

ENSV TERVISHOIUMINISTEERIUM
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЭССР

ENSV FTISIAATRITE
VABARIKLIKU TEADUSLIK-PRAKTILISE KONVERENTSI

ETTEKANNETE TEESID

Tallinn, 8. ja 9. mail 1958. a.



ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ ФТИЗИАТРОВ

Таллин, 8 и 9 мая 1958 г.

A-24629

ENSV TERVISHOIUMINISTEERIUM

ENSV FTISIAATRITE
VABARIIKLIKU TEADUSLIK-PRAKTILISE KONVERENTSI

ETTEKANNETE TEESID

Tallinn, 8. ja 9. mail 1958. a.

2

Tartu Riikliku Ülikooli
Raamatukogu
58279

ARHIIVKOGU

TUBERKULOOSITÖRJEST EESTI NSV-S

J. Varrik

Vabariikliku Tuberkuloositörje Dispanserist.

Peaarst J. Varrik

Eesti rahva rasked majanduslikud ja moraalsed tingimused kuni Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsioonini tingisid elanikkonna suure nakatumise tuberkuloosi.

Kuni 1951. aastani, paralleelselt kogu üld- ja tuberkuloosialase ravivõrgu laienemisega tõusis ka esmaselt tuberkuloosi haigestunute hulk.

Linnaelanike esmaselt tuberkuloosi haigestumise dünaamika aastatel 1950—1957 väljendub vabariigis järgmistes arvudes:

Aastad	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957
Haigete arv	4133	4597	4260	3828	3430	3172	3312	3697

Pärast 1951. aastat täheldatakse haigestumise vähenemist esmasesse tuberkuloosi. 1951.—1955. aastani vähenes esmaselt diagnoositud haigestumisjuhtude arv ENSV linnades 31% võrra.

Batsillieritajate arv esmaselt haigestunute hulgas vähenes 1950.—1955. a. vabariigi linnades 59% võrra, eriti Tallinnas, kus see langes 73,3% võrra.

Vaatamata haigestumuse tunduval vähenemisele, jääb see meie vabariigis ikkagi kõrgeks. 10 000 linnaelaniku kohta oli meil 1955. aastal haigestumisi kõigisse tuberkuloosivormidesse 53 juhtu, kuid Ukraina NSV linnades haigestus samal ajal 10 000 elaniku kohta 25 inimest.

Haigestumust oleks võinud tunduvalt vähendada rahuldava profülaktilise tööga. Äärmiselt halvasti on toimunud vanemaalaste laste ja noorukite tuberkuloosivastased revaktsineerimised. Vähe kasutatakse elanikkonna profülaktilisteks uurimisteks fluorograafe.

Haigete arv aktiivsete tuberkuloosivormidega hakkas vabariigis tunduvalt vähenema alles 1955. aastast alates.

ENSV-s oli 10 000 linnaelaniku kohta 1955. a. 229 ja 1957. aastal aga 195 aktiivse tuberkuloosiga haiget. Ukraina NSV-s tuli 1956. aastal 10 000 linnaelaniku kohta 103,8 aktiivse tuberkuloosiga haiget. Samal aastal oli Eesti NSV linnades 10 000 elaniku kohta 199 aktiivse tuberkuloosiga haiget. Nendest andmetest nähtub, et haigestumus tuberkuloosi linnaelanike seas Eesti NSV-s on peaaegu kaks korda kõrgem kui Ukraina NSV linnades. Ometi hakkas meil alates 1954. aastast vähenema dispanserites arvel olevate haigete arv, kuid Ukraina NSV-s jätkub aktiivse tuberkuloosiga haigete arvu kasv. Ukraina NSV linnades suurenes tuberkuloosihaigete arv 13,9% võrra, Eesti NSV-s aga samal perioodil haigete arv vähenes 10% võrra.

1956. aastal vähenes Kochi pisikuid eritavate haigete arv ENSV linnades 15,2%, Ukraina NSV-s aga 13,1%; Tallinnas vastavalt 21% ning Kiievis 13%. Eesti NSV-s lõpetati 25,1% õhkrindu efektiivsetena, Ukraina NSV-s — 13,9%. Eesti NSV-s tuleb 1 kopsu-kirurgiline operatsioon iga 7,5 haige, Ukraina NSV-s — 12,7 haige kohta. Liitekõrvetusi on Eesti NSV-s teostatud 74,5%-l, Ukraina NSV-s 47,0%-l esmaselt õhkrinna rajamise juhtudest. Peale selle saab valdav enamik haigetest viimastel aastatel laialdast antibakteriaalset ravi.

Vaatamata sellele rakendatakse meie vabariigis tuberkuloosihaigete, eriti kopsutuberkuloosihaigete ravi mitterahuldavalt. Haigete koosseis meie vabariigis peaaegu ei erine haigete koosseisust Ukraina NSV-s. Üldisest haigete arvust on kopsutuberkuloosi 90,8%, kopsuvälist tuberkuloosi — 9,2%, luuliigese-tuberkuloosi juhud moodustavad 3,4%.

Vanuse järgi jagunevad haiged: täiskasvanud	— 81,2%,
noorukid	— 5,1%,
lapsed	— 13,7%,

Kose rajooni elanikkonna uurimise andmetel tuleb 10 000 maaelaniku kohta 192 aktiivse tuberkuloosi juhtu.

Praegu on kopsutuberkuloosihaigetele, eriti täiskasvanutele, veel vähe voodikohti sanatooriumides, seda näitavad järgmised andmed:

1 voodikohale täiskasvanute kopsutuberkuloosi sanatooriumis tuleb 46 haiget,

1 voodikohale noorukite kopsutuberkuloosi sanatooriumis tuleb 13 haiget,

1 voodikohale laste kopsutuberkuloosi sanatooriumis tuleb 6 haiget,

1 voodikohale täiskasvanute luutuberkuloosi sanatooriumis tuleb 20 haiget,

1 voodikohale laste ja noorukite luutuberkuloosi sanatooriumis tuleb 0,8 haiget.

Vaatamata meie vabariigi elanikkonna suhteliselt kõrgele tuberkuloosi nakatumisele ja haigestumisele, on meil olemas kõik võimalused tuberkuloosi kui meie elanikkonna seas laialdaselt levinud haiguse likvideerimiseks 2—3 viisaastaku jooksul. On võimalik vaktseerida ja revaktseerida kõik mitteinfitseeritud kontingendid, välja selgitada tuberkuloosi nakatumine juba viraaži perioodis, läbi viia profülaktiline laste ja noorukite ravi viraaži perioodis. Juba praegu on vaja nelja vabariikliku linna kogu elanikkond fluorograafiliselt läbi vaadata. On võimalik suunata kirurgilisele ravile kõik kopsutuberkuloosiga haiged, kellele see on näidustatud; kõiki uuesti avastatud haigeid tuleb pikaajaliselt ravida antibakteriaalsete vahenditega. Olemasolevaid sanatooriumivoodeid tuleb kasutada efektiivselt haigete pikaajaliseks ravimiseks kuni nende täieliku tervistumiseni.

Tuberkuloosi likvideerimise küsimuse kiireks likvideerimiseks meie vabariigis on vaja:

1. parandada tuberkuloositõrje dispanserite varustatust, komplekteerida kõik rajoonihaiglate tuberkuloositõrje kabinetid ftisiaatritega, organiseerida kõikide dispanserite juurde lasteosakonnad;

2. 1958. aastal vaktseerida ja revaktseerida kõik eelkoolialised lapsed ja noorukid;

3. lähematel aastatel ehitada kopsutuberkuloosi haigetele täiskasvanuile, noorukitele ja lastele 500 voodikohta haiglates ja 500 sanatooriumides.

4. reorganiseerida viraažsete laste profülaktiliseks ravimiseks ööpäevased lastesõimed ja -aiad.

Tuberkuloosi vastu võitlemise olukorrast Võru linnas ja rajoonis Võru raj. Tuberkuloositõrje Dispanseri andmetel

E. Kongo

Võru raj. Tuberkuloositõrje Dispanserist.
Peaarst E. K o n g o

Võru raj. Tuberkuloositõrje Dispanser teenindab peale Võru linna ja rajooni ka Vastseliina rajooni ning kuni 1957. a. lõpuni teenindas veel Põlva ja Rāpina rajooni. Kuna 1957. a. avati viimastes oma tuberkuloositõrje kabinetid, siis osutab Võru raj. Tuberkuloositõrje Dispanser neile rajoonidele nüüd peamiselt konsultatiivset ja spetsialiseeritumat statsionaarset abi.

Võttes vaatluse alla aastad 1951—1957, selgub, et haigestumine aktiivsesse kopsutuberkuloosi Võru rajooni maaelanike seas kuni 1954. a. ei näidanud vähenemist, järgmistel aastatel aga toimub pidev vähenemine. Nii võeti 1957. a. võrreldes 1954. a., arvele 2 korda vähem aktiivse kopsutuberkuloosiga haigeid Võru rajooni maaelanike seas. Pidevalt on vähenenud pisikueritajate ja hilinenud vormidega esmaste kopsutuberkuloosihaigete arv.

1957. a. avastati BK+ haigeid 3 korda ja hilinenud vormidega 4 korda vähem kui 1951. a. Võru linnas on haigestumine aktiivsesse kopsutuberkuloosi vähenenud väikeste kõikumistega 1951. aastast alates pidevalt. Aktiivse kopsutuberkuloosiga haigeid avastati 1957. a., võrreldes 1951. a., üle kahe korra vähem, (keskmiselt oli vähenemine igal aastal 30%). Esmaste BK+ tuberkuloosihaigete arv vähenes 1957. a. võrreldes 1951. a. 8 korda.

Haigestumine aktiivsesse tuberkuloosi nii maal kui ka linnas on vähenenud kõige rohkem laste juures. Nii näiteks vähenes haigestumine Võru linnas 1957. a., võrreldes 1956. a., üldse 33%, seejuures täiskasvanuil — 27%, noorukeil — 10%, lastel aga 48%. Taoline on olukord ka maaelanike hulgas.

Iga aastaga väheneb pidevalt esmaste haigete seas raskemakujuliste protsesside esinemine ning suureneb koldelise ja primaarse tuberkuloosi esinemine, eriti aga linnaelanike seas. Nii ei esinenud 1957. a. lastel ja noorukitel ühtki miliaarse tuberkuloosi ja tuberkuloosse meningiidi juhtu. Tunduvalt on vähenenud iga aastaga haigsetumine kopsuvälisesse tuberkuloosi.

Kui haigestumine tuberkuloosi pidevalt väheneb, siis tuberkuloosist paranejate arv iga aastaga suureneb. Selle tulemusena on 1955. a. alates iga aastaga vähenenud arvel olevate tuberkuloosihaigete arv. Nii näiteks jäi Võru linnas 1957. a.,

võrreldes 1956. a., 15% vähem haigeid arvele, seejuures aga batsillaarseid haigeid üle 20% vähem. Ka väheneb haigestumine kontaktide seas.

Kuni 1954. a. suri haigeid maal keskmiselt kaks korda rohkem kui linnas. 1954. aastast alates on pidevalt vähenenud haigete suremus maal ja 1957. a. langes see linna tasemele. 1957. a. suri maal iga 10 000 elaniku kohta 4,3 tuberkuloosihaiget ja linnas 4 haiget. Võru linnas on püsinud suremus pikemat aega 3—4 juhu piires 10 000 elaniku kohta. Suremust laste ja noorukite seas kahel viimasel aastal ei ole esinenud.

Ravialaselt rakendatakse Võru Tuberkuloositõrje Dispanseris kõiki kaasaegseid ravimeetodeid, sealjuures hakati 1956. a. alates piiratud kujul teostama suurt kopsukirurgiat (torakoplastika ja ekstrapleuraalse pneumolüüsi operatsioone). Põhiliselt teostatakse kõigi õhkrinnahaigete juures näidustuse puhul korrigeerivad operatsioone. Seejuures on torakokaustika olnud efektiivne 70—80% -l juhtudest.

Õhkrinnahaigete arv viimastel aastatel väheneb järsult.

Profülaktiliselt on läbi vaadatud viimaste aastate jooksul, lisaks tavalisele kohustuslikule kontingendile, kõik rajooni kooliõpilased, kusjuures on pidevalt vähenenud nende seas avastatud aktiivse tuberkuloosiga haigete arv (1955. a. — 0,5%, 1957. a. — 0,2%).

TUBERKULOOSIVASTASTE VAKTSINEERIMISTE LÄBIVIIMISEST JÕHVI RAJONIS

I. Danilova

Jõhvi rajooni Tuberkuloositõrje Dispanserist.
Peaarst I. Danilova

1953. kuni 1957. aasta jooksul võime Jõhvi rajoonis tuberkuloositõrje-alases töös tähele panna järgmisi positiivseid tulemusi:

- a) esmane haigestumine tuberkuloosi vähenes 60,8% võrra;
- b) aktiivse tuberkuloosiga haigete arv vähenes 31,7% võrra.

Süsteemaatilist vastsündinute tuberkuloosivastast vaktsineerimist teostavad kõik Jõhvi rajooni sünnitusosakonnad alates 1949. a. Alates 1952. aastast on sünnitusosakondade ja lastekabinettide vahel tihe side ning kõik sünnitusosakondades vaktsineerimata vastsündinud vaktsineeritakse lastekabinettides.

1953. a. alates hakati teostama õpilaste vaktsineerimist.

Rajooni kõik kooliealised lapsed revaktsineeriti 1958. aastaks. Jõhvi linnas, Viivikonna asulas, Kuremäe, Iisaku, Mäetaguse, Vask-Narva ja Toila maa-arstijaoskondades revaktsineeriti 888 kahe kuni viieaastast last, mis moodustab 83,3% kogu nimetatud vanusegrupi laste kontingendist.

1958. a. I poolaasta jooksul vaktsineeritakse tuberkuloosi vastu kõik töölised kuni 30 aasta vanuseni.

Seega lõpetatakse Jõhvi rajoonis 1958. a. põhiliselt kogu töö tuberkuloosivastaste vaktsineerimise alal.

KOSE RAJOONI ELANKKONNA UURIMISEST TUBERKULOOSI INFITSEERUMUSE JA HAIGESTUMISE SUHTES

A. Jõgi, H. Pullisaar

Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanserist.

Peaarst J. Varrik

Et saada ettekujutust tuberkuloosialasest olukorrast Põhja-Eesti maarajoonides, viidi Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri poolt 1957. a. suvel läbi Kose rajooni elanikkonna kompleksne uurimine tuberkuloosi suhtes.

Konkreetselt ülesandeks oli:

1. välja selgitada Kose rajooni elanikkonna infitseerumine tuberkuloosi,
2. välja selgitada seni avastamata tuberkuloosijuhud,
3. läbi viia näidustatud juhtudel tuberkuloosivastane vaktsineerimine vanusegruppidele kuni 30-nda eluaastani.

Töö läbiviimiseks oli moodustatud meditsiinilistest töötajatest brigaad, kelle ülesandeks oli teostada elanikkonna arstlik läbivaatus, Pirquet tuberkuliiniproov sellele järgneva tulemuste kontrolliga 48 t. möödudes, röntgen-fluorograafiline uurimine ja elanikkonna tuberkuloosivastane vaktsineerimine näidustatud juhtudel.

Tuberkuloosse infitseerumise väljaselgitamiseks teostati tuberkuliiniproove 8263 juhul. Lõpptulemusi võidakse esitada 7722 juhu kohta.

Sellest üldarvust täheldati positiivset tuberkuliiniproovi 4515 juhul, s. o. 58,5% -l; nendest kuni 3 a. vanustel lastel — 7,2%, 4—7 a. vanustel — 8,2%, 8—14 a. vanustel — 26,8% ja edasi tõusvas joones, saavutades maksimumi vanusegrupis 31 kuni 40 a. — 82,2%.

Alates 40-ndast eluaastast positiivsete tuberkuliiniproovide protsent mõnevõrra langeb, moodustades üle 60 a. vanuste grupis 67,7.

Esitatud tulemusi positiivsete Pirquet tuberkuliiniproovide kohta ei tohi kasutada infitseerumise näitajaina otseselt, vaid ligilähedaselt. Tõeline infitseerumine peaks olema esitatud arvudest kõrgem, kuna mõnelgi juhul kordub Pirquet või täiendav Montoux tuberkuliiniproov esialgselt negatiivsel juhul oleks lõpuks andnud positiivse tuberkuliiniproovi ja aluse kinnitada tuberkulooset infektsiooni, iseäranis vanemates gruppides.

Tuberkuloosivastaseid vaktsinatsioone on teostatud üldse 1764 juhul, neist 1757-le kuni 30 a. vanuses ja 7-le üle 30 a. vanuse.

Üldse oli kuni 30 a. vanuseid inimesi ilmunud uurimisele 3560, kusjuures negatiivset Pirquet tuberkuliiniproovi täheldati 2207 juhul.

Ilmneb, et teostades maaelanikkonna massilist tuberkuloosivastast vaktsineerimist, on vaja vaktsineerida ligikaudselt 25% kogu elanike üldarvust. Saadud arvu — 25% — võiks kasutada orienteeruvalt massiliste tuberkuloosivastaste vaktsinatsioonide planeerimisel maaelanikkonna hulgas.

Röntgen-fluorograafiliselt on uuritud 8063 juhtu, kelledest 197 suunati täiendavale röntgenoloogilisele ja kliinilisele uurimisele tuberkuloositõrje dispanserisse.

Läbiviidud uurimiste alusel on täheldatud aktiivset kopsutuberkuloosi 28 juhul, neist 9 tuberkuloosibatsillide eritamisega.

TALLINNA ELANIKKONNA FLUOROGRAAFILINE UURIMINE TUBERKULOOSI SUHTES

I. Bugakov, E. Kalev, E. Seibe

Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanserist.

Peaarst J. Varrik

1. Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri statsionaarse fluorograafi poolt vaadati 1952.—1957. aasta jooksul läbi 212 420 inimest. Aktiivse kopsutuberkuloosi juhtumeid avastati 1556 (0,73%). Nende seas oli 160 pisikuid eritavat haiget (10,3%).

2. Sama ajavahemiku jooksul vaadati Tallinna Linna II Haigla statsionaarse fluorograafilise kabineti poolt läbi 150 922

inimest. Kuni 1955. aastani ei ole polikliiniku poolt aktiivse tuberkuloosiga avastatute hulk teada. 1955. kuni 1957. aastani on avastatud 0,15% aktiivse tuberkuloosi juhtu, mis on 5 korda vähem, kui avastati Vab. Tuberkuloositõrje Dispanseri fluorograafi poolt.

3. Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri statsionaarse fluorograafi poolt avastatud haigetest batsillaarsetest õpilastest on 99,9% noorukid, mitte lapsed, mis vastab ka sama dispanseri lasteosakonna andmetele.

4. Kutsealuste massilisi läbivaatusi on sobivam teostada dispanseris osakondades, mitte fluorograafiliselt, sest kutsealustel on vaja läbi viia kompleksne kliinilis-röntgenoloogiline ja laboratoorne uurimine, et ära hoida ka algavate tuberkuloosete muudatustega kutsealuste sattumist armee kollektiivi.

5. Vaadeldes haigusprotsessi edasist kulgu haigetel, kes 1952. a. suunati statsionaarsest fluorograafiakabinetist dispanserisse arvele võtmiseks ja ravimiseks, selgus, et järgneva 5 aasta jooksul:

- a) 11,8%-l haigetest protsess aktiveerus ning 8,9%-l haigetest protsess progresseerus,
- b) 13% haigetest hakkas eritama pisikuid ja 3% suri tuberkuloosi,
- c) 14,9%-le haigetest rajati kunsttehislik õhkrind,
- d) 34,3% haigeid suunati sanatoorsele ravile,
- e) 19,5% haigetest, kes olid võetud kontrollile mitteaktiivse kopsutuberkuloosi vormiga, on arvelt kustutatud.

Need andmed näitavad, et fluorograafilisel uurimisel väljaselgitatud tuberkuloosihaiged vajavad erilist jälgimist jaoskonnarsti-ftisiaatri poolt, sest neil täheldatakse sageli protsessi progresseerumist.

6. Kõikide fluorograafiliste kabinetide töö reguleerimine, juhendamine ja samuti kontroll avastatud juhtude üle on otsustabekohane panna Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanserile.

VAB. SELI NOORUKITE KOPSUTUBERKULOOSI SANATOORIUMI TÖÖKOGEMUSED KAHEAASTASE PERIOODI JOOKSUL

G. Sarv

Vab. Seli Noorukite Kopsutuberkuloosi Sanatooriumist.
Peaarst G. Sarv

1956/57. a. viibisid ravil 442 noorukit mitmesuguste tuberkuloosivormidega, alates primaarsest kopsutuberkuloosist sekundaarsete ja üksikutel juhtudel ka progresseerunud fibrokaverniliste protsessidega. Primaarset kopsutuberkuloosi esines suhteliselt vähem ($\frac{1}{5}$ -l ravialustest). Postprimaarsetest ja sekundaarsetest vormidest domineerisid infiltratiivsed, piirdunud koldelised ning krooniliselt dissemineerunud vormid, enamasti väiksemaulatuslikud varakult avastatud piirdunud protsessid. Laostusprotsesse esines harvem (ca 8%).

Enamikul juhtudel, isegi kaverniliste protsesside puhul, võis noorukitel tähele panna väheseid subj. kaebusi kõha ja rögaerituse puudumisega.

Hügieen-dieteetiline režiim on sanatoorsetes tingimustes parima desensibiliseeriva ja organismi kaitsejõude mobiliseeriva toimega. Sanatoorne režiim on säästvas ning treenivas mõttes klassifitseeritud 4 ossa, alates absoluutse voodirežiimiga ägenemisfaasis ja lõppedes treeniva režiimiga paranemisfaasis.

Põhilise hügieen-dieteetilise režiimi kõrval kasutatakse laialdaselt antibak. ravi, mida tuleb läbi viia pikemaajalise kombineeritud ravikuurina. Noorukite vastavastatud aktiivsed protsessid eeldavad pikemaajalist antibakteriaalset ravi püsivate raviresultaatide saavutamiseks ning edaspidiste retsidiivide vältimiseks.

Noorukitel esines ca 22%-l efektiivseid, täiendava operatsioonita õhkrindu (enam kui täiskasvanutel), ca 69%-l muutusid efektiivseiks täiendava operatsiooniga, 10%-l juhtudel oli efektiivsus küsitav.

Extrapl. pn-x'it vajasid 1957. a. 6 haiget, keda suunati tuberkuloositõrje dispanseri kaudu kopsukirurgilisele ravile.

Aeroterapiaks on rõdud olemas, kuid neid võimalusi ei ole saadud maksimaalselt ära kasutada lamamisraamide vähesuse tõttu. Suuremas ulatuses kasutatakse noorukitele ravi-voimlemist, sportmänge, talisporti ning matku.

Kasvavale organismile on suure tähtsusega rikkalik ja mitmekesine toit. Paranenud varustus ning abimajandi piima- ja liha-

produktiooni tõus on taganud parema toitlustamise, toit vitamiiniseeritakse.

Kasvatustöö omab noorukite hulgas erilist tähtsust. On vaja planeerida õppekasvatuslikku tööd, mis praegu toimub individuaalselt ja õpperingides. Noorte hulgas viiakse läbi ideoloogilist ja sanitaarhariduslikku-kasvatuslikku tööd. Sanatooriumil on ajaviitemänge ja 2 televiisorit. Haigetele korraldatakse ka isetegevusõhtuid ja ringe.

Püsivamate ravitagajärgede saavutamiseks tuleks raviaega pikendada vähemalt 0,5 kuni 1 aastani.

KOPSUTUBERKULOOSI BAKTERIOLOOGILISEST VÖRDLEVAST DIAGNOSTIKAST

F. Lepp

Prof. med. teaduste doktor, Eesti NSV teeneline teadlane
Tartu Riikliku Ülikooli Nakkushaiguste ja Dermatoloogia kateedrist

1. Kopsutuberkuloosihaigete paranedes nõuab nende tunnistamine baktereid mitteeritajateks arstidelt senisest põhjalikumate uurimiste rakendamist.

2. Uurimismaterjali kogumisel diagnostiliseks otstarbeks kopsutuberkuloosihaigetelt on ekspektoraadi provokatsioonil aerosooli sissehingamise teel eeliseid, võrreldes bronhiloputusvee ja maosisaldise kasutamisega tühja kõhuga. See meetod on haigetele vähem tülikas ja annab paremaid tulemusi.

3. Hästi veeldatud ekspektoraadi tsentrifuugimisel saadud sademe uurimine ei anna halvemaid tulemusi flotatsioonimeetodiga võrreldes.

4. Külvimeetodi kõrval on merisea testise nakatamisel diagnostilisi eeliseid. See meetod võimaldab uurimismaterjalis, mis sisaldab vähe tuberkuloositekitajaid avastada neid alates viiendast päevast pärast testise nakatamist.

MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS'E KASVATAMISEST KANAEMBRÜOS

S. Laanes,

Tartu Riikliku Ülikooli Nakkushaiguste ja Dermatoloogia kateedrist.
Kateedri juhataja prof. med. tead. doktor,
Eesti NSV teeneline teadlane F. Lepp

Kirjanduses puudub ühtne arvamus kanaembrüode rakendatavuse kohta söötmesubstraadina tuberkuloositekitajate kasvatamiseks ja isoleerimiseks patoloogilisest materjalist. Käes-

oleva töö ülesandeks oli bakterioloogiliste uurimismeetodite abil tuberkuloositekitajate avastamine nii tuberkuloosi mükobakterite kultuuriga kui ka patoloogilise materjaliga nakatatud kanaembrüotest.

Kanaembrüod nakatati *Mycobacterium tuberculosis var. hominis H37Rv* tüvega annustes 10^{-1} mg kuni 10^{-10} mg ja mitmesuguse patoloogilise materjaliga koorionallantoisi ja rebukoti meetodil.

Tuberkuloosi mükobakterite olemasolu määrati kindlaks koorionallantoisi kestast tehtud äigepreparaatides ja samast materjalist flotatsiooni teel tehtud preparaatides.

Koorionallantoisi kestast flotatsiooni teel valmistatud preparaatides võis nakatamiseannuse 10^{-7} mg puhul sedastada tuberkuloosi mükobaktereid kolmandal päeval.

Rebukoti meetodil nakatamiseannuse 10^{-5} mg puhul võis täheldada tuberkuloositekitajate kasvu munasöötmel 15-dal päeval.

Uuritud 15 patoloogilisest materjalist sedastati tuberkuloosi mükobaktereid 7 juhul juba kolmandal päeval. Üldse isoleeriti neid mükobaktereid 10 juhul kanaembrüost, kui samal ajal bakterioskoobilisel uurimisel leiti ainult 2 juhul ja bakterioloogilisel uurimisel 1 juhul.

TUBERKULOOSITEKITAJATE RAVIMRESISTENTSUSE MÄÄRAMISEST HAIGETE RÖGAS

L. Jannus,

noorem teaduslik kaastöötaja

ENSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini
Instituudist, Direktor med. tead. kand. P. Bogovski

1. Seoses antibakteriaalsete vahendite laialdase kasutamisega tuberkuloosi raviks omandab viimasel ajal üha suuremat tähtsust tuberkuloosikepikeste ravimresistentsuse määramine.

2. Tallinna Tuberkuloosi Haiglas uuriti *Mycobact. tuberc.* ravimresistentsuse suhtes 41 fibrokavernilise või dissemineeritud kopsutuberkuloosiga haige röga.

3. Kõik uuritud haiged, välja arvatud üks, olid enne ravimresistentsuse määramist kasutanud raviks erinevates hulkades mitmesuguseid antibakteriaalseid vahendeid (streptomütsiini, ftivasiidi, isoniasiidi, PASH jt.). *Mycobact. tuberc.* ravimresistentsus määrati kõigil haigeil kolme ravimi suhtes — streptomütsiini, ftivasiidi ja PASH.

4. Kõigist eraldatud *Mycobact. tuberc.* tüvedest olid streptomütsiinitundlikud 18, ftivasiiditundlikud 8 ja PASH-tundlikud 26.

Tuberkuloositekitajate streptomütsiiniresistentsus leiti 22 haigel, ftivasiidiresistentsus 31 haigel ja PASH-resistentsus 13 haigel.

5. Ühelt haigelt, kes enne resistentsuse määramist antibakteriaalset ravi ei olnud saanud, isoleeritud *Mycobact. tuberc.* tüvi oli resistentne kolme ravimi suhtes. Üldse leiti resistentsus kolme ravimi suhtes 6 haigel ja kahe ravimi suhtes 18 haigel.

6. Antibakteriaalse ravi edukamaks rakendamiseks on vaja organiseerida tuberkuloosikepikeste ravimiresistentsuse määramist igas tuberkuloosiasutuses, kusjuures oluline on kasutada seda uurimismeetodit mitte ainult ravi kestel, vaid samuti enne ravi algust ning korduvalt selle lõpetamisel.

7. Olulise tähtsusega tuberkuloosikepikeste ravimiresistentsuse arenemise tõkestamises on kombineeritud antibakteriaalse ravi rakendamine komplekselt koos hormoon- ja vitamiinpreparaatidega.

KOPSUTUBERKULOOSI KIRURGILINE RAVI ENSV-S

J. Ennulo,

med. teaduste doktor

ENSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini
Instituudist. Direktor med. tead. kand. P. Bogovski

1. Kopsutuberkuloosi kirurgiline ravi on olnud viimase 10 aasta jooksul vältimatu paljude tuberkuloosihaigete komplekses ravis.

2. Kopsutuberkuloosi kirurgiline ravi on tuberkuloosi ravikäigus vaid üks lüli. Hügieeniline režiim, üldtugevdav, antibakteriaalne, vitamiin- ja hormoonravi peab toimuma enne iga operatsiooni kui ka kuude jooksul pärast operatsiooni.

3. Ftisiokirurgile on vähe operatsiooni tehnikast, ta peab oskama õigesti hinnata tuberkuloosihaigete üldseisundit, eriti mõlemapoolse kopsutuberkuloosi protsessi puhul. Soovitav on kirurgil operatsioonimeetodite valikul konsulteerida kvalifitseeritud ftisiaatritega.

4. Eesti NSV-s rakendatakse kopsutuberkuloosi kirurgilist ravi laialt. Teostatud operatsioonide arv on suhteliselt tuberkuloosihaigete arvule suurem kui teistes NSV Liidu vabariikides. Nii tehti 1956. a. Ukraina NSV-s, kus ftisiokirurgilist aktiivsust loetakse eeskujulikuks, üks operatsioon iga 12,7 registreeritud

tuberkuloosihaike kohta, Eesti NSV-s aga samal perioodil tehti üks ftisiokirurgiline operatsioon 7,5 haike kohta.

5. Kuigi ENSV-s teostatakse kopsutuberkuloosi kirurgilist ravi kaunis aktiivselt ning ravi lähistulemused mõnes tuberkuloosiasutuses näitavad üle 80% juhtudest ravi efektiivsust, vajab ftisiokirurgide kaader pidevat enesetäiendamist. Mõnel ftisiokirurgil on vaja spetsialiseeruda anestezioloogiks.

6. Kopsutuberkuloosi haigete kirurgiline ravi toimugu õigeaegselt. Aastaid kestev kavernoosete haigete tulemusteta konservatiivne ravi on lubamatu.

7. ENSV-s on vaja suurendada ökonoomsete (segmentaarsete) resektsioonide arvu ning seoses sellega juurutada diagnostikas segmentaarset bronhograafiat.

8. Vabariigis on vaja: a) järsult suurendada võimalusi tuberkuloosipisikute ravimresistentsi määramiseks, b) parandada tuberkuloosiasutuste operatsiooniblokkide varustamist ajakohase aparatuuri ja instrumentidega.

TUBERKULOOSSE EMPÜEEMI HAIGETE KIRURGILISEST RAVIST TALLINNA LINNA TUBERKULOOSI HAIGLA ANDMEIL 1951.—57. A.

E. Kama

Tallinna Linna Tuberkuloosi Haiglast
Peaarst L. Osminina

Tuberkuloosne empüeem on ohtlik komplikatsioon tuberkuloosi, peamiselt kopsutuberkuloosi puhul. Ehkki seoses antibakteriaalse ravi rakendamisega empüeemide arv väheneb, on nende ravi küsimus ka tänapäeval aktuaalne.

Olemasolevatel andmetel on krooniliste empüeemide puhul ja bronhiaaluuriste esinemisel empüeemi konservatiivne ravi vähe efektiivne.

Tuberkuloosse empüeemi kirurgilistest ravimeetoditest on kaasajal kasutusel torakotomia, empüeemiõõne tamponeerimine Višnevski järgi, torakoplastika ja pleurektoomia koos inlitseeritud kopsu resektsiooniga.

Tallinna Linna Tuberkuloosi Haiglas on 1951—57. a. kirurgilist ravi rakendatud 77 tuberkuloosse empüeemi haigel, neist 61 juhul ekstra- ja intrapleuraalse empüeemi ja 16 juhul kopsu-resektsioonijärgse empüeemi puhul.

Analüüsidest ravi tulemusi 52 intra- ja 9 ekstrapleuraalse tuberkuloosse empüeemi haigel, kaasus kõigil juhtudel empüeem kopsutuberkuloosile. 52 haigel esines bronhiaaluuris, 4 haigel torakaaluuris ja ühel bronhotorakaalne uuris.

Kõiki haigeid opereeriti pärast pikaajalist tulemusteta konservatiivset aspiratsioon-, antibakteriaalset ja õlirindravi.

Operatiivse ravimeetodina kasutati peamiselt prof. L. Boguš'i poolt väljatöötatud mitmeetapilist laiendatud torakoplastikat ühes eelneva pleuraõõne laialdase avamise ja tervendamisega, kasutades pleuraõõne tamponeerimist Višnevski järgi. 7 juhul täiendati torakoplastikat jääköõne ja bronhiaaluurise likvideerimiseks pleurektoomiaga ja nahalihaslapi transplantatsiooniga.

Operatsioonijärgsel perioodil suri pärast torakotoomiat 2 haiget süveneva amüloidoosi ja tuberkuloosiprotsessi ägenemise tõttu, pärast torakoplastikat suri 4 haiget (pneumoonia, ajuarteri embooli ja süveneva amüloidoosi tõttu).

Komplekselt rakendati antibakteriaalset ravi, rohkesti vereülekandeid, vitamiinravi jne. Operatiivse ravi tulemusena likvideeris empüeem ja tuberkuloosne protsess kopsus 44 juhul (72%). 11 haigel jäid püsima piirdunud jääköõned perioodiliselt avanevate torakaalsete uuristega, millest eritus on vähene. Sellest grupist 7 haige rögas BK ei leitud.

Enamikul haigetest operatiivse ravi vältel kehakaal ja välise hingamise näitajad vähenesid. Järeldravi jooksul haiged kosusid, kopsumaht ja hingamispaus suurenesid ning paljudel juhtudel amüloidoos ei progresseerunud, vaid isegi taandarenes.

Empüeemi kirurgilise ravi hilistulemused: 61 opereeritud haigest suri haiglas või hilisperioodil, s. o. 1951—1957. a. jooksul, 9 haiget, kliiniliselt on terveks saanud 37 inimest; 8 inimest on paranenud, kuid perioodiliselt esinevad neil torakaalsed uurised vähese eritusega; kopsutuberkuloos ja sputumis BK+ esineb veel 5 haigel; andmed puuduvad 2 haige kohta.

Tallinna Tuberkuloosi Haigla ravi tulemusi tuberkuloosse empüeemi kirurgilise ravi puhul või teiste autorite (prof. L. Boguš, Jancek jt.) andmetega võrreldes rahuldavaks pidada.

Siiani oleme kasutanud tuberkuloosse empüeemi raviks torakotoomiat järgneva paljuetapilise radikaalse torakoplastikaga. Pleuropulmektoomiat empüeemi ravis ei ole tehnilistel põhjustel siiani rakendatud.

Paljuetapilist torakoplastikat võib rakendada ka raskete üldseisundiga kurnatud haigete juures, kus radikaalsed operatsioonimeetodid on riskantsed. Selle meetodiga võib saavutada paranemist nii empüeemist kui ka kopsutuberkuloosist, muuta kauapõdenud tuberkuloosihaiged abatsillaarseks ja paljudel juhtudel ka töövõimelisteks.

ÕHKRINDRAVI RAKENDAMISEST VAB. TUBERKULOOSITÕRJE DISPANSERIS

H. Roog

Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanserist.
Peaarst J. Varrik

Vabariiklikus Tuberkuloositõrje Dispanseris rakendati 1948. a. 2068-st arvel olevast aktiivse tuberkuloosiga haigest 1073-le õhkrindravi. Järgnevatel aastatel langes aga arvel olevatele aktiivsete kopsutuberkuloosiga haigetele õhkrindravi juhtude arv pidevalt. Nii oli 1949. a. rakendusprotsent 38, 1950. a. — 22, 1951. a. — 21,6, langedes 1957. aastaks 14,7-le (maksimaalne langus oli 1954. aastal).

Lähtudes lahtist kopsutuberkuloosi põdevatele haigetele õhkrindravi rakendamise analüüsist, saame aga järgmisi näitajaid: 1949. a. rakendati õhkrindravi 68,2%, 1950. a. — 32,7%, 1951. a. — 30,6%, tõustes aga 1957. aastaks 44,5% -le.

Vaadeldes esmastele arvele võetud haigetele õhkrindravi rakendamise näitajaid, selgub, et esmastele arvele võetud aktiivse kopsutuberkuloosi haigetele õhkrinna rakendamine toimub tõusvalt kuni 1955. aastani: 1953. a. — 10,5%, 1954. a. — 14%, 1955. a. — 25% ja siis kuni 1958. aastani, toimub esmaselt arvele võetud haigete ravimine õhkrinnaga langeva tendentsiga, nimelt 1956. a. — 19% ja 1957. a. — 12%.

Analüüsitud 500 haige õhkrindravi juhud jaotuvad vanusgruppide põhjal järgmiselt: kuni 20 eluaastani — 1%, 21—30 a. — 29%, 31—40 a. — 38%, 41—50 a. — 22%, 51—60 a. — 9,6%, 61 a. ja vanemad — 0,4%.

Õhkrindravi rakendamine toimus infiltr. kopsutuberkuloosi vormidel 68% juhtudest, koldelistel vormidel 14,5% juhtudest, dissemineeritud vormidel 14,5% ja fibr. kavernoossetel vormidel 3% juhtudest. Selle juures on infiltr. vormidel rakendatud õhkrindravist lõpetatud efektiivselt 52%, mitteefektiivselt — 16%, koldelistel vormidel efektiivselt — 12%, mitteefektiivselt — 2,5%, dissemineeritud vormidel efektiivselt — 10%, mitteefektiivselt — 4,5%; fibr.kavernoossetel vormidel efektiivselt — 2%, mitteefektiivselt — 1,2%.

Ravi kestuse järgi jagunevad õhkrindravi juhud järgmiselt: õhkrindravi kestus kuni 1 a. — 9,3%, 1—2 a. — 14%, 2—3 a. — 13%, 3—4 a. — 18,5%, 4—5 a. — 22,6%, 5 ja rohkem aastaid — 22,6%. Ravi efektiivsus on seejuures õhkrinna rakendamisel kuni 1 aasta kestusel 3,5%, 1—2 aasta kestusel — 6,2%, 2—3 aasta kestusel — 7,5%, 3—4 aasta kestusel — 15%, 4—5 aasta

kestusel — 18,5%, 5 ja rohkem aastat kestnud õhkrinna ravi — 20%; mitteefektiivselt lõpetatud õhkrindade % on 29,3.

1949.—1957. a. lõpetatud õhkrindade efektiivsuse — mitteefektiivsuse suhe on aastate kaupa järgmine: 1949. a. on efektiivselt lõpetatud 46%, 1950. a. — 32%, 1951. a. — 47%, 1952. a. — 47%, 1953. a. — 59%, 1954. a. — 76%, 1955. a. — 80%, 1956. a. — 77% ja 1957. a. — 85%.

See ülaltoodud õhkrinna efektiivsuse pidev tõus viimastel aastatel on seletatav järgmiselt: 1) haigete parema selektsiooniga õhkrindraviks, s. t. õhkrindravi rakendati selleks näidustatud haigetele; 2) on paranenud õhkrindade korrektsioonoperatsioonide tehnika efektiivsus; 3) antibakteriaalsete preparaatide tarvitusele võtmine tõstis märksa kollapsravi efektiivsust.

1. Õhkrindravi rakendamine aktiivset kopsutuberkuloosi põdevatele haigetele Vabariiklikus Tuberkuloositõrje Dispanseris aastatel 1948—1957 näitab tugevat langemise tendentsi, mis on tingitud haigusjuhtude paremast selektsioonist õhkrindraviks ja antibakteriaalse teraapia positiivsetest tulemustest, mis tingis õhkrindravi vähemat kasutamist.

2. Lahtist kopsutuberkuloosi põdevatele haigetele õhkrindravi rakendamine näitab aga esialgse langemise järel viimastel aastatel tõusvat tendentsi, mis seletub sellega, et enamik lah-tisi vorme on destruktiivsed ja tingivad kollapsteraapia kasutamise vajadust.

3. Õhkrindravi rakendati kõige sagedamini 21—40 a. vanus-tele haigetele kopsutuberkuloosi infiltratiivvormide puhul, mil-lal see oli ka kõige efektiivsem.

4. Enamikku haigusjuhte ravitakse õhkrinnaga 4—5 aasta kestel. Kõige suuremat efektiivsust võib täheldada aga üle 5-aasta kestva ravi puhul.

5. Liitekõrvetusi teostati 55%-l õhkrindadest, korrigeeritud õhkrindadest lõpetati 80% efektiivsetena.

6. Antibakteriaalne teraapia leidis üheaegselt rakendamist 51%-l õhkrindravi juhtudest. 71%-l nendest lõpetati õhkrindravi efektiivsena.

7. Efektiivselt lõpetatud õhkrindravi juhtude arv näitab viimastel aastatel tugevat tõusu, mis on tingitud korrektsioonoperatsioonide täiuslikumast tehnikast ja antibakteriaalse teraapia rakendamisest.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЭССР

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ ФТИЗИАТРОВ

Таллин, 8 и 9 мая 1958 г.

О ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ РАБОТЕ В ЭСТОНСКОЙ ССР

И. И. Варрик

Из Республиканского противотуберкулезного диспансера.
(Главный врач И. И. Варрик)

Неблагоприятные материально-бытовые и моральные условия жизни населения Эстонии до Великой Октябрьской социалистической революции вызвали высокую пораженность населения туберкулезом.

До 1951 года, параллельно с развертыванием и оснащением медицинской сети и противотуберкулезных диспансеров, увеличилось количество первично выявленных больных.

Динамика первично заболевших за 1950—1957 гг. в городах республики выражается в следующих цифрах:

Годы	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957
Число больных	4133	4597	4260	3828	3430	3172	3312	3697

После 1951 года наблюдается уменьшение первичной заболеваемости.

С 1951 по 1955 год число первично диагностированных заболеваний по городам республики уменьшилось на 31%.

Количество бацилловыделителей с 1950 по 1955 год уменьшилось среди первичных больных в городах республики на 59%, в частности в Таллине — на 75,3%.

Несмотря на значительное уменьшение, заболеваемость туберкулезом в нашей республике остается еще высокой. На 10.000 населения городов в 1955 г. заболело всеми формами активного туберкулеза 53 человека, а в городах Украинской ССР заболело за тот же год 25 человек на 10.000 населения.

Заболеваемость могла бы быть значительно ниже, при условии проведения более удовлетворительной профилактической работы. Крайне неудовлетворительно проводится ревак-

цинация детей старших возрастов и подростков. Недостаточно используются флюорографы для профилактических обследований населения.

Численность больных активными формами туберкулеза в республике стала значительно уменьшаться лишь с 1955 года.

На 10.000 населения городов в 1955 году было 229, а в 1957 году — 195 больных активным туберкулезом.

В городах Украинской ССР в 1956 году на 10.000 населения было 103,8 больных активным туберкулезом. В том же году в городах ЭССР было 199 больных на 10.000 населения. Из этих данных видно, что пораженность городского населения в нашей республике почти в 2 раза выше, чем в городах Украины. Однако у нас после 1954 года началось уменьшение больных, состоящих на диспансерном учете, а в Украинской ССР продолжается увеличение количества больных активным туберкулезом. В городах Украины количество туберкулезных больных увеличилось на 13,9%, а в городах Эстонии за тот же период численность больных уменьшилась на 10%.

В 1956 году перестали выделять палочки Коха в городах ЭССР 15,2% больных, а в городах Украины — 13,1%. Перестали выделять палочки Коха в Таллине 21%, в Киеве — 13%. В ЭССР закончили лечение искусственным пневмотораксом с положительным эффектом 25,1%, в УССР — 13,9%. В ЭССР одна легочнохирургическая операция приходится на 7,5, в УССР — на 12,7 больных. Пережигание плевральных тяжей в ЭССР произведено 74,5%, первично наложен искусственный пневмоторакс в УССР 47%. Кроме того, подавляющее большинство больных в последние годы широко пользовались антибактериальной терапией.

Однако лечение туберкулезных больных, именно легочно-туберкулезных больных ведется в нашей республике неудовлетворительно. Состав больных в нашей республике почти не отличается от такого же на Украине. Легочные больные составляют 90,8%, внелегочные 9,2%, костно-суставные больные составляют 3,4% от общего числа больных. В возрастном отношении взрослых больных — 81,2%, подростков — 5,1%, детей — 13,7%. По уточненным данным, в Козеском районе количество активных больных на 10.000 населения составляет 192.

Пока еще ощущается недостаток в санаторных койках для легочных больных, особенно для взрослых, что видно из следующего: на 1 койку в легочном санатории приходилось взрослых 46 больных; подростков — 13; на 1 детскую легоч-

ную койку — 6 больных; на 1 койку для костнотуберкулезных взрослых 20 больных, детей и подростков — 0,8.

Несмотря на еще высокую пораженность населения нашей республики туберкулезом, необходимо добиться, чтобы за 2—3 пятилетки ликвидировать заболеваемость туберкулезом среди нашего населения как частое явление. Имеются все возможности охватить вакцинацией и ревакцинацией все неинфицированные контингенты, выявить инфицированность туберкулезом в стадии виража; проводить профилактическое лечение виражным детям и подросткам. Уже сейчас необходимо ежегодно флюорографически обследовать все население 4 городов республиканского подчинения, имеется возможность легочнохирургического лечения всех показанных больных, а также длительного антибактериального лечения вновь выявляемых больных, необходимо эффективнее использовать санаторные койки для длительного лечения излечимых больных до стойкого выздоровления.

Для более быстрой ликвидации туберкулеза в нашей республике необходимо:

1. Дальнейшее улучшение оснащенности противотуберкулезных диспансеров, укомплектовать врачами-фтизиатрами все туберкулезные кабинеты районных больниц, организовать при всех диспансерах детские отделения.

2. В 1958 году охватить вакцинированием и ревакцинированием полностью всех детей дошкольного возраста и подростков.

3. В ближайшие годы предусмотреть строительство туберкулезных больниц на 500 коек и легкнотуберкулезных санаториев на 500 коек для взрослых, подростков и детей.

4. Реорганизовать для профилактического лечения виражных детей санаторные круглосуточные ясли и детские сады.

О ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ БОРЬБЕ В ГОРОДЕ ВЫРУ И ЕГО РАЙОНЕ НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА ВЫРУСКОГО РАЙОНА ЭССР

Э. Конго

Из Вырусского противотуберкулезного диспансера
(Главный врач Э. Конго)

Вырусский противотуберкулезный диспансер обслуживает, кроме города Выру и Вырусского района, и Вастселийнаский район, а до конца 1957 г. обслуживал районы Пылыва и Ряпина. С 1957 г. в этих районах открыты противотуберкулезные кабинеты, при этом Вырусский противотуберкулезный диспансер оказывает им консультативную и специализированную стационарную помощь.

При рассмотрении данных за 1951—1957 гг. выясняется, что заболеваемость активным легочным туберкулезом среди сельского населения до 1954 г. не имела тенденции к снижению, а в последующие годы — отмечалось ее постоянное снижение. Так, в 1957 г. взято на учет в 2 раза меньше активных легочнотуберкулезных больных среди сельского населения Вырусского района, чем в 1954 г. Постоянно снижается также число бацилловыделителей и первичных запущенных форм.

В 1957 г. больных открытой формой туберкулеза выявили в 3, а запущенных форм в 4 раза меньше, чем в 1951 г. С этого года в г. Выру заболеваемость активным легочным туберкулезом постоянно снижается. В 1957 г. больных активными формами легочного туберкулеза выявлено в среднем до 30%.

Количество первичных бациллярных больных снизилось в 1957 г., по сравнению с 1951 г., в 8 раз.

Заболеваемость активным туберкулезом снизилась как в городе, так и на селе больше всего среди детей. Так например, снизилась заболеваемость в г. Выру в 1957 г., по сравнению с 1956 г., в общем на 33%, причем среди взрослых — на 27%, среди подростков — на 10%, среди детей — на 48%. Такое же положение и среди сельского населения.

С каждым годом наблюдается уменьшение запущенных и далеко зашедших форм среди первично выявленных и увеличение числа очаговых форм и первичного туберкулеза, особенно среди городского населения. Так, в течение 1957 г. у детей и подростков не выявлено ни одного случая милиарного туберкулеза и туберкулезного менингита. Значительно уменьшается

с каждым годом заболеваемость внелегочными формами туберкулеза.

В то время как заболеваемость туберкулезом постоянно снижается, число выздоравливающих от этого заболевания с каждым годом увеличивается. В связи с этим, начиная с 1955 г. снижается и общее число туберкулезных больных, состоящих на учете. Так, например, в г. Выру в 1957 г. осталось на учете туберкулезных больных на 15% меньше, чем в 1956 г., при этом количество бациллярных больных снизилось на 20%. Снижается заболеваемость и среди контактных.

До 1954 г. количество умерших больных среди сельского населения было в 2 раза больше, чем среди городского. С 1954 г. же наблюдается постоянное снижение летальности среди сельского населения, а в 1957 г. она снизилась до уровня летальности в городах.

В 1957 г. на 10.000 населения умерло 4,3 туберкулезных больных на селе и 4 в городе. В г. Выру длительное время летальность держится в пределах 3—4 на 10.000 населения.

Смертных случаев среди детей и подростков в течение двух лет не было.

В Выруском противотуберкулезном диспансере применяются современные методы лечения, а с 1956 г. производят в необходимых случаях большие хирургические операции (торакопластика и экстраплевральный пневмолиз). У всех пневмотораксных больных в показанных случаях производят корригирующие операции. При этом эффективные результаты от торакокаустики имелись в 70—80% случаев. Количество пневмотораксных больных за последние годы резко снижается.

Дополнительно к прикрепленным контингентам профилактически осмотрены в течение последних лет все учащиеся района, при этом наблюдается постоянное снижение числа выявленных активных форм туберкулеза среди учащихся (в 1955 г. — 0,5%, в 1957 г. — 0,2%).

О ХОДЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРИВИВОК В ИЫХВИСКОМ РАЙОНЕ ЭСТОНСКОЙ ССР

И. Данилова

Из Иыхвиского противотуберкулезного диспансера
(Главный врач И. Данилова)

В Иыхвиском районе республики за период 1953—1957 гг. отмечены следующие положительные сдвиги в борьбе с туберкулезом:

1. Снизилась первичная заболеваемость туберкулезом на 60,8%.

2. Количество больных активной формой туберкулеза снизилось на 31,7%.

Систематическая противотуберкулезная вакцинация всех новорожденных проводится в родильных отделениях Йыхвиского района с 1949 г.

С 1952 г. имеется тесный контакт родильных отделений с детскими кабинетами, и все невакцинированные в родильных отделениях дети вакцинируются детскими кабинетами.

В 1953 году впервые стала проводиться вакцинация учащихся. Все дети школьного возраста в районе получили ревакцинацию вакциной БЦЖ к 1958 г.

В городе Йыхви, в поселке Вийвиконна, в сельских врачебных участках Куремяэ, Ийсаку, Мязтагузе, Васьк-Нарва и Тойла ревакцинировано 888 детей 2—5-летнего возраста, что составляет 83,3% контингента всей этой возрастной группы.

В первом полугодии 1958 года будет проведена вакцинация всех рабочих в возрасте до 30 лет. Таким образом, в 1958 году вся основная работа по противотуберкулезной вакцинации в Йыхвиском районе будет закончена.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КОЗЕСКОГО РАЙОНА НА ИНФИЦИРОВАННОСТЬ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

А. Йыги, Х. Пуллисаар

Из Республиканского противотуберкулезного диспансера
(Главный врач И. Варрик)

Чтобы получить представление об инфицированности и заболеваемости туберкулезом населения северных районов Эстонии, Республиканским противотуберкулезным диспансером летом 1957 г. было проведено комплексное обследование населения Козеского района в отношении туберкулеза. Конкретным заданием было:

1. Выяснить инфицированность населения Козеского района туберкулезом.

2. Выявить тех туберкулезных больных, которые ранее не были зарегистрированы.

3. Провести в показанных случаях противотуберкулезную вакцинацию населения в возрасте до 30 лет.

Для выполнения этих мероприятий была сформирована

бригада из медицинских работников, которой надлежало провести среди населения врачебный осмотр, произвести туберкулиновую реакцию Пиркета и через 48 часов проверить ее результат, провести рентгено-флюорографическое исследование и в показанных случаях — противотуберкулезную вакцинацию населения.

Для выявления инфицированных туберкулезом произведено было туберкулиновых реакций в 8263 случаях. Окончательные данные имеются только относительно 7722 человек. Из этого числа туберкулиновая проба оказалась положительной у 4515 человек (58,5%); у детей до 3 лет — в 7,2% случаев и у детей от 4 до 7 лет — 8,2%; у возрастной группы 8—14 лет — 26,8% и у старших достигла максимума у возрастной группы 31—40 лет — 82,2%.

Начиная с 40 лет процент положительных туберкулиновых проб до некоторой степени снижается, достигая 67,7 у возрастной группы старше 60 лет.

Полученные положительные результаты туберкулиновых проб нельзя использовать как показатель инфицированности, это лишь приближенный показатель. В действительности же инфицированность должна быть выше приведенных цифр, так как, хотя бы в нескольких случаях, первоначально давших отрицательный результат, повторная туберкулиновая реакция Пиркета и дополнительная реакция Манту показали бы положительный результат и тем самым дали бы основание для установления инфицированности, особенно в старших возрастных группах.

Противотуберкулезная вакцинация проведена была в 1764 случаях, из них 1757 до 30-летнего возраста и 7 — старше 30 лет. В возрасте до 30 лет явились на исследование всего 3560. Из них у 2207 реакция Пиркета оказалась отрицательной.

При массовой противотуберкулезной вакцинации удалось вакцинировать 25% сельского населения, что следует ориентировочно учитывать при составлении плана массовой противотуберкулезной вакцинации среди сельского населения.

Рентгено-флюорографические исследования были проведены в 8063 случаях, из них 197 больных направлены для дополнительного рентгенологического и клинического исследования в Противотуберкулезный диспансер.

В результате в 28 случаях был обнаружен активный туберкулез легких, из них 9 — выделяющих туберкулезные бактерии.

О ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ НАСЕЛЕНИЯ ТАЛЛИНА НА ТУБЕРКУЛЕЗ

И. Л. Бугаков, Э. И. Калев и Э. Ю. Сейбе

Из Республиканского противотуберкулезного диспансера
(Главный врач И. В а р р и к)

1. Стационарным флюорографическим кабинетом Республиканского противотуберкулезного диспансера обследовано за 1952—1957 годы — 212420 человек. Выявлено активных форм туберкулеза легких у 1556 (0,73%). Из них бациллярных больных отмечено было 160 (10,3%).

2. За этот же период стационарным флюорографическим кабинетом Таллинской II городской больницы обследовано было 150.922 человека. Количество выявленных поликлиникой активных форм туберкулеза легких до 1955 г. неизвестно, а за 1955—1957 годы выявлено активных форм 0,15%, то есть в 5 раз меньше выявленных Республиканским противотуберкулезным диспансером.

3. Из выявленных стационарным флюорографическим кабинетом Республиканского противотуберкулезного диспансера бациллярных больных среди учащихся — 99,9% подростки, а не дети, что соответствует данным детского отделения этого диспансера.

4. Массовое обследование призывников целесообразнее проводить в отделении диспансера, а не в флюорографическом кабинете, так как всем призывникам необходимо проводить комплексное клинико-рентгенологическое и лабораторное обследования, чтобы не допустить в армейский коллектив больных даже с начальными формами туберкулеза легких или других органов.

5. Обследование больных, направленных в 1952 г. из стационарного флюорографического кабинета в диспансер на учет и для лечения, показало, что в течение последующих 5 лет:

а) у 11,8% из них процесс перешел в активную форму, а у 8,9% прогрессировал,

б) 13% больных оказались впервые бациллярными, а 3% умерло от туберкулеза,

в) в 14,9% случаев был наложен лечебный пневмоторакс,

г) 34,3% больных направлены в санатории,

д) лишь 19,5% взятых на контроль больных с неактивными формами туберкулеза легких сняты с учета.

Эти данные свидетельствуют о том, что выявленные при флюорографическом обследовании туберкулезные больные

нуждаются в особом наблюдении со стороны участковых врачей-фтизиатров, так как при этом нередко наблюдается прогрессирование процесса.

6. Общее руководство флюорографическими обследованиями, независимо от принадлежности кабинетов, а также регулирование работы и контроль по выявлению ранних форм туберкулеза легких было бы целесообразно возложить на Республиканский противотуберкулезный диспансер.

ОПЫТ РАБОТЫ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ПОДРОСТКОВОГО ТУБЕРКУЛЕЗНОГО САНАТОРИЯ «СЕЛИ» ЗА ДВУХЛЕТНИЙ ПЕРИОД

Г. Сарв

Из Республиканского подросткового туберкулезного санатория «Сели»
(Главный врач Г. Сарв)

В течение 1956/57 гг. в санатории «Сели» на лечении находилось 442 подростка с разными туберкулезными формами: первичными, вторичными и в единичных случаях с прогрессирующими фиброзно-кавернозными процессами. Первичный туберкулез встречался реже (у $\frac{1}{5}$ находившихся на лечении). Среди первичных и вторичных форм преобладали инфильтративные, ограниченно-очаговые и хронические диссеминированные формы, в большинстве — своевременно выявленные ограниченные процессы. Распад определялся реже (до 8%).

В большинстве случаев, даже с кавернозными процессами, у подростков замечалось мало субъективных жалоб, отсутствие кашля и выделения мокроты.

Гигиено-диететический режим в условиях санатория является лучшим десенсибилизирующим средством и стимулирует защитные силы организма. Санаторный режим подразделен на 4 группы, начиная с абсолютного постельного режима в период вспышки туберкулеза и кончая тренировочным режимом в период выздоровления.

Одновременно с гигиено-диететическим режимом широко применялись антибиотики, проводилось длительное комбинированное лечение. Свежевыявленные процессы у подростков нуждаются в проведении длительных курсов антибактериальными препаратами для получения более стойких результатов лечения и предотвращения рецидивов.

У подростков было около 22% эффективных, без дополни-

тельной операции, пневмотораксов (больше, чем у взрослых); около 69% стали эффективными после дополнительной операции, а в 10% случаев эффективность была сомнительной.

В 1957 г. в экстраплевральном пневмолизе нуждались 6 больных, которых и направили через туберкулезный диспансер на хирургическое лечение.

Для аэротерапии имеются веранды, но они максимально не используются из-за недостаточного количества шезлонгов.

Для подростков широко применялась лечебная гимнастика, проводились спортивные игры, зимний спорт и туристские походы (пешеходные прогулки).

В период роста организма большое значение имеет богатая и разнообразная пища. Улучшение снабжения, увеличение количества молока и мяса с подсобного хозяйства санатория способствовали улучшению питания; пища витаминизируется.

Особое значение имеет воспитательная работа среди подростков.

Необходимо планировать учебно-воспитательную работу, ибо в настоящее время ее проводят индивидуально и в кружках. Среди молодежи проводится идеологическая и санитарно-просветительная воспитательная работа.

Санаторий располагает 2 телевизорами, разными видами игр, организуются кружки и вечера самодеятельности.

Для более стойких результатов лечения необходимо удлинить срок пребывания подростков в санатории от 6 мес. до 1 года.

О СРАВНИТЕЛЬНОЙ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЛЕГОЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Ф. Я. Ленн

проф., доктор мед. наук, засл. деятель наук ЭССР

Из кафедры инфекционных болезней и дерматологии Тартуского государственного университета

1. Выздоровляющих от легочного туберкулеза, прежде чем признать их не выделяющими бактерий, необходимо тщательно обследовать.

2. При сборе материала для диагностического исследования больных легочным туберкулезом имеет преимущество метод провокации экспекторации вдыханием аэрозоля, по сравнению с применением промывных вод бронхов и содержимого желудка натошак, ввиду того, что он меньше беспокоит больных и дает сравнительно лучшие результаты.

3. Исследование центрифугата хорошо разжиженного экспектората не дает худших результатов по сравнению с флотационным методом.

4. Метод заражения яичка морской свинки имеет диагностическое преимущество перед методом культивирования туберкулезных палочек. Он дает возможность обнаружить туберкулезные микобактерии в материале, который содержит их в незначительном количестве, начиная с пятого дня инфицирования.

О ВЫРАЩИВАНИИ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МИКОБАКТЕРИИ В КУРИНОМ ЗАРОДЫШЕ

С. Лаанес,
доцент

Из кафедры инфекционных болезней и дерматологии Тартуского государственного университета

(Зав. кафедрой засл. деятель наук ЭССР, проф., доктор мед. наук
Ф. Я. Лепп)

В литературе нет общепринятого мнения о целесообразности применения куриных зародышей в качестве питательного субстрата для выращивания туберкулезных микобактерий и выделения их из патологического материала. Задачей работы было — обнаружение туберкулезных микобактерий при помощи бактериологических методов исследования в куриных зародышах, зараженных культурой туберкулезных микобактерий или патологическим материалом.

Куриные зародыши были заражены штаммом *Mycobacterium tuberculosis var. hominis H37Rv* в дозах от 10^{-1} мг до 10^{-10} мг и при помощи различных патологических материалов по хорионаллантоисному методу или в желточный мешок.

Наличие туберкулезных микобактерий определялось в препаратах-мазках, приготовленных из хорионаллантоисной мембраны, и в препаратах, сделанных методом флотации из того же материала.

В препаратах, изготовленных флотационным способом, туберкулезные микобактерии были обнаружены в хорионаллантоисной мембране на третий день после заражения дозой, равной 10^{-7} мг.

При заражении зародышей в желточный мешок 10^{-5} мг туберкулезных микобактерий, их можно было обнаружить на яичной питательной среде на 15 день.

Всего было исследовано 15 патологических материалов: из

них в семи случаях туберкулезные микобактерии были обнаружены на третий день. Эти микобактерии выявлены были всего в 10 случаях, тогда как при бактериоскопическом исследовании их можно было обнаружить только в 2 случаях, а при бактериологическом — в одном.

К ВОПРОСУ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПАЛОЧЕК В МОКРОТЕ БОЛЬНЫХ

Л. Э. Яннус,

младший научный сотрудник

Из Института экспериментальной и клинической медицины
Академии наук ЭССР

(Директор — канд. мед. наук П. А. Боговский)

1. За последнее время в связи с широким применением антибактериальных средств при лечении туберкулеза определение лекарственной устойчивости туберкулезных микобактерий приобретает все большее значение.

2. В Таллинской туберкулезной больнице была обследована на лекарственную устойчивость мокрота 41 больного с формами фиброзно-кавернозного и диссеминированного туберкулеза легких.

3. Все больные, кроме одного, лечились до определения лекарственной устойчивости различными антибактериальными средствами в соответствующих количествах (стрептомицин, фтивазид, изониазид, ПАСК и др.). Лекарственная устойчивость микобактерий была определена в отношении трех антибактериальных средств — стрептомицина, фтивазида и ПАСК.

4. Из всех выделенных штаммов микобактерий туберкулеза 18 оказались стрептомициночувствительными, 8 фтивазидочувствительными и 26 ПАСК-чувствительными.

Устойчивость микобактерий к стрептомицину была отмечена у 22 больных, к фтивазиду — у 31 больного и к ПАСК — у 13 больных.

5. У одного больного, который до определения лекарственной устойчивости не получал антибактериальной терапии, был выделен штамм микобактерий туберкулеза, устойчивый ко всем трем антибактериальным средствам.

Всего была определена тройная устойчивость у 6 и двойная — у 18 больных.

6. Для более успешного применения лекарственных средств необходимо организовать определение лекарственной устой-

чивости микобактерий в каждом туберкулезном учреждении, причем этот метод исследования необходимо проводить у всех больных не только в процессе лечения, но также до начала и по окончании лечения.

7. Важное место в предупреждении и задержке развития лекарственноустойчивых микобактерий туберкулеза занимает комбинированная антибактериальная терапия в комплексе с гормональными и витаминными препаратами.

О ПРИМЕНЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГОЧНОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ БОЛЬНЫХ В ЭСТОНСКОЙ ССР

Ю. А. Эннуло,

доктор мед. наук

Из Института экспериментальной и клинической медицины

Академии наук ЭССР

(Директор — канд. мед. наук П. А. Боговский)

1. За последние 10 лет хирургическое лечение стало неотъемлемой частью в комплексном лечении многих легочно-туберкулезных заболеваний.

2. Хирургическое лечение является только одним из звеньев в процессе лечения легочнотуберкулезных больных. Гигиенический режим, общеукрепляющая, антибактериальная, витаминно- и гормонотерапия должны проводиться перед каждой операцией и в течение нескольких месяцев после нее.

3. Фтизиохирургу недостаточно владеть хорошей оперативной техникой, он должен еще уметь правильно оценивать общее состояние туберкулезного больного, в особенности при двухстороннем поражении легких. Перед тем как предпринять операцию необходимо консультировать больных у квалифицированного фтизиатра.

4. В Эстонской ССР фтизиохирургические методы лечения применяются широко. Количество произведенных операций по отношению к зарегистрированным туберкулезным больным оказалось больше, чем в других союзных республиках. Так, в Украинской ССР, которую считают в Советском Союзе активной в применении хирургического лечения легочнотуберкулезных больных, в 1956 году была произведена одна операция на каждые 12,7 больных, между тем как в Эстонской ССР за тот же год применялась одна такая операция на каждые 7,5 больных.

5. Хотя в Эстонской ССР хирургические методы лечения ле-

гочнотуберкулезных больных применяются весьма активно и положительный эффект лечения в некоторых туберкулезных учреждениях превышает 80% всех случаев, кадрам фтизиохирургов все же необходимо повышать свою квалификацию. Некоторым хирургам следует переключиться на анестезиологию.

6. Проведение хирургического лечения легочнотуберкулезных больных должно быть своевременным. Недопустимо консервативно лечить болеющих кавернозным туберкулезом на протяжении ряда лет.

7. В Эстонской ССР необходимо увеличить количество экономных (сегментарных) резекций легких, в связи с чем следует внедрять сегментарную бронхографию как диагностический метод.

8. В нашей республике необходимо: а) создать широкие возможности для определения резистентности туберкулезных бактерий к противотуберкулезным средствам, б) улучшить снабжение операционных блоков в туберкулезных учреждениях современной аппаратурой и инструментарием.

О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЭМПИЕМОЙ ПО ДАННЫМ ТАЛЛИНСКОЙ ГОРОДСКОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ БОЛЬНИЦЫ ЗА 1951—1957 ГОДЫ

Э. К. Кама

Из Таллинской городской туберкулезной больницы
(Главный врач Л. Н. Осьминина)

Туберкулезная эмпиема является серьезной complication при туберкулезе, в частности при туберкулезе легких.

Хотя, в связи с применением антибактериальной терапии, количество эмпием уменьшилось, вопрос о лечении их является еще актуальным.

По имеющимся данным, консервативное лечение больных с хроническими туберкулезными эмпиемами и с наличием бронхиальных свищей мало эффективно.

Из хирургических методов лечения туберкулезной эмпиемы в настоящее время применяются: торакотомия, тампонада полости эмпиемы по Вишневному, торакопластика и плеврэктомия с резекцией пораженного легкого.

В Таллинской городской туберкулезной больнице за 1951—1957 годы больных с туберкулезной эмпиемой оперировано 77,

из них 61 больной с эмпиемой интра- или экстраплевральной полости и 16 больных — с эмпиемами остаточной полости после резекции легкого.

Проанализированы результаты лечения туберкулезных больных: 52 с интра- и 9 с экстраплевральными эмпиемами. У них туберкулезная эмпиема сопутствовала туберкулезному процессу в легких.

У 52 больных клинически отмечался бронхиальный, у 4 — торакальный и у 1 — бронхо-торакальный свищ.

Все больные подвергались операциям после длительного консервативного лечения.

При проведении оперативного лечения применялась главным образом методика Л. К. Богуша — многоэтапная торакопластика с предшествующим широким вскрытием полости плевры и санацией тампонами по Вишневскому.

В 7 случаях для закрытия бронхиального свища и остаточной полости после проведенной многоэтапной торакопластики проводили плеврэктомию и трансплантацию кожно-мышечного лоскута на ножке.

В послеоперационный период, после торакотомии в связи с обострением туберкулезного процесса и прогрессированием амилоидоза внутренних органов, умерли 2 больных; после торакопластики — 4 больных (пневмония, эмболия артерии мозга, амилоидоз).

В комплексе лечения широко применялись антибактериальная терапия, частые переливания крови, витаминотерапия и т. д.

В результате оперативного лечения ликвидированы эмпиема и туберкулезный процесс в легком в 44 случаях (72%). У 11 больных остались незначительные остаточные полости и периодически вскрывающиеся торакальные свищи, из которых отмечались скудные выделения. У 7 из этой категории больных палочек Коха в мокроте не оказалось.

У большинства оперированных больных в первое время после многоэтапных операций отмечалось снижение веса тела, а также уменьшение показателей внешнего дыхания, но затем общее состояние больных значительно улучшалось, увеличивалась дыхательная емкость легких. Во многих случаях амилоидоз не прогрессировал, а в иных — даже регрессировал.

Отдаленные результаты хирургического лечения:

Из 61 оперированного больного в послеоперационный период и более отдаленные сроки умерло 9 больных; клиниче-

ски здоровы 37 человек; значительное улучшение, но с периодически открывающимися торакальными свищами наблюдалось у 8 больных; имеют туберкулез легких и палочки Коха — 5, а о двух больных нет данных.

Результаты лечения туберкулезной эмпиемы в Таллинской городской туберкулезной больнице, сравнительно с данными авторов (Богуш, Яньчек и др.), можно считать удовлетворительными.

До настоящего времени при лечении туберкулезной эмпиемы в этой больнице применяется торакотомия с последующей многоэтапной радикальной торакопластикой. Плеврэктомия с резекцией пораженного легкого до сих пор не применялась по техническим причинам.

Многоэтапная торакопластика может применяться у истощенных больных с туберкулезной эмпиемой, где радикальные операции рискованы. Этим методом можно вылечить не только эмпиему, но и хронический туберкулез легких, и во многих случаях восстановить трудоспособность больных эмпиемой.

О РЕЗУЛЬТАТАХ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПНЕВМОТОРАКСА В РЕСПУБЛИКАНСКОМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ ДИСПАНСЕРЕ ЭСТОНСКОЙ ССР

Х. Поор

Из Республиканского противотуберкулезного диспансера
(Главный врач И. И. Варрик)

Из 2068 больных активным туберкулезом легких, состоявших на учете в 1948 году в Республиканском противотуберкулезном диспансере, 1073 пользовались лечебным пневмотораксом. В последующие годы отмечается постоянное снижение применения его к больным активным туберкулезом легких; так, в 1949 г. — процент применения лечебного пневмоторакса был 38, в 1950 г. — 22, в 1951 г. — 21,6, снизившийся к 1957 г. до 14,7 (максимальное снижение в 1954 г. — 13,5%).

Анализируя случаи применения лечебного пневмоторакса к туберкулезным больным открытой формы, выявились следующие показатели: в 1949 г. применялся лечебный пневмоторакс в 68,2% случаев, в 1950 г. — 32,7%, в 1951 — 30,6%, увеличиваясь к 1957 г. до 44,5%.

Применение лечебного пневмоторакса к первично выявленным больным активными формами туберкулеза легких имеет тенденцию к увеличению; так, в 1953 г. процент применения был 10,5, в 1954 г. — 14, в 1955 г. — 25, а дальше, к 1958 году отмечается уменьшение применения искусственного пневмоторакса; так, в 1956 г. — 19% и в 1957 г. — 12%.

500 случаев применения лечебного пневмоторакса по возрастным группам распределяются следующим образом: до 20-летнего возраста 1%, от 21 до 30 лет — 29%, от 31 до 40 лет — 38%, от 41 до 50 лет — 22%, от 51 до 60 лет — 9,6%, 61 г. и старше — 0,4%.

Лечебный пневмоторакс применялся при инфильтративных формах туберкулеза легких в 68% случаев, при очаговом туберкулезе — в 14,5%, при диссеминированном — в 14,5% и при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких — в 3%.

Эффективность применения лечебного пневмоторакса выражается в следующих процентуальных отношениях: при инфильтративных формах эффективно закончено 52%, неэффективно — 16%; при очаговых формах — соответственно 12% и 2,5%; при диссеминированных формах эффективно 10%, неэффективно — 4,5% и при фиброзно-кавернозном туберкулезе — соответственно 2% и 1% от общего количества случаев лечебного пневмоторакса (500).

По длительности применения лечебного пневмоторакса случаи распределяются таким образом: до 1 года — 9,3%, от 1 до 2 лет — 14%, от 2 до 3 лет — 13%, от 3 до 4 лет — 18,5%, от 4 до 5 лет — 22,6%, от 5 и свыше лет — 22,6%.

При этом эффективность лечения в 500 случаях следующая: при применении лечебного пневмоторакса до 1 года закончены эффективными — 3,5%, от 1 до 2 лет — 6,2%, от 2 до 3 лет — 7,5%, от 3 до 4 лет — 15%, от 4 до 5 лет — 18,5%, от 5 и более лет — закончены эффективными 20%; неэффективными 29,3% случаев.

С 1949 по 1957 год результаты лечения пневмотораксом выражаются в следующих процентуальных отношениях: в 1949 г. эффективно закончены 46%, в 1950 г. — 32%, в 1951 г. — 47%, в 1952 г. — 47%, в 1953 г. — 59%, в 1954 г. — 76%, в 1955 г. — 80%, в 1956 г. — 77% и в 1957 г. — 85%.

Повышение количества эффективно законченных пневмотораксов достигнуто в результате: 1) улучшения отбора больных для применения лечебного пневмоторакса, т. е. пневмоторакс применялся в показанных случаях, 2) совершенствования тех-

ники корректирующих операций, 3) применения антибактериальных средств.

1. Применение лечебного пневмоторакса к больным активным туберкулезом легких в Республиканском противотуберкулезном диспансере за 1948—1957 годы показывает тенденцию к резкому снижению. Это обусловлено лучшим отбором больных к пневмотораксному лечению и положительными результатами антибактериального лечения, что в свою очередь вызвало уменьшение случаев применения лечебного пневмоторакса.

2. Применение лечебного пневмоторакса к больным открытыми формами легочного туберкулеза после начального снижения показывает за последние годы тенденцию к увеличению. Это объясняется тем, что большинство открытых форм является деструктивными и обуславливают этим применение коллапсотерапии.

3. Лечебный пневмоторакс применялся в большинстве случаев к больным в возрасте от 21 до 40 лет и чаще всего при инфильтративных формах туберкулеза легких, при которых он оказывался наиболее эффективным.

4. По длительности применения лечебного пневмоторакса большая часть случаев приходится на 4—5-летний срок, но еще бóльшая эффективность отмечается при применении его сроком 5 и более лет.

5. Операция Якобеуса применялась в среднем в 55% случаев лечебного пневмоторакса; скорректированные пневмотораксы в 80% случаев закончены как эффективные.

6. Антибактериальная терапия одновременно применялась в 51% случаев лечебного пневмоторакса, 71% лечившихся антибактериальными средствами были закончены как эффективные.

7. За последние годы резко увеличилось количество случаев эффективно законченных лечебных пневмотораксов. Это объясняется более совершенной техникой корректирующих операций и применением антибактериальной терапии.

Toimetaja J. Ennulo.

Korrektorid: P. Rattus ja A. Kaplan.

Ladumisele antud 17. IV 1958. Trükkimisele
antud 30. IV 1958. Paber 60×84, $\frac{1}{16}$. Trüki-
arv 500. Trükipoognaid 2,5. Tellimise nr. 1315.
MB-03716. Trükikoda «Ühiselu», Tallinn,
Pikk 40/42.

На эстонском и русском языках

Tasuta/Бесплатно

Tasuta
Бесплатно

A-24629

TÜ RAAMATUKOGU



1 0300 00463906 0