tuberkuloosi levikule NSV Liidu hõreda asustusega piirkondades, nagu Ida- ja Lõuna-Siber, Kaug-Ida, Kirgiisia mägiipiirkonnad jt. Nendes piirkondades on tuberkuloosi haigestumise näitajad väga erinevad, sõltuvalt elanikkonna röntgen-fluorograafilisest läbivaatusest. Epidemioloogiline olukord neis piirkondades on raske ja komplitseeritud. Näiteks Irkutski oblasti põhjapiirkondades on viie aasta jooksul kopsutuberkuloosihaiigestumus suurenenud 10...20%. Koldelist kopsutuberkuloosi esineb selles piirkonnas vähe — 4,6...6,6%, prevaleerib infiltratiivne vorm (kuni 75,8%). Esmasavastatud on enamasti alla 40 aasta vanused, ülekaalukalt mehed. 60% neist, kellel tuberkuloos on avastatud, on alkoholi kuritarvitajad.

Tähelepanu pöörati ka eksperimentaalsete teritooriumide, nende hulgas ka Eesti NSV, kogemustele. Vajadusest vähendada tuberkuloosihaiigestumust rääkisid E. Ivanova kaasautoritega, V. Alhimovitš ja mitmed teised. Palju ettekandeid oli tuberkuloosi ja mittespetsiifiliste kopsuhai-
guste diagnoosimisest ja ravist.

Eestist viibisid pleenumil ja konverentsil V. Vaasa, G. Arro, E. Lillak ja allakirjutanu. Meilt esitati ettekanne «Kroonilise bronhiidi väljaselgitamine tuberkuloosiasutustes dispansseeritudel». Uurimistöõ autorid olid L. Jannus, H. Sillastu, L. Sauemägi, E. Raukas, E. Lillak.

Järgmine suurem nõupidamine, kus käsitletakse ftisiopulmonoloogide ettevalmistamist, toimub käesoleva aasta sügisel Krasnodaris.

Heinart Sillastu

Kriitika ja biblio- graafia

UDK 614.2(049.3)

Sanitaarharidustöök- vajalik raamat*

Eestis on ilmunud mitmeid alkoholi-
vastase propaganda raamatuid. Nende seas on nii kultuuriajaloolise väärtusega F. R. Kreutzwaldi «Viina katk» kui ka ilukirjanduslike sugemetega raamatuid, nagu näiteks H. Jänese «Allakäigu-
spiraal». Nende ja veel arvukate teiste alkoholivastase propaganda raamatute seas puudus seni oluline väljaanne, mis oleks andnud ka erialaseid süvateadmi-
si. Nüüd on sarjas «Teadus ja tervis» selline raamat ilmunud — see on profes-
sor Jüri Saarma «Aju ja alkohol». Ilmselt on ülearune nimetada, et taoline väljaanne on eriti vajalik just intensiiv-
se alkoholivastase võitluse ajal.

Raamat koosneb kuuest peatükist, saate- ja lõppsõnast ning meelepeast.

Raamatu sissejuhatuses on autor and-
nud ülevaate alkoholi kahjulikkuse kohta nii selle ühekordse kui ka sagedase kasutamise korral.

Esimene peatükk «Alkohol inimese olmes» on ajalooline ülevaade alkoholi tarbimisest ja alkoholismi tekkest. Lugeja leiab selgitusi ka alkoholi-
kultuse tekke kohta. Need andmed on olulised just meie olmes alkoholi leviku põhjuste mõistmiseks. Arvukad rahvalikud ütlused ning ulatuslik geograafiline ülevaade alkoholi leviku kohta

* J. Saarma. Aju ja alkohol. Tallinn, 1987.

on huvipakkuvaks illustratsiooniks faktidele ja statistilistele üldistustele. Autor selgitab ka alkoholi keeluseaduse läbikukkumise põhjusi. Alkoholismi-probleemi lahendamine ei ole perspektiivne, kui seda püütakse teha ainult seaduse surve ning sellega ei kaasne inimeste endi teadlik suhtumine alkoholi pruukimise ohtudesse. Raamatu teksti on lükitud näiteid alkoholismi-haigete haiguslugudest.

Tähelepanu väärrib joonis lk-l 12, mis muudab kuivaks jäävad arvud elavaks. Viimaste aastate alkoholivastane võitlus, poleemika alkoholsete jookide müügi piirangute üle on loonud mulje, nagu oleksid meil ülekaalus just alkoholismihaiged ja olmejoomarid. Jooniselt selgub aga hoopis muu — alkoholi mittetarvitajate arv ja harva tarvitajate arv on suurem.

Eriti huvitav on alapeatükk «Joomine — jooja isiklik asi?». Alkoholi tarvitamine ei ole isiklik asi, vaid väga laia sotsiaalse resonantsiga nähtus, millesse ühiskond peab suhtuma eitavalt.

Teine peatükk «Alkoholi akuutne toime» annab süstemaatilise ülevaate selle meelemürgi farmakodünaamika kohta. Eraldi on käsitletud eksiarvamusi, mis kohati on levinud ka meie tohtrite seas. Kogu teine peatükk on kirjutatud iga arstist lugejat rahuldava põhjalikkusega, kuid on hõlpsasti jälgitav ka mittemeedikule. Kuidas autor on saavutanud sellise harvaesineva kooskõla, jääb ilmselt tema saladuseks.

Alapeatükk «Alkoholijoobe variandid» on aga allakirjutanu arvates eriettevalmistuseta lugejale liigseks ja üle-aruseks teabeks (kuigi peab tunnistama, et pakutav teave on huvitav ja hõlpsasti loetav ka mittemeedikutele). Väga hea ja igale lugejale lausa vajalik on alapeatükk «Alkoholijoove ja töövõime».

Peatükid «Alkoholi kroonilise kasutamise toime» ja «Alkoholism» annavad põhjaliku ülevaate nende probleemide olemuse kohta.

Eelviimane peatükk «Alkoholpsühhosid» on kindlasti huviga loetav, lugeja saab värvika pildi selle haiguse äärmuslikest variantidest.

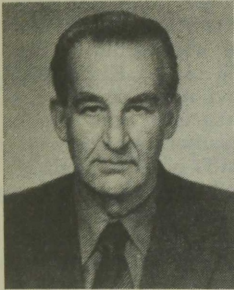
Viimane peatükk — «Alkoholismi-haigete ravi» — sisaldab ülevaate nüüdisravi võimalustest. Autor on vältinud nii liigset optimismi kui ka pessimismi ning rõhutab just patsiendi enese ja sotsiaalse ümbruse osa ravitulemuste kujunemisel.

Erilist tähelepanu väärrib raamatu meelespea. Sanitaarharidustöö aspektist on see eriti hinnatav. Sellised lühinõuanded hakkavad juba lähitulevikus sanitaarharidustöös olulist osa täitma. Taoline meelespea võiks olla iga populaarse tervishoiuväljaande lõpus. Lühikesed soovitusel loeb lugeja kindlasti läbi ja siis tekib huvi tutvuda kogu raamatuga, mis praeguses ajapuuduses võib muidu lugemata jääda.

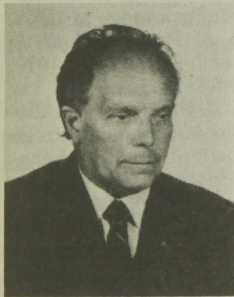
Professor Jüri Saarma raamat «Aju ja alkohol» pälvib tunnustust nii rahva lugemisvarana kui ka sanitaarharidustöök vajaliku käsiraamatuna.

Maano Kivilo

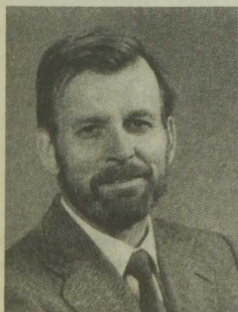
Meie juubilar



Valentin Pedak, Tallinna Meditsiinikooli kauaaegne keemiaõpetaja, sai 5. augustil 80-aastaseks. Juubilar on sündinud Peterburis teenistuja perekonnas. Töötamist alustas 1925. aastal õpipoisina Tallinnas kondiitriäris. 1927. aastal asus tööle farmaatsiamagister T. Kurroti ja A. Benksoni Kopli apteegi keemia-farmaatsia laboratooriumis. Tallinna Kolledži lõpetas V. Pedak töö kõrvalt 1935. aastal, seejärel alustas farmaatsiaõpinguid Tartu Ülikoolis. Juba laboratooriumis töötamise ajal tekkis tal huvi mitmesuguste essentside ning nende ja ravimite valmistamise vastu kodumaistest taimedest destilleeritud eeterlikest õlidest. Ülikoolis õppimise ajal uurinud jätkusid ja 1938. aastal valmis V. Pedakul sellealane töö, mis pälvis esikoha. 1946. aastal lõpetas V. Pedak ülikooli proviisorina, vahepeal töötas ta keemia ja farmaatsia kateedris, 1938. aastast aga aktsiaseltsis «Ephag» — Tallinna Keemia- ja Farmaatsiatehase eelkäijas. Hiljem oli ta samas tehases ka osakonnajuhatajaks. 1947. aastal jätkas V. Pedak eeterlike õlide uurimist Teaduste Akadeemia Keemia Instituudi farmatseutilise keemia sektoris kuni selle likvideerimiseni. Aastail 1953...1969 töötas ta Tallinna Meditsiinikoolis. V. Pedak õpetas nii anorgaanilist, orgaanilist, analüütilist kui ka farmatseutilist keemiat. Ajavahemikul 1957...1962 oli ta ka lektoriks Vabariiklikus Õpetajate Täiendamise Instituudis. Palju aastaid on ta olnud Eesti NSV Haridusministeeriumi keemiakomisjoni liige. Temalt on ilmunud brošüür «Laboratoorse töö tehnika algmed». 1969. aastal jäi V. Pedak pensionile, ent tema sidemed kooliga ei katkenud. Vastuvõtukomisjoni tööst on ta tänaseni osa võtnud. Juubilar on Eesti Farmatseutide Seltsi ja D. Mendelejevi nimelise Keemia Seltsi liige. Laialdased teadmised, eeskujulik laboratoorse tehnika valdamine ja head pedagoogivõimed tegid temast võimeka õppejõu. V. Pedakut on autasustatud Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjaga, medaliga «Töövapruse eest» ning haridusala eesrindlase rinnamärgiga.



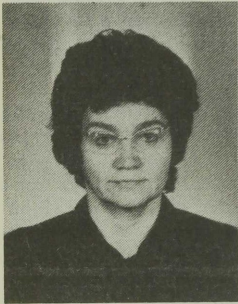
Feliks Lodeson, Rakvere Rajooni Keskhaiгла peaarsti asetäitja ravi alal, sai 21. augustil 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Põlva rajoonis Moostes põllupidaja perekonnas. 1947. aastal lõpetas ta Tartu 6. Keskkooli ja 1955. aastal Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna. Pärast ülikooli lõpetamist töötas F. Lodeson Jõhvi rajooni Mäetaguse Jaoskonnahaiгла juhatajana. 1958. aastast alates on töötanud Rakvere Rajooni Keskhaiglas. Algul oli ta terapeut, seejärel teraapiaosakonna juhataja, 1961. aastast on olnud praegusel ametikohal. F. Lodesonil on rikkalikke teadmisi, ta on võimeline oskuslikult lahendada keerulisemaidki raviprobleeme. Oma erudeeritusega on ta pälvinud kolleegide lugupidamise. F. Lodeson on hea lektor ja organisator, aastaid on ta tegelnud rajooni sanitaarharidustööga. 1965. aastast alates on ta olnud Rakvere Linna RSN Täitevkomitee saadik. Hea töö eest on juubilar saanud V. I. Lenini juubelimedali, tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ja palju aukirju.



Rein Männi, Harju Rajooni Keskkliiniku stomatoloog, sai 16. mail 50-aastaseks. Juubilar on sündinud Narvas teenistuja perekonnas. Ta on lõpetanud Kiviõli 1. Keskkooli. 1959. aastal lõpetas ta Tallinna 1. Tehnikakooli laevamehhaaniku erialal, 1965. aastal Tallinna Meditsiinikooli hamba-tehnikuna. 1972. aastal lõpetas R. Männi Tartu Riikliku Ülikooli stomatoloogina. R. Männi on töötanud Tallinna Stomatoloogiapolikliinikus ja Mustamäe Polikliinikus. Viimased 12 aastat on ta töötanud Harju Rajooni Keskkliinikus. R. Männi on uurinud ja kasutusele võtnud täisvalusildproteeside valmistamise uue meetodi ning tegelnud selle hindamisega organismi immuunseisundi aspektist lähtudes. Juubilaril on valmimas kandidaadiväitekiri «Kaasaegsed stomatoloogilised ortopeedilised proteesid ja nende kliiniline-immunoloogiline hinnang». Hea töö eest stomatoloogilise abi korraldamisel on R. Männi saanud palju aukirju.



Anton Kivik, TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi Tallinna Kiirabihaiglas asuva anesthesioloogia ja reanimatoloogia laboratooriumi juhataja, saab 8. novembril 60-aastaseks. A. Kivik on sündinud Tartus teenistuja perekonnas. Seal möödusid ka ta õpinguaastad. 1954. aastal lõpetas ta TRÜ arstiteaduskonna kiitusega ja suunati assistendiks TRÜ arstiteaduskonna patoloogilise füsioloogia kateedrisse, kus tal oli üliõpilasena valminud kaks auhinna pärvinud võistlustööd. Aastail 1956... 1957 töötas A. Kivik vanemlaborandina TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia kateedris, kohakaasluse alusel oli ta ka kirurg. 1957... 1960 oli ta anesteoloog Tartu Kliinilises Haiglas Toomel. Sel perioodil oli ta tegev moodsate anesteesia meetodite (kombineeritud ja potentseeritud anesteesia, intubatsiooni-meetodi, lihaserelaksatsiooni, hüpothermia ja juhitava hüpotoonia) rakendamise ja juurutamisega. Ajavahemikul 1960... 1963 oli A. Kivik TRÜ statsioonarne aspirant anesthesioloogia erialal S. Kirovi nimelise Sõjaväemeditsiini Akadeemia anesthesioloogia kateedris Leningradis, kus tegeles omandatud ja kaasasündinud südamerikete ning kopsuhaiguste kirurgias anesteesia ja operatsioonijärgse raviga. Sealse uurimistöõ põhjal valmis tal kandidaadiväitekirja vee ja elektrolüütide ainevahetuse nihete kohta veres ja vöötlihase vedelikuruumides kunstliku vereringe korral. Aastail 1963... 1966 oli A. Kivik TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia kateedri assistent, 1966... 1980 TRÜ arstiteaduskonna üldkirurgia, anesthesioloogia ja reanimatoloogia kateedri assistent, alates 1970. aastast dotsent. Ühtekokku on A. Kivik TRÜ-s 20 aastat õpetanud üldanesthesioloogiat ning selle kõrval lühematel perioodidel erialast kliinilist farmakoloogiat ning üld- ja intensiivravi. Tema kliiniline tegevus oli sel perioodil seotud fluotaani (hiljem ftorotaani) kliinilise kasutuselevõtuga, samuti neuroleptanalgeesia rakendamise ja juurutamisega. Alates 1980. aastast on A. Kivik töötanud praegusel ametikohal, tegeldes põhiliselt südame isheemiatõve intensiivraviga. 1985. aastal sai ta koronaarkirurgide rühma koosseisus Eesti NSV riikliku preemia. 1970-ndatel aastatel juhtis A. Kivik Eesti Anesteesioloogide-Reanimatoloogide Seltsi tegevust.



Aili Paju, TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi adaptatsiooni ja endokrinoloogiliste protsesside laboratooriumi juhtivteadur, professor, üks Eesti NSV naisdoktoreid meditsiini alal, sai 8. septembril 50-aastaseks. Juubilar on sündinud Tartus töölis perekonnas. 1957. aastal lõpetas ta Kohtla-Järve 1. Keskkooli, 1961. aastal TRÜ kehakultuuriteaduskonna ja 1968. aastal TRÜ arstiteaduskonna. Aastail 1967... 1971 oli A. Paju TRÜ arstiteaduskonna spordimeditsiini ja ravikehakultuuri kateedri assistent. 1970. aastal kaitses ta kandidaadiväitekirja «Vereplasma valkudega seotud katehoolamiinide muutustest kehalise pingutuse korral». A. Paju on välja töötanud ja kasutusele võtnud meetodid seotud ja vabade katehoolamiinide määramiseks veres ja uriinis. Ajavahemikul 1971... 1975 oli ta TRÜ kehakultuuriteaduskonna spordifüsioloogia kateedri vanemõpetaja, ta pidas biokeemia loenguid ja oli ka üliõpilaste teadustöö juhendaja. 1975. aastal kaitses A. Paju doktoriväitekirja «Sümpatoadrenaalsüsteemi osast treenitud ja mittetreenitud organismi kohanemisel kehaliste koormustega». Aastail 1975... 1980 töötas ta arstiteaduskonna spordimeditsiini ja ravikehakultuuri kateedris dotsendina. A. Paju pidas loenguid funktsionaalsest spordibiokeemiast ja ravikehakultuurist. Tema algatusel loodi ravikehakultuuri osakond Tartu Linna Kliinilises Haiglas. Ta kuulus Eesti NSV Spordimeditsiini Föderatsiooni presiidiumisse. 1980. aastast alates on töötanud Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudis. A. Paju juhendab teadlasrühma tööd, kes uurib neuroendokriinseid mehhanisme organismi kohanemisel erinevate ekstreemsete tingimustega. Tema juhendamisel on valminud kuus kandidaadiväitekirja. Juubilarilt on trükist ilmunud 110 teaduslikku ja ligikaudu 100 populaarteaduslikku tööd, nende hulgas «Taastumine spordis», «Meditsiinilt sportlasele», «Ravikehakultuur sisehaiguste puhul», «Spordimeditsiin», «Aed kui apteek» ja mitmed teised. A. Paju on käinud oma teadmisi täiendamas Moskvas ja Kiievis. Ta on hea organisator, aktiivne ühiskondlikus tegevuses, mitmekülgsed huvid, avara silmaringi ja suure eruditsiooniga isiksus. A. Paju on olnud Eesti NSV noortemeister odaviskes. Tubli töö eest teaduse vallas on juubilar saanud Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi ja Eesti NSV Ministrite Nõukogu aukirja.

Mõtte- vahetus

UDK 615.89(049.2)

Miks ravimeditstiini on vaja uurida?

Ain Raal · Tartu

ravimtaimed, ravimeditstiin, ravimtaimede uurimine

Ravimeditstiini põhilisteks vahenditeks on läbi aegade olnud ravimtaimed (20). NSV Liidu ravimite nomenklatuuris moodustavad taimsed droogid, nendel baseeruvad preparaadid või droogidest isoleeritavad toimeained üle 30%, mõningates ravimite farmakoloogilistes gruppides isegi kuni 80% (19, 20). Kas need protsendid võiksid olla veelgi suuremad?

Ühelt poolt on eeldused selleks kindlasti olemas. Reservis on tohtu hulk ravimeditstiinis kasutatud, kuid meditsiiniliselt veel läbi uurimata taimi, millest osal oleks tõenäoliselt väärtus kui potentsiaalsetel toimeainete allikatel. Planeedi 300 000 kõrgemast taimeliigist on uuritud umbes 4%. NSV Liidu floora ligikaudu 20 000 liigist on küllaldase põhjalikkusega uuritud 500, esialgselt ligikaudu 5000 taimeliiki (13). Eesti territooriumi taimestikku kuulub umbes 7800 liiki (10). Neist kasutatakse meditsiinis ravimtaimedena 117 liiki. 44 liiki Eestis kasvavaid taimi, mis on raamatus (11) esitatud, on kas kasutuselt kõrvaldatud või kasutatakse neid ravimtaimedena väljaspool Nõukogude Liitu. Uute ravimtaimede ja nende baasil valmistatavate preparaatide otsingul tuleb lähtuda peamiselt kogemustest. Peaaegu kõik meditsiinis kasutatavad

ravimtaimed olid tuntud rahvameditsiinis (20). Kõrvuti uute ravimtaimede väljaselgitamisega tuleks ravimeditstiini kogemustele toetudes optimeerida ka nende ravimtaimede kasutamist, mis teadusliku meditsiini arsenalis juba kuuluvad. Seda laadi uuringud on saanud põhiliseks ka tänapäeva nõukogude farmakognoosias (21).

Probleemi teine külg näib olevat vaieldavam. See taandub ravimtaimede uurimise lõpptulemuseni — kasutamiseni ravis. Uute ravivahendite otsingute kõrval taimsest maailmast on mitte vähem tähtis raviainete orgaaniline süntees. Arvestades raviaine struktuuri ja farmakoloogilise toime vahelisi seaduspärasusi, luuakse kunstlikul teel pidevalt juurde efektiivseid preparaate. Väga sageli pärinevad aga ka orgaanilisel sünteesil algideed taimsete toimeainete keemilisest struktuurist, mille derivatiseerimisega võib korrigeerida toimet (18). Professorid A. Paju (7, 9) ja L. Allikmets (1) on kompetentselt hinnanud fütoteraapia ja farmakoteraapia osa meditsiinipraktikas. Selle kirjutise autor ei ole proviisorina pädev kaasa rääkima ühe või teise ravi kasulikkuses või kahjulikkuses. Üks on igatahes selge: farmakognostiliselt tundmatute taimede uurimine on vajalik juba selle teaduse enese arenguks ja võib (alati ei pruugi) olla aluseks hili-sematele farmakoloogilistele uuringutele ning lõpuks sellele, et omada meditsiinipraktikalist väljundit. Looduses või laboratooriumis sünteesitud ravimeid hindab kõige ausamalt konkurents, sest uued preparaadid peavad millegi poolest olema senistest paremad: peavad kas toimima tugevamalt, olema vähem ohtlikud kõrvaltoimete poolest, toorainelt kättesaadavamad ja odavamad, tehnoloogiliselt otstarbekamad. Seega tuleb ravimeditstiinile esitada väljakutse väga kõrgete nõudmistega. Igatahes on suurest tundmatute taimede hulgast mõtet otsida andmeid toimeainete sisalduse kohta (kõrvuti fülogeneetilise lähenemisprintsipi) ainult sealt, kus andmed toime kohta on olemas, järelikult ravimeditstiinist.

Kui NSV Liidu muude paikkondade rahvameditsiini on suhteliselt põhjalikult uuritud (22), siis Eesti rahvameditsiini kohta seda öelda ei saa. Järgnevalt põgus ajalooline ülevaade.

Püüd uurida meie rahvameditsiinis kasutatud vahendeid ilmneb juba Upsala Ülikooli meditsiiniprofessori J. Raičiuse töödes (12), mis on avaldatud enne Tartu Ülikooli asutamist. Eelmisel sajandil uuris Saaremaa kirikuõpetaja J. W. L. Luce 38 aasta jooksul kohalike elanike poolt kasutatud ravimtaimi, kuid tema sellekohased publikatsioonid on konstateerivat, mitte kontrollivat laadi (17). Pikaks sammuks edasi tolleaegse ravimite arsenalil farmakoloogilisel läbitöötamisel on professorite R. Buchheimi ja J. E. O. Schmiedebergi koolkondade tööd (1, 12). Oma osa rahvalike raviviiside uurimisel on K. E. Baeril ja F. R. Kreutzwaldil (8). Käesoleval sajandil on hiiglatöö rahvameditsiinilise andmestiku kogumisel ja eelkõige rahvapäraste taimenimede süstematiseerimisel ära teinud G. Vilbaste, kelle mahuka käsikirjata (15) oleks võimatu identifitseerida rahvameditsiinis kasutatud taimi. Ravivahendite rahvapäraste nimetustega on tegelnud ka proviisor R. Wallner, kelle sõnastik (16) võiks ajaloo seisukohalt huvi pakkuda apteekritele ja arstidele. Puittaimede osatähtsust Eesti rahvameditsiinis on uurinud A. Viires, kuid tema monograafia (14) põhiaspekt on etnograafiline. Rahvameditsiini traditsioone on teatud ulatuses kajastatud ka mõningates ennesõjaaegsetes ravimtaimedealastes käsiraamatutes (5, 6), samuti professor J. Tammeoru ja kaasautorite teoses (11). Viimastel aastatel või varemgi on ilmunud mitmeid publikatsioone rahvameditsiinist ja fütoterapiast (2, 3, 4, 7, 8, 9, 13), mille üks põhiautoreid on professor A. Paju. Kuid oma spetsiifikkalt on need ülevaadet — kahtlemata küll vajalikud — mitte kontrollivad uurimused ning puudutavad väheseid taimi ja näidustusi või on need kirjutatud fütoterapiat populariseeriva eesmärgiga.

Lühidalt: Eesti rahvameditsiinis ka-

sutatud taimede kohta kompleksed meditsiinilise suunitlusega uurimused puuduvad. Veelgi enam, puudub kõige elementaarsem terviklik ülevaade rahvameditsiinis kasutatud taimedest, ei teata isegi nende arvu, kokkulangevusest ofitsinaalsete ravimtaimede rääkimata. Ja lõpuks, pole täpset ülevaadet rahvameditsiinilisest ravimtaimedealastest andmestikust enesestki. Alles see ülevaade mõtestaks ja vastaks pealkirjas tõstatatud küsimusele. Üldisesmas plaanis taandub küsimus selleni, kas Eesti rahvameditsiinis kasutatud taimed vajavad ja üldse väärivadki töömahukaid farmakognostilisi, farmakoloogilisi, kliinilisi uuringuid. Küsimusele saab vastata ainult rahvameditsiin ise meieni säilinud andmete hulgast ja laadist lähtudes. Eesti rahvameditsiinis kasutatud taimede klassifikatsioon kavatsetakse avaldada eraldi publikatsioonina.

KIRJANDUS: 1. *Allikmets, L.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1985, 3, 201—204. — 2. *Jänes, H.* Horisont, 1981, 11, 25—27. — 3. *Jänes, H.* Horisont, 1982, 3, 16—18. — 4. *Kook, O.* Kalender-teatmik 1960. Tln., 1959, 277—280. — 5. *Lääts, J.* Kodumaa ravimtaimed. Tln., 1937. — 6. *Neppi, E.* Tervistav jõud kodumaa taimedes. Tln., 1939. — 7. *Paju, A.* Eesti Loodus, 1985, 1, 18—21. — 8. *Paju, A.* Horisont, 1983, 9, 24—26; 10, 22—24; 11, 25—27; 12, 26—28. — 9. *Paju, A.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1985, 6, 433—435. — 10. Taimede välimääräja. Tln., 1975. — 11. *Tammeorg, J., Kook, O., Vilbaste, G.* Eesti NSV ravimtaimed. Tln., 1984. — 12. Tartu Ülikooli ajalugu. I—III kd. Tln., 1982. — 13. *Tihane, H.* Eesti Loodus, 1979, 10, 651—656. — 14. *Viires, A.* Puud ja inimesed. Tln., 1975. — 15. *Vilbaste G.* Rahvapärased taimenimetusi Eesti NSV-s. Käsikiri. Tln., 1960. — 16. *Wallner, R.* Eesti rahvarohutude sõnastik. Tln., 1929. — 17. *Wallner, R.* Pharmacia, 1930, 2, 33—38, 3, 69—73.

18. *Беликов В. Г.* Фармацевтическая химия. М., 1985. — 19. Лекарственные препараты, разрешенные к применению в СССР. М., 1979. — 20. *Муравьева Д. А.* Фармакогнозия. М., 1981. — 21. Тезисы докладов IV съезда фармацевтов Литовской ССР. Вильнюс, 1987. — 22. Этнографические аспекты изучения народной медицины. Тезисы Всесоюзной научной конференции. Л., 1975.

TRÜ arstiteaduskonna farmaatsia kateeder

Quaestiones linguae Estonicae in medicina

UDK 61:001.4

Veel kord ametinimetustest

Ilmar Laan · Tallinn

Meditsiiniterminoloogia komisjon (MTK) on mitmel korral arutanud meditsiinitöötajate ametinimetusi, esitanud ametlikku nomenklatuuri võtmiseks parandus- ning täiendustepanekuid ja avaldanud selle kohta ka kirjutisi (2, 3, 4, 5), kuid ikka ilmub nii ametlikes dokumentides kui ka ajakirjanduses — ametimeeste suulisest kõnepruugist rääkimata — toortõlkelisi ja meie kirjakeele tavale võõraid ametinimetusi. Hoolimata ka sellest, et A. Argali, T. Ereli ja K. Toropi «Vene-eesti kutse- ja ametinimetuste sõnastik»* (1) ilmus juba 1979. aastal ning selles nomenklatuuris fikseeritud kutse- ja ametinimetuste kasutamine ametlikus asjaajamises on kohustuslik.

Kõige rohkem vigu on tehtud vene keelest tõlgitud kirjutistes ja kakskeelsetes paralleeldokumentides, kusjuures unustatakse ära, et eesti liitsõnades asub täiendsõna ees ja põhisõna taga, seega mitte *arst-dietoloog*, vaid *dieedi-arst*.

Nii on vene keele eeskujul käibel olnud paarissõnu, kus üks paarik on lihtsalt ülearu, tema sisu on juba teises olemas: *arst-oftalmoloog* → *oftalmoloog* ehk *silmaarst*, *arst-pediaater* → *pediaa-*

ter ehk *lastearst*, *arst-terapeut* → *terapeut* ehk *sisearst*. Hoopis iseasi aga on seesugused paarisnimetused, mille taga on kaks ühitatud kutset või ametit. Nii jäävad alles näiteks *anestesioloog-reenimatoloog*, *traumatoloog-ortopeed*, kuid jällegi ilma ülearuse sõnata *arst* (1).

Ülepakkumine on ka alati ja kõikjal rääkida ning kirjutada üksnes *meditsiiniõde*. Sõnastikus on *сестра медицинская* vasteks antud ainult *õde* ja see on täiesti põhjendatud, sest nii on haiged neid haiglas aegade vältel ikka kutsunud. Võib-olla ainult siis tasub kirjutada *meditsiiniõde*, kui on karta segiminekut *lihase õe*, *usuõe* või veel mõne teise õega.

Arvestades eespool toodud ja samuti seda, et sõnastiku trükiarv on suhteliselt väike (7000) ja paljud kolleegid ei ole seda näinudki, pidas MTK oma viimasel koosolekul vajalikuks avaldada sõnastiku meditsiinalased ametinimetused ajakirjas «Nõukogude Eesti Tervishoid», et nad juurduksid ametlikus terminikasutuses. See aga ei tähenda, et näiteks polikliinikute siltidel ei tohiks kasutada rahvapäraseid ja levinud ametinimetusi (5).

Kõik ametinimetused on loetelus esitatud sellisel kujul, nagu nad on toodud sõnastikus. MTK parandused ja täiendused on esitatud kursiivis. Nurksulgudes on MTK poolt lisatud selgitused: [keskharidusega]. Kui nurksulgudes on osa ametinimetusest [arst], siis tähendab see seda, et ametinimetust nurksulgudes oleva osaga võib tarvitada juhtudel, kus see selguse ja täpsuse mõttes on hädavajalik. Loetelu teises osas on toodud samas sõnastikus esinevad paararstide, õdede, velskrite, farmatseutide ja teiste ametinimetused. Esitatud on ka veterinaaria valdkonda kuuluvad ametinimetused.

врач
arst

врач-акушер-гинеколог
akušöörgünekoloog, naistearst

* edaspidi tekstis: sõnastik

врач-анестезиолог-реаниматолог
anestesioloog-reanimatoloog

врач-бактериолог
bakterioloog[arst]

врач ветеринарный
veterinaar[arst], loomaarst

врач ветеринарный зоопарка
loomaaia arst

врач ветеринарный старший (на правах главного)
vanemveterinaar[arst] (peaveterinaar[arst]i õigustes), **vanemloomaarst** (pealoomaarsti õigustes)

врач-вирусолог
viroloog[arst]

врач-гастроэнтеролог
gastroenteroloog, mao- ja sooltearst

врач-гематолог
hematoloog, verearst

врач-дезинфекционист
desinfektsiooniart

врач-дерматовенеролог
dermatoveneroloog, naha- ja suguhaiguste arst

врач-диетолог
dieediarst, dietoloog

врач здравпункта
tervishoiupunkti arst

врач зубной
hambaarst, dentist [keskharidusega]

врач-инспектор
inspektorarst

врач-интерн
intern

врач-инфекционист
nakkushaiguste arst

врач-кардиоревматолог
kardioreumatoloog, südame- ja reumaarst

врач-лаборант
laboriarst

врач-методист
metoodikarst

врач-невропатолог
neuropatoloog, närviarst

врач-нейрохирург
neurokirurg

врач-нефролог
nefrooloog, neeurarst

врач-онколог
onkoloog

врач-оторинголог
otorinolarüngoloog, kõrva-nina-kurguarst

врач-офтальмолог
oftalmoloog, silmaarst

врач-паразитолог
parasitoloog [arst]

врач-патологоанатом
patoloogilise anatoomia arst, patoanatom

врач-педиатр
pediaater, lastearst

врач-педиатр городской
linnapediaater, linna-lastearst

врач-педиатр районный
rajoonipediaater, rajooni-lastearst

врач-педиатр участковый
jaoskonnapediaater, jaoskonna-lastearst

врач по контролю за занимающимися физкультурой и спортом
spordiarst

врач по лечебной физкультуре
ravikehakultuuriarst

врач по санитарному просвещению
sanitaarharidusarst

врач приёмного покоя
vastuvõtutoa arst

врач приёмного отделения
vastuvõtuosakonna arst

врач-протезист по главному протезированию
silmaproteesiarst

врач-протезист по ушному протезированию
kõrvaproteesiarst

врач-психиатр
pühhiaater, vaimuhaiguste arst

врач-психиатр участковый
jaoskonnapsühhiaater

врач-психоневролог
pühhoneuroloog

врач-радиолог
radioloog

врач-рентгенолог
röntgenoloog

врач санитарный по гигиене детей и подростков
koolihügieeniarst

врач санитарный по гигиене питания
toitlushügieeniarst

врач санитарный по гигиене труда
tööhügieeniarst

врач санитарный по коммунальной гигиене
kommunaalhügieeniarst

врач санитарный по общей гигиене
üldhügieeniarst

врач санитарный по радиационной гигиене
radiatsioonihügieeniarst

врач-сердечно-сосудистый хирург
südamе- ja veresoonte kirurg

врач скорой и неотложной медицинской помощи
kiir- ja vältimatu abi arst

врач станции санитарной авиации
sanitaarlennujaama arst

врач-статистик
statistikarst

врач-стоматолог
stomatoloog

врач-стоматолог-ортодонт
stomatoortopeed

врач-стоматолог-протезист
stomatoproteesiarst

врач-стоматолог-хирург
stomatokirurg

врач-судебно-медицинский эксперт
kohtumeditsiini ekspert, kohtuarst

врач-судебно-психиатрический эксперт
kohtupsühhiaatria ekspert, kohtupsühhiaater

врач судовой
laevaarst

врач-терапевт
terapeut, sisearst

врач-терапевт подростковый
noorukite terapeut, noorukite sisearst

врач-терапевт участковый
jaoskonnaterapeut, jaoskonna sisearst

врач-терапевт участковый цехового врачебного участка
tsehhterapeut, tsehhi sisearst

врач-токсиколог
toksikoloog[arst]

врач-торакальный хирург
rindkerekirurg

врач-травматолог-ортопед
traumatoloog-ortopeed

врач-уролог
urooloog

врач-физиотерапевт
füsioterapeut

врач-фтизиатр
ftisiaater, tuberkuloosiarst

врач-фтизиатр участковый
jaoskonnaftisiaater, jaoskonna tuberkuloosiarst

врач функциональной диагностики
funktsionaaldiagnostika arst

врач-хирург
kirurg

врач-эндокринолог
endokrinoloog

врач-эпидемиолог
epidemioloog[arst]

*

акушерка
ämmaemand

главная медицинская сестра
peaõde

главный акушер-гинеколог
peaakuõörgünekoloog, peanaistearst

главный врач
peaarst

главный микробиолог
peamikrobioloog

главный окулист
peaokulist

главный радиолог
pearadioloog

главный терапевт
peaterapeut

главный хирург
peakirurg

главный эпидемиолог
peaepidemioloog

заведующий аптекой
apteegijuhataja

заведующий базой аптечной
apteegibaasi juhataja

заведующий виварием
vivaariumijuhataja

заведующий магазином аптечным
apteekkaupluse juhataja

заведующий магазином медицинской техники
arstiriistakaupluse juhataja

заведующий магазином оптики
optikakaupluse juhataja

инспектор-провизор
inspektorproviisor

инструктор-дезинфектор
desinfektsiooninstruktor

инструктор по санитарному просвещению
sanitaaraharidusinstruktor

инструктор по трудовой терапии
tööraviinstruktor

инструктор по физкультуре лечебной
ravikehakultuuri instruktor

лаборант
laborant

массажист
masseeriija

провизор
proviisor

регистратор медицинский
meditsiiniregistraator

рентгенолаборант
röntgenilaborant

рентгентехник
röntgenitehnik

сестра медицинская
õde

сестра медицинская-анестезист
anesteesiõde, anestesist

сестра медицинская диетическая
dieediõde

сестра медицинская операционная
operatsiooniõde

сестра медицинская патронажная
patronaaziõde

сестра медицинская по массажу
massaaziõde

сестра медицинская санитарной авиации
sanitaarlennujaama õde

сестра медицинская участковая
jaoskonnaõde

статистик медицинский
meditsiinistatistik

техник зубной
hambatehnik

фармаколог
farmakoloog

фармацевт
farmatseut

фельдшер
velsker

фельдшер ветеринарный
veterinaarvelsker, loomavelsker

фельдшер ветеринарный зоопарка
loomaaia velsker

фельдшер-лаборант
laborivelsker

физиолог
füsioloog

эпидемиолог
epidemioloog

KIRJANDUS: 1. Argal, A., Erelt, T., Torop, K. Vene-eesti kutse- ja ametinimetuste sõnastik. Tallinn, 1979. — 2. Kindlam, E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1978, 1, 80—82. — 3. Kindlam, E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1978, 2, 177—178. — 4. Laan, I. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1971, 1, 70—72. — 5. Laan, I. Nõukogude Eesti Tervis-
hoid, 1981, 4, 313—314.

*Eksperimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut*

Uusi ravimeid

FORIDOOIN

(*Tablettaa Foridoni*, форидон)

Foridon on keemiliselt 2,6-di-metüül-3,5-dimetoksikarbomüül-4-(2-difluormetoksifenüül)-1,4-dihüdropüridiin. Ravimina kasutusel valged tabletid.

Foridoon avaldab hüpotensivset ja spasmolüütilist toimet, laiendab pärgartereid. Toimemehhanismi poolest kuulub ta kaltsiumiooni antagonistide rühma antianginaalsete preparaatide hulka. Näidustatud I...II staadiumi hüpertooniatõve ja pingutusstenokardia II...III funktsionaalse klassi korral.

Ravimit võetakse 20 mg kolm korda päevas. Suurim ööpäevane annus on 150 mg. Ravi võib sõltuvalt haiguse raskusest kesta mitu kuud. Esmane toime ilmneb esimese ravinädala lõpul, püsiv toime saabub 2...3 nädala pärast.

Foridooni võib kasutada koos diureetikumide, pikendatud toimeajaga nitraatide ja südameglükosiididega.

Kõrvaltoimena võib põhjustada peavalu ja näonaha punetust, mis 40...60 minuti pärast möödub. Võimalikud tahhükardianähud kaovad ravimiannuse vähendamisel või ravi katkestamisel.

Vastunäidustuseks foridooni kasutamisel on arteriaalne hüpotoonia (alla 90/60 mmHg), samuti tahhükardia.

Pakendis on 40 foridoonitabletti à 10 mg. Hind 3 rbl: 22 kop. Ravimit säilitatakse kuivas, valguse eest kaitstud kohas. Kuulub B-nimekirja. Uus kodumaine ravim.

MORFILONG

(*Morphilongum*, морфилонг)

Morfilong on pikendatud toimeajaga ravimpreparaat, mille koostises on 0,5% morfiinhüdrokloriidi 30%-lises polüvinüülpürrolidooni vesilahuses.

Läbipaistev mõru maitse ja spetsiifilise polüvinüülpürrolidooni lõhnaga kollakas vedelik, mille pH on 3,5...4,5. Morfiin imendub lihasesse süstituna verre aeglaselt pikema aja vältel.

Morfiinhüdrokloriidiga võrreldes väljendub morfilongi valuvaigistav toime aeglasemalt, kuid püsib kauem. Morfilongi eufooriat tekitav toime on morfiinhüdrokloriidi omast nõrgem. Nõrgem on ka tema pärssiv toime hingamisess ja soolte motoorikasse.

Morfilongi kasutatakse valuvaigistina pärast operatsiooni ja teda manustatakse onkoloogilistele haigetele pideva tugeva valu korral.

Ravimit süstitakse lihasesse. Voodihaigete ühekordne ööpäevane annus on 8 ml 70 kg kehakaalu kohta, aktiivse liikumisrežiimi korral aga 6 ml.

Valuvaigistava toime kestus eespool toodud annustes on 22...24 tundi.

Onkoloogilistele haigetele manustamisel tuleb arvestada haige kurtumusastet, intoksikatsiooni võimalust, psüühilist seisundit ja ettenähtud ravi režiimi.

Kõrvaltoimena võib morfilong põhjustada iiveldust, peapööritust, sooletalitluse pärssimist, üledoseerimise korral aga hingamise aeglustumist. Vastunäidustusteks on äge hingamispuudulikkus, pärsitud hingamine, atelektaas ja kopsuemfüseem.

Ravimit lastakse välja 2 ml ampullides. 5 ampulli hind on 52 kopikat.

Morfilong kuulub A-nimekirja. Säilitatakse valguse eest kaitstult.

NITROGRANULONGI TABLETID

(*Tablettaa Nitrogranulongi obductaa*, нитрогранулонг таблетки покрытые оболочкой)

Nitrogranulong on uus kodumaine pikendatud toimeajaga nitroglütseriinipreparaat. Analoomiliselt importravimitega (*Sustac*, *Nitrong*, *Sustonit*, *Nit-Ret*, *Nitro-Mack retard* ning teistega) on näidustatud stenokardiahoogude ennetamiseks südame iseemiatõve juhtudel.

Tootmises on mikrogranuleeritud nitrogranulogitabeltid, mis sisaldavad 2,9 mg või 5,2 mg nitroglütseriini.

Ravimit võetakse enne sööki. Tablett neelatakse alla tervelt ja juuakse vett peale.

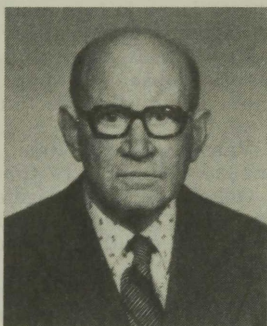
Kergematel haigusjuhtudel võetakse 1...2 tabletti, mis sisaldavad 2,9 mg nitroglütseriini, 2...3 korda päevas, raskematel juhtudel 1...2 tabletti 5,2 mg-se sisaldusega ravimit 2...3 korda päevas. Ravimi annust võib pikkamööda suurendada. Maksimaalne ööpäevane annus on 34,8 mg nitroglütseriini, mitte üle 12 tabletti à 2,9 mg või 6 tabletti à 5,2 mg nitroglütseriini.

Kõrvaltoimena võib nitrogranulong põhjustada peavalu, peapööritust ja kuumustunnet.

Ravimipakend, milles on 50 tabletti à 5,2 mg, maksab 1 rbl 37 kop., 50 tabletti à 2,9 mg 77 kop. Ravimit säilitatakse toatemperatuuril valguse eest kaitstult kuivas kohas.

Aino Jürison

25. aprillil 1988. aastal suri pärast rasket haigust endine kauaegne Apteekide Peavalitsuse juhataja Igor Podolski.



I. Podolski sündis 20. augustil 1913. aastal Tallinnas teenistuja perekonnas. 1932. aastal lõpetas ta Tallinna Vene Gümnaasiumi ja 1937. aastal Tartu Ülikooli arstiteaduskonna farmaatsiaosakonna. Esimeseks töökohaks oli Nõmme apteek, kus ta pidas retseptariametit 1943. aastani. Aastail 1943...1944 oli I. Podolski Kose apteegi, 1944...1948 Eesti Raudtee baasapteegi juhataja. Apteekide Peavalitsuses töötas I. Podolski aastail 1948...1974, algul oli ta juhataja asetäitja, seejärel kuni pensionile siirdumiseni juhataja. Pensionipõlve ei jäänud ta kauaks pidama. 1975. aastal asus ta metoodikuna tööle Kontrollanalüüsi Kesklaboratooriumisse. Alles 1985. aastal sundis halvenev tervis teda koju jääma.

Kutsetöö kõrval õpetas ta aastail 1950...1971 Tallinna Meditsiinikoolis farmaatsiat ja farmakoloogiat. Märkimisväärne on I. Podolski töö tõlkijana ja erialaste artiklite autorina. Koos J. Patsiga tõlkis ta A. Tšerkessi «Farmakoteraapia käsiraamatu» ja M. Maškovski «Raviained». Ka «Vastumürkide tabelid» said tema eestinduses kättesaadavaks. Tema viimane suur töö «Apteegid ja farmaatsia olukord kodanlikus Eestis» kahjuks trükist ei ilmunud.

I. Podolski oli kõrgema kategooria proviisor. Ta oli Eesti Farmatseutide Seltsi asutajaliige, aastaid oli ta seltsi juhatuse esimees ja aseesimees, hiljem auliige. Ta kuulus ka Üleliidulise Farmatseutide Seltsi juhatusse. Kuni surmani oli I. Podolski Apteegimuuseumi teadusnõukogu liige.

Sõbraliku, abivalmi, huumorimeelse ja suurte teadmistega inimesena ning oma erialasse kiindunud rohuteadlasena jääb ta elama kolleegide ja sõprade mälestustesse.

Kolleegid

Eesti NSV Tervishoiu- ministeeriumile meditsiiniterminoloogia komisjonile «Nõukogude Eesti Tervishoiule» Loominguliste Liitude Kultuurinõukogule

Rahvuskultuuri terviklikkuse huvides ja isiksuse kujunemiseks on äärmiselt tähtis jätkuvalt korrastada eesti-keelset tervishoiuterminoloogiat ja kasutada eesti keelt selle peamisel levikualal Eestis ka tervishoiualase töö korraldamisel ja töökäskude ning aruannete edastamisel.

Vastasel korral võib kujuneda olukord, kus eesti keel ei ole enam tervishoiualase elukorralduse vahendajaks. Eesti keele kui rahvuskultuuri ühe alusamba täisväärtuslikkusele on selline olukord ohtlik.

Vastastikune suhtlemine Eesti NSV Tervishoiuministeeriumiga peab toimuma eesti keeles (koosolekud, aruandlus, käskkirjad, formularid).

6. juuni 1988. a.

Tartu Arstide Liit

Tervishoiuministeriumis

15. juunil 1988 toimus Eesti NSV Tervishoiuministeriumi teadusliku meditsiininõukogu presiidiumi büroo koosolek prof. P. Bogovski eesistumisel. Arutlusel olid meditsiiniterminoloogia komisjoni töö aastail 1983...1987 ja tervishoiuministeriumi teadusastutuste 1988. aasta eelarve. Vaadati läbi ka 1989. aasta eelarve projekt.

I. Laan rääkis meditsiiniterminoloogia komisjoni tööst aastail 1983...1987. Teadusliku meditsiininõukogu toetusel loodi 15. augustil 1977 ühiskondlikel alustel meditsiiniterminoloogia komisjon. Komisjoni põhiülesanneteks on uue eesti-keelse meditsiiniterminoloogia fikseerimine; uute ja olemasolevate meditsiiniastutuste, nende allüksuste ning ühiskondlike organisatsioonide nimetuste korrastamine; nomenklatuurse terminoloogia täpsustamine ja ühtlustamine ning vastavalt vajadusele vastuvõetud otsuste kooskõlastamine vabariikliku õigekeelsuskomisjoniga. Viie aasta jooksul on komisjon koos käinud 34 korral ja vastanud 852 päringule. Korrastatud on 920 ning lahendamata jäänud 59 terminit.

Meditsiiniterminoloogia komisjoni töö hinnati heaks ja senist tegevust peeti vajalikuks jätkata. TRÜ arstiteaduskonna anatoomia ja histoloogia kateedri otsustati teha ettepanek fikseerida veel lahtiseks jäänud anatoomiaterminid. Need tuleks meditsiiniterminoloogia komisjonis läbi vaadata 1988. aasta IV kvartalis eestikeelse anatoomiaterminoloogia trikiks ettevalmistamiseks.

Prof. P. Bogovski rääkis Eesti NSV Tervishoiuministeriumi teadusastutuste 1988. aasta eelarvest ja 1989. aasta eelarve projektist. Teadusastutuste eelarve 1989. aastaks on üldmahus 2 058 000 rubla, sellest moodustab palgafond 1 081 000 rubla. Teadusliku meditsiininõukogu presiidiumi büroo kiitis 1989. aasta eelarve projekti heaks.

Allkirjutanu informeeris koosolijaid sellest, et varsti saabub meie vabariiki NSV Liidu Tervishoiuministeriumi komisjon, kelle ülesandeks on kontrollida Eesti NSV Tervishoiuministeriumi teadusastutuste tegevust teadussaavutuste juurutamise ja patendinduse alal.

Andrei Sarap

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega 16. juunist anti Eesti NSV teenelise teadlase aunimetust Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna neuroloogia ja neurokirurgia kateedri juhatajale, arstiteaduskonna dekaanile professor Ain-Elmar Aleksandri p. Kaasikule.

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega 16. juunist 1988 anti kauaaegse eduka töö ning teenete eest tervishoiu ja meditsiinilise abi edendamise eest Eesti NSV teenelise arsti aunimetust järgmistele arstidele:

Gordjuk, Maria Ivani t. — Tallinna Harjumäe Haigla Polikliiniku jaoskonnaterapeut

Juhasoo, Ado Augusti p. — Põlva Rajooni Keskhaiгла peaarst

Kokk, Eduard-Heino Eduardi p. — Tartu Kliinilise Haigla kirurgiaosakonna juhataja

Petermann, Einart Hansu p. — Tallinna Pelgulinna Haigla peaarsti asetäitja

Pöder, Aasa Hermani t. — Valga Rajooni Keskhaiгла lasteosakonna juhataja

Rannamäe, Rein Richardi p. — Harju Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarst

Eesti NSV Ülemnõukogu sama seadlusega anti Eesti NSV teenelise tervishoiutöötaja aunimetust järgmistele tervishoiutöötajatele:

Haljaste, Tiiu Pauli t. — Tartu Linna Keskpolikliiniku velskripunkti juhataja

Kirt, Eha Gustavi t. — Tallinna Merimetsa Haigla peaõde

Nugismann, Ludmilla Augusti t. — Maardu Ravi- ja Tööprofülaktooriumi velsker

Tšervjakova, Valentina Nikolai t. — Kohtla-Järve 2. Linnahaigla vanemammaemand

Kauaaegse eduka töö eest tervishoiusüsteemis autastust NSV Liidu Tervishoiuministerium rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane» järgmisi Eesti NSV tervishoiutöötajaid:

Ader, Hille-Raili Ernsti t. — Tallinna Linna Tuberkuloosidisperseri osakonnajuhataja

Allas, Reet-Malle Jüri t. — Põlva Rajooni Keskhaiгла osakonnajuhataja

Amos, Ene Valteri t. — Kingissepa Lastekodu peaarst

Annus, Leena Roberti t. — Vabariikliku Arstliku Kehakultuuridisperseri osakonnajuhataja

Bidermann, Riina Kristjani t. — Vabariikliku Endokrinoloogiadisperseri velskerlaborant

Blinova, Ellen Arnoldi t. — Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vanemteadur

Dmitrijev, Leonid Mihhaali p. — Tallinna Kiirabihaigla osakonnajuhataja

Eensaar, Ester Voldemari t. — Tallinna Lasnamäe Polikliiniku osakonnajuhataja

Gritšenko, Tatjana Alberti t. — Paide Rajooni Türi Linnahaigla õde

Gross, Maarja Eduardi t. — Tartu Vabariikliku Kliinilise Psühhoneuroloogiahaigla õde

Hagel, Kersti Aleksandri t. — Võru Rajooni Keskhaiгла osakonnajuhataja

Hanson, Tiiu Danieli t. — Tartu Anne Apteegi juhataja asetäitja

Herkma, Evi Juhani t. — Tallinna I Lastehaiгла peaõde

Igolnikova, Nelli Ivani t. — kombinaadi «Kreenholmi Manufaktuur» polikliiniku jaoskonnarst

Jeršova, Vera Andrei t. — Narva Keskhaiгла tervishoiupunkti juhataja

Kallasmaa, Laine Antsu t. — Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla vanemõde

Kallasmaa, Vernold Johannese p. — Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama insener

Kingsepp, Linda Johannese t. — Tallinna Vabariikliku Onkoloogiadisperseri vanemõde

Kodres, Helju Jaani t. — Tartu Rajoonihaigla Elvas sanitaarvõlker

Kokk, Astrid Jakobi t. — Tartu Kliinilise Haigla osakonnajuhataja

Koll, Iivi Augusti t. — Tartu Stomatoloogia Polikliiniku osakonnajuhataja

Krišašonok, Valentina Nikolai t. — Kohtla-Järve Linnahaigla kirabi peaõde

Kulikovskaja, Svetlana Stepani t. — Tallinna Vabariikliku Haigla osakonnajuhataja

Kuusik, Reet Osvaldi t. — Rakvere Rajooni Keskhaigla kõrva-nina-kurguarst

Künnap, Valentina Aleksandri t. — Vabariikliku Naha- ja Suguhaiguste Dispanseri dermatoveneroloog

Lauri, Mare Ernsti t. — Tallinna Pelgulinna Haigla õde

Laursoo, Malle Eduardi t. — Viljandi Rajooni Keskhaigla peaõde

Leht, Ilmi Rudolphi t. — Rapla Rajooni Märjamaa Haigla õde

Lepp, Liia Elmari t. — Tartu Linna Kiirahaigla peadiaater

Liivak, Laine Voldemar-Georgi t. — Tallinna Nõmme Haigla Polikliiniku osakonnajuhataja

Lilleson, Eduard Karli p. — Kohtla-Järve Rajooni Kiviõli Linnahaigla Naistenõuandla juhataja

Maser, Mai Aleksandri t. — Tartu Riikliku Ülikooli kehakultuuriteaduskonna dotsent

Millermann, Emmanuel Volfoni p. — Vabariikliku Tuberkuloosidispenseri osakonnajuhataja

Must, Milvi Rudolphi t. — Tartu Kliinilise Haigla vanemõde

Nekina, Nina Vladimiri t. — Tallinna Väike-Õismäe Polikliiniku osakonnajuhataja

Ostrat, Aino Johani t. — Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi vanemteadur

Pinsel, Elvi Jaani t. — Pärnu Linna Haigla hambaarst

Pärn, Helga Mihkli t. — Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vanemteadur

Randvee, Mai Aleksandri t. — Tallinna Nõmme Haigla Polikliiniku osakonnajuhataja

Reiman, Ülo Arnoldi p. — Valga Rajooni Keskhaigla jaoskonnaarst

Salusaar, Tiina Otto t. — Rakvere Rajooni Kunda Apteegi juhataja

Soodla, Zoja Ivani t. — Jõgeva Rajooni Keskhaigla osakonnajuhataja

Sukles, Tiiu Eduardi t. — Haapsalu Rajooni Keskhaigla peadiaater

Taal, Maarja Oskari t. — Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla peaarsti asetäitja

Tamlak, Aino Ivani t. — Harju Rajooni Lagedi velskri- ja ämmaemandapunkti juhataja

Tšaplinski, Jevgeni Nikolai p. — Tallinna Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama epidemioloog

Varik, Elsa Reinholdi t. — Tallinna Tõnismäe Haigla peaarsti asetäitja

Viikmaa, Helve Johanni t. — Tallinna Linna Kliinilise Lastehaigla vanemõde

Vissak, Rita Haraldi t. — Kallavere Haigla neuropatoloog

Voznjak, Vera Filippi t. — Laevanduse Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama osakonnajuhataja

Väärt, Evald Aleksandri p. — Vabariikliku Laevanduse Keskhaigla peaarsti asetäitja

Hoolsa ja kohusetruu töö ning ühiskondlikust elust aktiivse osavõtu eest anti Eesti NSV Tervishoiuministeriumi ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee aukiri 29 ning Eesti NSV Tervishoiuministeriumi aukiri 44 töötajale. Eesti NSV tervishoiuminister avaldas oma käskkirjas tänu 80 tervishoiutöötajale.

Tervishoiutöötajate ametiühingus

10. juunil 1988 toimunud Tervishoiutöötajate Eesti Vabariikliku Komitee IV pleenumil kuulati presiidiumi aruannet utmise juhtimisest ametiühinguorganisatsioonides NLKP XXVII kongressi ja NSV Liidu ametiühingute XVIII kongressi ning tervishoiutöötajate ametiühingu XIV kongressi otsustest lähtudes. Presiidiumi aruande esitas T. Hendrikson.

Ära kuulanud ning läbi arutanud aruande, nenditi, et peatähelepanu on olnud pööratud eelkõige ametiühingu organisatoorsele ja kasvatustööle kollektiivides ning koostööle ametiühinguorganisatsioonidega.

Pleenumil otsustati toetada loomeliitude ühispleenumi otsuseid, Eesti NSV isemajandamisele ülemineku programmi ning Rahvarinde tegevust.

Peevi vajalikuks pöörduda Ministrite Nõukogu poole taotlusega ehitada XIII viisaastakul meditsiinitöötajate üksikute vanurite jaoks kahesajakohaline pansionaat. Samuti tuleb taotleda, et 1989. aastast alates tagataks Eesti NSV tervishoiuasutuste normatiivsete koosseisude 100% line finantseerimine arstiabi tõhustamiseks. Pleenum avaldas Eesti NSV Ministrite Nõukogule ka rahulolematust elamufondi ebaõiglase eraldamise pärast meie tervishoiuasutustele, seda eriti Tallinnas, Tartus, Rakveres, Pärnus ja Valgas.

Mall Kuusma

Punase Risti Seltsis

1...2 juunini toimusid Haapsalu Sanatoorses Internaatkoolis XIII vabariiklikud koolide sanitaarpostide võistlused. Need olid I vanuserühmale, s. o. 5. ja 6. klassi õpilastele.

Osavõtjaid oli 20 koolist kokku 80. Lipu heiskas XII vabariiklike võistluste noorema vanuserühma võitja, Tartu 5. Keskkooli sanitaarpost.

Võisteldi mitmel alal: kannatanule esmaabi andmises ja kannatanu transportimises, ravimtaimede tundmises, samuti kontrolliti meditsiinalaseid teadmisi viktoriinis.

Pika võistluspäeva lõpuks selgusid paremad noored sanitarid. Esikoha sai Jõgeva rajooni Palamuse Keskkooli sanitaarpost (juhendajad G. Jakovleva ja E. Filippova), II koha Paide 1. Keskkooli sanitaarpost (M. Luisk) ja III koha Pärnu 5. 8-kl. Kooli sanitaarpost (I. Tomson).

Viktoriinis tuli esimeseks Tallinna 17. Keskkooli sanitaarpost, teiseks jäi Kullamaa Keskkooli ja kolmandaks-neljandaks Tallinna 27. 8-kl. Kooli ja Põlgaste 8-kl. Kooli sanitaarpost.

Teisel päeval toimunud sanitaride individuaalvõistlustel, kus kontrolliti nii teoreetilisi teadmisi kui ka praktilisi oskusi, sai esikoha Piret Lehiste Kingissepa 1. Keskkoolist, II koha Kadi Veesaar Palamuse Keskkoolist ja III koha Reet Sohar Põlgaste 8-kl. Koolist.

Välkleht oli parim Kullamaa Keskkooli sanitaarpostil. Teise koha sai Lüllemäe 8-kl. Kooli ja kolmanda Pärnu 5. 8-kl. Kooli sanitaarpostil välkleht.

Hinnati ka sanitaarpostide päevikuid, parim oli see Palamuse Keskkooli sanitaarpostil.

Õhtu sisustas Haapsalu Kultuurimaja lasteteater, kes esitas toredate etenduse «Pipi Pikk-sukk». Esinesid ka lasteteatri tantsutüdrukud.

Ive Schmuul

10. ja 11. juunil 1988 toimusid Jõhvis XXXV vabariiklikud sanitaarsalkade võistlused. Osa võttis 18 sanitaarsalka. Võistlustele jätsid tulemata Haapsalu, Hiumaa, Põlva, Rakvere, Rapla ja Tartu rajooni parimad sanitaarsalgad.

Võistlused läksid hästi korda. Eriti tähtis oli esmaabi andmise oskus tuuma- ja keemiakahjustuskoldes. Suurt pinget pakkus teadmiste ning praktiliste oskuste kontroll bakteriaalse kahjustuse koldes.

Teisel võistluspäeval selgusid võitjad. I koha sai tootmiskoondise «Eesti Põlevkivi» Remondi- ja Mehhaanikatehase sanitaarsalk (juhendaja J. Melnikova), II koha Paide rajooni Kirna kolhoosi sanitaarsalk (R. Kelder) ning III koha Pärnu rajooni Tihemetsa Sovhoostehnikumi sanitaarsalk (L. Gross).

Kiitust väärivad kõik võistlustest osavõtjad. Võistluste ladusa korralduse eest kandsid hoolt Punase Risti Seltsi Kohtla-Järve Linnakomitee, selle aseesimees A. Nurk ning kohtunikekolleegium. Võistluste peakohtunik oli K. Kase Vabariiklikust Tuberkuloosidisperserist.

Salme Tarmas

16. juunil toimusid Tartu rajoonis Tamme poldril X vabariiklikud noorte liiklusinspektorite meistrivõistlused. Võistlesid ka noored sanitarid. Võistlustest võttis osa 21 sanitaarpostil. Esikoha sai Paide rajooni sanitaarpost, II koha Kingissepa rajooni sanitaarpost ja III koha Võru rajooni sanitaarpost. Üldiselt olid noored sanitarid võistlusteks hästi ette valmistanud. Vigu tehti põhiliselt lahastamisel, eksiti ka steriilsusnõuete vastu.

Ive Schmuul

25. juulil tuli Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomiteesse kokku žürii, et hinnata Üleliidulise Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside Liidu Täitevkomitee ja ajakirja «Nõukogude Punane Rist» poolt väljakuulutatud Punase Risti Seltsi teemaliste seinalehtede konkursile saadetud töid. Võistlusest võisid osa võtta üldhariduskoolide, internaatkoolide, lastekodude, keskeri- ja kutseharidussüsteemi õppeasutuste Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside algorganisatsioonid.

Võistluse deviis oli «Mida te teate tervetest eluviisidest?». Eesmärk oli populariseerida Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside tegevust õpilaste hulgas ning propageerida meditsiini- ja hügieeniteadmisi.

Hinnati tuli 20 seinalehte. Žüriisse kuulusid M. Kivilo, T. Aitsam, J. Sonn, R. Järvi, E. Boronilčikova ja S. Tarmas.

Parimaks peeti Tallinna 32. Keskkooli seinalehte «Punaristlane», mis saadetakse edasi üleliidulisele konkursile Moskvasse. II koha sai Tartu 5. Keskkooli «Süstal» ja III koha Maidla 8-kl. Kooli seinaleht. Lisaks eespool mainitutele märkisid žüriis olnud kunstnikud ära Hummul 8-kl. Kooli, Alatskivi Keskkooli ja Kesleri-nimelise Kohtla-Järve Keskkooli seinalehtede head kunstilist kujundust. Sanitaarhariduslikust seisukohast kuulusid paremate hulka veel Helme Sanatoorse Internaatkooli, Kohtla-Järve 8. 8-kl. Kooli ja Mustvee 2. Keskkooli seinalehed.

Ive Schmuul

* * *

22...24. juunini toimusid Pärnu kuurordi 150. aastapäeva üritused.

Juubeliüritused algasid 22. juunil kell 15, mil avati pidulikult akadeemik Voldemar Vadi bareljeef kuurordi Balneo-Füsioterapiakoondise (vesi- ja mudaravila) fassaadil. V. Vadi töötas aastatel 1930...1939 suviti Pärnu kuurordi vesi- ja mudaravila juhatajana ning tegeles samal ajal ka haigete ravimisega, samuti teadustööga. Oma sellealase töö tulemusel võttis ta kokku 1947. aastal Tartus ilmunud monograafias «Eesti tervisemuda» ning paljudes muudes publikatsioonides. V. Vadi tegi palju Eesti kurortoloogia, eriti Pärnu kuurordi arenguks.

Avakõne pidas Pärnu Kuurordi Ravi- ja Puhkeasutuste Koondise paarast V. Šarubin. V. Vadi eluloolised andmed ja lühiülevaate tegevusest Pärnu kuurordis esitas allakirjutanu. Prof. L. Päi rääkis akadeemiku pedagoogi- ja arstitööst Tartus. Doktor Helgi Vadi jagas mälestusi oma isast, tuues esile isa suurt tööarmastust. Kohal oli ka prof. V. Vadi Rootsist elav tütar Ingrid Sepp ning lapselapsi.

Balneo-Füsioterapiakoondise paarast G. Šumeiko rääkis V. Vadi teaduspärandist. Muusikalise osa eest kandis hoolt orkester «Pärnu».

Järgnevalt tutvusid külalised Pärnu Kuurordi Kultuurihoones kuurordi ajalugu kajastava näitusega. Samas toimus ka juubelimeenete müük.



Foto. Akadeemik V. Vadi bareljeefilt eemaldavad katet Pärnu Kuurordi Ravi- ja Puhkeasutuste Koondise peaarst V. Šarubin, meditsiinidoktor E. Veinpalu ja Pärnu kuurordi juubelikomisjoni esimees, EKP Pärnu Linnakomitee sekretär I. Alekõrs.

Õhtul oli L. Koidula nimelises Pärnu Draamateatris kontsertaktus, kus autasustati kuurordi töötajaid ning kuulati kontserti. Samal ajal andis kõlakojas suvemuusikakontserdi orkester «Pärnu».

23. juuni hommikul algas X Eesti kurortoloogia ja füsioteraapia teaduskonverents, mis oli pühendatud Pärnu kuurordi juubelile. Õhtul võis ranna kõlakojas kuulata rahvapilliansambli «Simbel», Vallikäärus toimus aga jaaniõhtu.

24. juunil teaduskonverents jätkus. Külalised tutvusid Pärnu linna ja kuurordiga. Õhtul oli isetegevuskontsert Pärnu Kuurordi Kultuurihoones ja suvemuusikakontsert orkestrilt «Pärnu» ranna kõlakojas. Juubeliüritused lõppesid Vallikäärus O. Volmeri naljamänguga «Tohter Faust ehk Mefistofeles mudas», mille esitasid L. Koidula nimelise Pärnu Draamateatri näitlejad.

Endel Veinpalu

Законченные исследования ученых Эстонской ССР

Eesti NSV teadlaste lõpetatud uurimusi

Санитарно-микробиологическое изучение воды, используемой для рекреации в Эстонской ССР (отчет). Научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и гигиены МЗ ЭССР. Бирк К. Ф., Локк Э. Ф., Кальюлайд Л. И., Круглова Е. И., Пауд Р. А.

Бактериальное загрязнение воды, вирусное загрязнение воды, зависимость между загрязненностью воды и заболеваемостью, кишечные инфекции, заболеваемость детей, условно-патогенные бактерии

Целью исследования являлось изучение санитарного значения различных микробиологических показателей, определенных в воде, используемой для плавания, и их возможной связи с уровнем заболеваемости острыми кишечными инфекциями, болезнями дыхательной системы и ЛОР-органов.

Объектами исследования были вода, дети дошкольного возраста и дети вторых классов, занимающиеся плаванием.

При санитарно-бактериологическом исследовании плавательных бассейнов вода не соответствовала требованиям в 21% случаев. Вода в местах массового отдыха оказалась нестандартной в 48,9% случаев.

При анализе заболеваемости ни в одном коллективе за период наблюдения не было зарегистрировано групповых заболеваний ОКИ или энтеробиоза. Единичные случаи выделения псевдомонад и других условно-патогенных микробов из воды плавательных бассейнов не сопровождалась заболеванием пловцов. Возможное распространение вирусных инфекций посредством воды требует продолжения эпидемиологических исследований. При анализе зарегистрированной заболеваемости болезнями дыхательной системы и ЛОР-органов по возрастным группам не выявлено статистически достоверных различий между ДДУ, оборудованными бассейнами и не имеющими их.

Nõukogude Eesti Tervishoid

[ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ]

Медицинский журнал Министерства здравоохранения Эстонской ССР

№ 5, сентябрь, октябрь 1988 г.

Я. А. Маароос, А. П. Ландырь — **Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у участников Тартуского лыжного марафона среднего возраста**

По результатам углубленного медицинского обследования изучалось состояние здоровья и функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у 28 лиц среднего возраста, желавших принять участие в Тартуском лыжном марафоне. Выяснилось, что на ЭКГ при пробе с физической нагрузкой у 25% лиц диагностировали нарушение реполяризации и при функциональной пробе на велоэргометре в 17% случаев отмечался пониженный резерв сократительной функции миокарда. Выявлен широкий диапазон индивидуальных значений тестируемых показателей.

Сделан вывод, что у лиц старше 40 лет при решении о допуске к участию в марафоне необходимо проводить комплексное изучение морфологических и функциональных особенностей сердечно-сосудистой системы.

М. Й. Кундла, И. Л. Рандмаа, С. А. Ларина — **Сравнительная оценка эффективности различных нитратов пролонгированного действия у больных стенокардией**

Исследовалось 17 мужчин (средний возраст $51,5 \pm 1,6$ года), страдающих стенокардией напряжения II... III функциональных классов. По результатам парных велоэргометрических тестов (ПВЭТ) с эталонными препаратами из основных групп антиангинальных средств наиболее эффективной для данного

контингента больных оказалась группа нитратов пролонгированного действия. В дальнейшем перекрестным методом проводились курсы монотерапии суставом форте ($n=12$), новым буккальным препаратом тринитролонгом ($n=13$) и препаратом трансдермального применения — нитродермом ($n=4$). Определение эффективных доз, а также контроль за результатами лечения осуществлялись методом ПВЭТ.

При длительном лечении прерывисто назначаемый тринитролонг обладал более выраженным и стабильным антиангинальным действием, чем сустав форте или нитродерм, применяемые непрерывно. У 50% больных, получавших сустав форте или нитродерм длительно, по данным повторных ПВЭТ отмечалось снижение эффективности препарата, которое объясняли развитием толерантности к антиангинальному действию нитратов, назначаемых непрерывно. У части больных увеличение дозы препарата вдвое восстанавливало первоначальный уровень антиангинального эффекта.

Работа является фрагментом первого в нашей стране кооперативного исследования по длительному изучению трех основных групп антиангинальных препаратов.

И. И. Пильв — **Медико-социологические аспекты охраны здоровья матери и ребенка**

В статье приводятся данные анкетного опроса 290 женщин, из них 90 беременных во время их декретного отпуска и 200 первородящих в раннем неонатальном периоде. Выявлены недостаточность санитарно-гигиенических знаний и недочеты в подготовке женщин в родовом периоде. Считается необходимым усилить роль педиатра в формировании правильного образа жизни с раннего детства в условиях семьи, с продолжением преподавания по специальным программам в школе. Указывается на необходимость комплексного подхода к охране здоровья матери и ребенка с позиции интеграции деятельности акушеров-гинекологов и педиатров.

Т. О. Рандвере, А. Г. Крейс — **О менингиомах и их хирургическом лечении**

Менингиомы составляют 13...19% от общего количества первичных опухолей головного мозга. Проблемы их хирургического лечения часто бывают связаны с технической сложностью операции и с частотой рецидивов.

Целью данного исследования явился анализ клинического проявления менингиом и оценка результатов их хирургического лечения.

Аналізу были подвергнуты 66 больных, у которых провели 72 операции (38 женщин и 28 мужчин в возрасте от 30 до 68 лет).

Первые симптомы были связаны с локализацией опухоли. Головная боль как первый симп-

том заболевания встречалась относительно редко (20%), застойные соски зрительных нервов при госпитализации больных наблюдались несколько чаще (32%).

Большинство опухолей удалялось субтотально. В семи случаях имели место менингиомы, являвшиеся рецидивом менингиом, оперированных 4...12 лет назад. 50 опухолей оказались доброкачественными, 13 — относительно доброкачественными, 3 — злокачественными.

При выписке субъективные жалобы исчезли, гемипарезы имели тенденцию к улучшению у 10 больных, углубились у 7 больных. Шесть операций имели летальный исход. Катамнестические данные начиная с 1 года после операции и до 5 лет (33 больных) оказались хорошими у 30, неудовлетворительными у 3 больных. В заключение следует подчеркнуть, что головная боль как ранний симптом менингиомы имеет более второстепенное значение по сравнению с локальной симптоматикой. Необходимы повторные компьютерные исследования после удаления менингиомы с целью выявления рецидивов.

Р. А. Коха, Ы. И. Вейнберг — О жировой гиперглобулемии у обожженных

Авторами исследовано 11 обожженных с площадью ожога $19,4 \pm 11,9\%$ с глубиной от I до IIIб степени. У 10 больных обнаружена стойкая тахикардия, у 3 из них имелись нарушения функции со стороны других орган-систем. В 10 случаях выявлена жировая гиперглобулемия, которая коррелируется ($r = +0,68$) по интенсивности со стойкой тахикардией.

Р. О. Лаботкин, К. Ю. Куль, Р. Р. Раммул — Злокачественная адамантинома голени

В статье описывается редкий случай злокачественной адамантиномы в диафизе кости левой голени у 67-летнего мужчины, который находился на лечении в Тартуском городском онкологическом диспансере.

После травмы голени, полученной в семилетнем возрасте, больной около 50 лет находился под наблюдением врачей. Особое внимание в статье обращают на длительность развития злокачественной опухоли на фоне преантерома.

Обсуждены вопросы, связанные с клиническим течением, диагностикой и лечением больных со злокачественной адамантиномой в трубчатых костях.

После ампутации левой нижней конечности на уровне нижней трети бедренной кости больной выписан в хорошем состоянии.

Т. А. Халлинг, Л. В. Ярвекюльг — Практическая ценность определения гормонов щитовидной железы при оценке эффективности лечебного процесса у больных с диффузным токсическим зобом

У 30 больных с диффузным токсическим зобом во время лечения мерказолилом в течение 1 года определяли несколько раз концентрацию ТТГ, T_3 и T_4 в крови. Для определения ТТГ, T_3 и T_4 использовали новый высокочувствительный метод иммуноанализа DELFIA, который основан на измерении флюоресценции хелатных комплексов лантанидов в режиме временного разрешения. Из 30 обследуемых лиц на разных этапах лечения у 15 наблюдалась повышенная концентрация T_3 в крови, в то же время содержание T_4 было в пределах нормы у 11 больных, ниже нормы у 4 больных. Из этих 15 больных только у одного пациента концентрация ТТГ превышала границы нормы.

При анализе полученных данных обследования не удалось выявить статистически достоверной корреляции между повышенной концентрацией T_3 в крови, функциональным состоянием щитовидной железы и степенью тяжести болезни.

В. А. Саарма — Коррекция нейтропении карбонатом лития

На основе литературных данных и собственного клинического опыта автор приходит к заключению, что карбонат лития оказывает заметное как профилактическое, так и лечебное действие при нейтропении.

И. М. Липидус, В. А. Рауд — Случай ревматической полимиалгии

Ревматическая полимиалгия — нередкое, однако малознакомое широкому кругу врачей заболевание. Характеризуется болями в мышцах плечевого и тазового пояса, выраженными общими реакциями, значительными изменениями острофазовых показателей и отличной реакцией на малые дозы глюкокортикоидов.

Х. А. Капрал, В. О. Суби — Размышления о микроскопическом исследовании урина

Исследование клеточных элементов мочевого осадка диагностически информативно. При наличии в моче клеток крови — эритроцитов необходимо установить, какого они происхождения — паренхиматозного или внепочечного (дисморфные или эуморфные).

В диагностике почечных заболеваний существенную роль играет количественная и качественная оценка клеток эпителия почечных канальцев (происходят ли они из проксимальных или дистальных отделов почечных канальцев либо выводящих протоков).

Исходный материал всех мочевых цилиндров (мукопротеиды) един для всех их видов, местом возникновения цилиндров являются почечные канальцы (в основном пораженные участки). Различные цилиндры (эпителиальные, гранулированные, лейкоцитарные и др.) зависят от того, что приклеивается к их поверхности от

стенок почечных канальцев. Вследствие этого цилиндры непосредственно характеризуют состояние почечных канальцев. Диаметр сечения просвета проксимальных отделов почечных канальцев меньше, чем дистальных и выводящих протоков. Таким образом, цилиндрометрия дает возможность определить локализацию повреждения почечных канальцев.

Внимательная оценка мочевого осадка позволяет с большой вероятностью диагностировать повреждение тубулярного аппарата, ишемический тубулярный некроз, тубулоинтерстициальные и гломерулярные повреждения.

Особое место анализ мочи занимает в оценке состояния больного при пересадке почки. Тщательно проведенный анализ мочи позволяет своевременно обнаружить первые признаки развивающегося синдрома отторжения трансплантата и этим открывает возможность своевременного его предотвращения. Одновременно можно дифференцировать синдром отторжения от дисфункции трансплантата.

Э. К. Сеппет, А. П. Калликорм, В. Т. Михкельсоо — **Лазеры в биологии и медицине**

В статье реферируются доклады первой республиканской школы-семинара «Методы лазерной биофизики и их применение в биологии и медицине», проводившейся 24—25 февраля с. г. Они свидетельствуют о том, что, наряду с методами лазерной хирургии, в настоящее время интенсивно развиваются различные методы лазерно-спектроскопической диагностики. Получены также новые результаты применения лазеров в терапии. Во многих докладах отмечалось, что успешность применения лазерной техники в медицине зависит от результатов исследования механизмов действия лазерных лучей. В решении, принятом школой-семинаром, подчеркивается, что для эффективного внедрения лазерной техники в биологии и медицине необходимо комплексно развивать аппаратостроение, фундаментальные исследования и ускорить внедрение некоторых уже выпускаемых лазерных установок в практической медицине.

С. В. Эвинг, К. Й. Казе, В. А. Валдес — **Абдоминальный псевдотуберкулезный иерсиниоз**

Иерсиниозный деструктивный мезаденит у 19-летней больной. Симптомы заболевания симулировали аппендицит. При лапаротомии в брюшинной полости были обнаружены геморрагическая жидкость и в илеоцекальной области конгломерат увеличенных лимфатических узлов. При гистологическом исследовании в лимфатическом узле был выявлен очаговый некроз, ограниченный эпителиоидно-клеточной грануляцией и нейтрофильно-лейкоцитарной инфильтрацией, и отдельные гигантские многоядерные клетки. В результате применения антибиотикотерапии больная выздоровела. Возможность иерсиниоза следует учитывать при дифференцировании острых заболе-

ваний брюшинной полости. Большого внимания требует бактериологическое (особенно серологическое) исследование.

Н. М. Лapidус, С. Ю. Кюннапуу, Л. Л. Пиель — **Случай первичного генерализованного амилоидоза и анализ летальности, обусловленной вторичным амилоидозом**

В статье описываются случай первичного амилоидоза и 18 случаев вторичного амилоидоза, имевших место в Таллинской Пельгулинской больнице за 10 лет. Клиницист и патологоанатом не должны забывать о возможности амилоидоза при упорном нефротическом синдроме. Необходимо более широкое исследование биопсий органов и тканей для ранней диагностики амилоидоза.

А. А. Роозилехт — **Организация медицинской помощи сельскому населению**

Поскольку для Эстонии характерна хуторская система поселения и небольшие поселки, то амбулаторные медицинские учреждения часто расположены далеко от местожительства сельских жителей и поэтому труднодоступны для них.

Приблизить медицинскую помощь к крестьянину могут помочь организация еженедельных приемов районных врачей и проведение амбулаторных процедур в фельдшерско-акушерских пунктах, открытых в маленьких поселках и центрах отделений. Подобных медпунктов, филиалов амбулаторий и районных поликлиник в Эстонской ССР открыто меньше, чем предусматривают штатные нормативы. Подавляющее большинство медпунктов расположено в перестроенных, неподходящих и тесных помещениях, где трудно организовать современные амбулаторные лечебные процедуры и прием больных. Автор предлагает создать в республике филиалы медицинских учреждений с современными возможностями лечения для оказания амбулаторной врачебной помощи. Приближение медицинской помощи к больным экономит рабочее время крестьянина и обеспечивает доступность помощи.

А. К. Йентс, С. Ф. Сибуль — **Пеэтер Хеллат**

Х. А. Густавсон — **Дополнительные данные к истории медицины г. Таллина**

По источникам Федерального архива ФРГ, полученным доктором исторических наук Р. Н. Пуллатом, автор уточняет биографические даты таллинских хирургов-цирюльников XVII... XVIII вв.

Подготовка кадров

Ю. Э. Мяннисте, Э. О. Тюндер — **Семинар-совещание по хирургии вен**

С. Х. Кард — Конференция латышского общества фармацевтов, посвященная новым направлениям практической фармации

К. Ф. Бирк — Пленум Всесоюзной проблемной комиссии «Научные основы гигиены окружающей среды»

М.-А. Ф. Рийкъярв — Всесоюзный семинар «Внутриматочная инфекция плода и новорожденного»

К. Ф. Бирк — X Всесоюзная конференция по гигиеническому изучению биологического загрязнения окружающей среды и разработке оздоровительных мероприятий

К. К. Сакс — Расширенный пленум Всесоюзной проблемной комиссии «Дыхательная недостаточность, ее диагностика и лечение» и конференция по проблемам дыхательной недостаточности

И. А. Калитс — XXXII симпозиум эндокринологов Федеративной Республики Германии

Х. У. Кююнарпуу — Семинар по проблемам изучения систем здравоохранения в рамках международной программы «Здоровье всем к 2000-му году»

К. Р. Вийкхольм — Всеполюский семинар по вопросам психотерапии депрессии

Во врачебных обществах

М. Г. Кивило — Книга, необходимая в санитарно-просветительной работе

Юбилейные даты

А. Э. Раал — Целесообразно ли изучение народной медицины?

И. А. Лаан — Еще раз о наименованиях должностей

Новые лекарственные препараты

Некролог

Хроника

В Министерстве здравоохранения Эстонской ССР

Законченные исследования ученых Эстонской ССР

Nõukogude Eesti Tervishoid

[SOVIET ESTONIAN HEALTH]

Medical Journal of the Ministry of Health of the Estonian SSR

№ 5, September, October 1988

J. Maaroo, A. Landor — **The functional status of the cardiovascular system in middle-aged male participants in the Tartu Ski Marathon Race**

A complex medical examination was carried out in a group of 28 middle-aged male participants, with special reference to the functional status of the cardiovascular system, before the Tartu Ski Marathon Race. According to ECG, the maximum loading brought about repolarization disturbances in 25% of the subjects studied, and in 17% of subjects an unsatisfactory cardiac reserve was observed during dosed physical exertion.

It is concluded that such a complex preliminary medical check-up is necessary to reveal contraindications against the participation in a ski race.

M. Kundla, J. Randmaa, S. Larina — **Comparative assessment of the efficiency of long-acting nitrate preparations in anginal patients**

17 male patients with well-documented coronary heart disease, aged between 50 and 53 years, in the study showed particularly good responses to long-acting nitrates, as evidenced by paired bicycle ergometric tests. The efficiency of long-term intermittent use of trinitrolong (n=13) and a continuous use of sustac forte (n=12) and nitroderm (n=4) was compared in a randomized controlled clinical study. The effect of these antianginal drugs on exercise tolerance was measured by means of repeated paired bicycle ergometric tests. It was found that trinitrolong had a better antianginal effect and afforded a higher exercise stress tolerance level, as compared

to sustac forte and, especially, to nitroderm. In 50% of patients, put on continuous sustac forte and nitroderm, the bicycle exercise work performance was gradually decreasing, apparently due to developing tolerance to the anti-anginal effect of the drugs used.

I. Pilv — The medico-sociological aspect of maternal and child care

This article presents the information elicited by a questionnaire given to 290 women, including 90 pregnant ones during maternity leave and 200 primiparas in the early neonatal period. The questionnaire revealed a lack of knowledge of maternity care and a low effectiveness of family teaching. Three-fourths of the interviewees expressed their dissatisfaction with the prenatal care of woman during pregnancy and childbirth. Some recommendations are made for the promotion of collaboration between pediatricians and obstetricians in the field of health education.

T. Randvere, A. Kreis — Meningiomas: surgical management

Meningiomas account for approximately 13–19% of all intracranial primary tumours. The problems of surgical management are connected with a technical challenge to a total removal and recurrence of the tumour.

66 patients who underwent 72 craniotomies for the removal of meningiomas are reported. The initial symptoms were consistent with the localisation of the tumour, but headache, as the first symptom, was quite rare. Seven recurrent meningiomas were removed. The first operations were performed 4–12 years ago. There were 6 postoperative deaths. Histologically, 50 benign, 13 relatively benign and 3 malignant tumours were revealed. The outcome of surgery in 33 patients from 1 to 5 years after the operation was good in 30 cases and poor in 3 cases.

A need for control CT is emphasized in this article.

R. Koha, Ö. Veinberg — Fat hyperglobulemia in burns

The authors have investigated 11 patients with burns affecting $19.4 \pm 11.9\%$ of the body surface, from first to third^b degree burns. In 10 cases lasting tachycardia was observed, of those 3 patients developed disturbances in other organ-systems. In 10 cases fat hyperglobulemia was diagnosed, which was in correlation with the intensity of enduring tachycardia ($r = +0.68$).

R. Labotkin, K. Kull, R. Rammul — Malignant adamantinoma in the left tibia. (A case report)

A case of malignant adamantinoma (in the left tibia) in a 67-year-old man is described and analysed. Owing to tibial bone pathology, the man had been under medical observation for 50 years.

After a successful amputation of the left leg (at the level of the lower third of the femoral bone) the patient made a speedy recovery.

T. Halling, L. Järvekülg — Practical value of the estimation of thyroid hormones for an effective treatment of Graves disease

To determine the frequency of combined high serum T_3 and normal or low serum T_4 concentrations during antithyroid treatment and to assess the clinical significance of its recognition, the authors examined 30 patients treated for the hyperthyroid Graves disease. T_3 and T_4 concentrations were measured by DELFIA, using kits obtained from "LKB Wallac". Fifteen patients had high serum T_3 concentrations and four of them had high serum T_3 and low serum T_4 concentrations during therapy.

It is concluded that discordance of serum T_3 and T_4 concentrations is frequently encountered in patients with hyperthyroid Graves disease during therapy. The serum T_3 concentration in these patients correlates poorly with their clinical thyroid status.

V. Saarma — Rectification of neutropenia by lithium carbonate

On the basis of literature data and the results of original clinical experiments the author concludes that lithium carbonate has both a prophylactic and therapeutic effect on patients with neutropenia.

J. Lapidus, V. Raud — A case of rheumatic polymyalgia

Rheumatic polymyalgia is a quite common disease, though it is little-known to the broad medical circles. Rheumatic polymyalgia causes aching and stiffness of the muscles of the shoulder and pelvic girdle, marked general reactions and changes in «acute-phase» parameters. The symptoms respond effectively to small doses of glucocorticosteroids.

H. Kapral, V. Subi — Views on the microscopic evaluation of urine sediment

A microscopic evaluation of the composition of urine sediment will provide all the information which is required for an accurate diagnosis of a kidney disease. It is possible to identify the origin of the red blood cells in the urine — parenchymatous or postrenal (dys- or eumorphous). Epithelial cells should be determined and differentiated precisely, because the epithelial cells in the renal tubules vary in different parts of the tubule. They differ in shape and size (proximal tube, distal tube and excretory tube cells).

A urinary cast is a mass of material (mucoprotein) that forms within renal tubules. There are epithelial, granular, white blood cell casts, etc. The proximal parts of renal tubules are smaller

than distal and excretory parts, so the size of the casts makes it possible to locate their source.

A thorough examination of urine sediment enables us to diagnose tubular lesions, ischemic tubulonecrosis, tubulointerstitial and glomerular lesions.

Urinalysis is very important in assessing the general state of kidney after transplantation. Its findings can warn of imminent rejection syndrome and facilitate the differentiation of rejection syndrome from transplant malfunction.

E. Seppet, A. Kallikorm, V. Mihkelsoo — Lasers in biology and medicine

The article gives a review of the papers read at the first republican school "The Methods of Laser Biophysics and their Application in Biology and Medicine". At present, it is evident that, in addition to methods of laser surgery, various diagnostic ones, based on laser-spectroscopic analysis, have been developed. Promising results have also been achieved in the field of laser therapy. At the same time, it is stressed that the progress of laser techniques in medicine depends on the results of the investigation of the mechanism of laser beam effect. The final resolution passed by the school brings out the necessity of a complex development of apparatus construction and fundamental research in order to apply laser techniques in biology and medicine more effectively. The resolution also points out that some kinds of laser equipment, already in production, are quite suitable for a faster introduction into applied medicine.

S. Eving, K. Kase, V. Valdes — Abdominal pseudotuberculous Yersiniasis

The authors describe the case of a 19-year-old female patient suffering from destructive mesenteritis due to *Yersinia* infection. The symptoms of the disease mimicked appendicitis.

A laparotomy carried out on the patient revealed hemorrhagic fluid, which had built up in the abdominal cavity, and a conglomerate of enlarged lymph glands in the ileocecal region. A biopsy carried out on a swollen gland revealed a focal necrosis, a limited epithelioid-cellular granulation and neutrophil leucocytic infiltration with a few multinuclear giant cells. Antibiotics cured the condition.

It is concluded that attention should be drawn to the possibility of *Yersinia* infection in acute pain-in-the-belly syndrome and bacteriological (especially serological) studies should not be neglected to make a correct diagnosis.

J. Lapidus, S. Künnapuu, L. Piel — A case of primary generalized amyloidosis and mortality analysis

This article describes a case of primary and 18 cases of secondary amyloidosis that were admitted to the Tallinn Pelgulinna Hospital during the last decade. The authors point out that the

clinician or the pathologist should not lose sight of the possible occurrence of amyloidosis in refractory nephrotic syndrome. It is necessary to make a wider use of biopsy from various organs and tissues to make an early diagnosis of amyloidosis.

A. Roosileht — Organization of rural medical care

Owing to a low rural population density and small settlements in the Estonian SSR, the availability of doctors' consultations leaves much to be desired. The author points out that weekly consultations at rural locations — at physician's assistants', midwives' and other group practice centres will make it possible to obtain a variety of medical services in rural areas. He also points out that a number of medical centres in the countryside are out of repair and too small.

Organizational affiliation of rural medical centres in the Republic will enable the peasant to save time and improve the availability of rural medical care.

A. Jents, S. Sibul — Peeter Hellat

H. Gustavson — In addition to Tallinn's medical history

Training of personnel

Conferences and meetings

Physicians' societies

M. Kivilo — An indispensable handbook of health education

Our heroes of the day

A. Raal — Does the study of folk medicine make sense?

I. Laan — Once more on professional designations

New drugs

Necrology

Chronicle

Research work carried out by scientists of the Estonian SSR

English text edited and translated by E. Saarnok

**LUGUPEETUD
TEADLASED JA ARSTID!**

Riiklik Teaduslik Meditsiiniraamatukogu valmistub
trükkis avaldama järjekordset bibliograafiat
«EESTI NSV MEDITSIIKIRJANDUS 1981—1985».

Selleks palume raamatukogule saata
Teil aastail 1981—1985 välismaal ilmunud
artiklite nimestik.

Nimestiku koostamisel tuleb ära märkida:
artikli autori (ka kaasautori) perekonnanimi ja
initsiaalid,
artikli pealkiri,
ajakirja täpne nimetus, ilmumisaasta, köide,
anne või number,
artikli avaldamise korral raamatus selle pealkiri,
väljaandmise koht ja ilmumisaasta,
artikli lehekülgede algus- ja lõpunumbrid.

Meie aadress
200101 Tallinn, Lai tn. 22



MEZYM-FORTE

Preparaat sisaldab standardiseeritud
pankrease ensüüme. Ühes dražees on
140 mg pankreatiini.

Ravim on näidustatud pankrease
ekskretoorse puudulikkuse korral, pärast
mao- ja peensooleresektsiooni, maksa ja
sapiteede talitluse häirete korral

Pakendis on 20 dražeed.

Preparaati toodetakse Saksa DV-s.