



ISSN 0134—2320

annus. 27
TRÜ muba. fil.
TARTU ÜLİKOOI DE EESTI

TERVISI HOID



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

4. 1980

ÜLEVAATEARTIKKEL

on just see, mis annab spetsialistile kõige laialdasemat informatsiooni teda huvitava probleemi kohta.

KAS TEATE,

et ülemaailmse meditsiinibibliograafia

«INDEX MEDICUS»

igas numbris on eraldi välja toodud ülevaateartiklite nimestik — «Bibliography of Medical Reviews». Siit leiate iga märksõna alt tarvisminevad artiklid.

Teatmeteost «Index Medicus» saab kasutada Riiklikus Teaduslikus Meditsiiniraamatukogus, TA Teaduslikus Raamatukogus ja TRÜ Teaduslikus Raamatukogus.

SISU

L. Allikmets — TRÜ arstiteaduskond aastail 1940...1980	243	L. Schotter, A. Panov — Originaalse oftalmoodoskoobi kasutamine silmaslase vöörkeha eemaldamiseks	290	
TEORIA JA PRAKTIKA				
A. Leimann, P. Nuiamäe, V. Poljanski — Koldeväline osteosüntees luumurdude ravis	247	KAADRI ETTEVALMISTAMINE		
M. Roosaare — Radikuliidihäigete muda- ja balneoravile saatmine	249	N. Loogna — Tervishoiuülikooli tööhügieeni- ja kutsehaigusteosakond	292	
J. Eha, A. Leissoo, E. Altraja, O. Luha — Südamekodade ajutine elektrostimulatsioon koormustestina südame isheemiatöve diagnoosimisel	251	ABIKS VELKRITELE JA ÖDEDELE		
V. Rätsep — Embrüonaalantigeenide kasutamise võimalused	254	E. Mesimaa — Eosinofiilne infiltraat	293	
T. Pokk, L. Pokk — Pahaloomulised mitmikkasvajad	258	ARSTITEADUSE AJALOOST		
L. Luts, A. Paškov — Morgagni-Stewart-Moreli sündroomi diagnoosimine	260	A. Kõöp — 30 aastat Tallinna Vabariikliku Haigla traumatoloogiasakonda	295	
I. Kalits, U. Leisner — Lapse sünnikaal ja sünnituste arv suhkur-töve riskitegurina	263	KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED		
S. Tamm, T. Olm, R. Mardi, K. Kutsar, L. Kook, J. Männiste, A. Vares, J. Ennulo — Üliõpilaste vereringesüsteemi funktsiooni hälbet õppeaja vältel	266	V. Laos — Eesti NSV meditsiinitöötajate vabariiklik konverents «Nõukogude meditsiinitöötaja kohusest ühiskonnas»	297	
FILOSOOFIA JA MEDITSIIIN				
S. Koppel — Tervis kui vajadus ja väärtus	268	H. Kolle — Vastastikuse Majandusabi Nõukogu liikmesriikide ekspertide vähiepidemioloogia alane nõupidamine ja metodiline seminar	298	
ÜLEVAATED				
R. Zupping — Häigete ravimidistsipliin	274	R. Birkenfeldt — Konverents teemal «Nüüdisaegse polikliiniku probleemid»	299	
R. Teesalu — Südame väljutuseelse perioodi ja vasaku vatsakese väljutusaja suhe vasaku vatsakese funktsiooni hindamise vahendina	276	N. Elstein — Eesti NSV ja Ungari RV teadlaste sümposium	300	
R. Silla, S. Umanski — Hälguseelset seisundid	277	R. Looga — TRÜ arstiteaduskonna teaduslik konverents «Arstiteaduskond tervishoiule»	301	
TERVISHOIUTÖÖ KOIRRALDUS				
V. Ilmoja — Ideelis-poliitilise ja tööalase kasvatus mõju tervishoiuasutuste töö efektiivsusele	281	V. Kalnin — XII Baltimaade teaduse ajaloo konverents	302	
KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA				
M. Lintsi, E.-A. Kõiv, V. Korrovits, M. Talur — Äge septiline endokardit	283	MEIE JUUBILARE	303	
L. Praks, A. Vapra — Sjögreni sündroom	285	Fjodor Komarov, Feliks Raudkepp, Maria Epler, Joosep Beltšikov, Leo Pái, Helga Lenzner, Ants Haavel, Naomi Loogna, Vello Ilmoja		
M.-A. Riikjärvi, P.-H. Loit, A. Kung — Bronhokartsinoidi juht lapseas	286	MEDITSIIINITEHNIKA	306	
J. Karusoo, K. Sairapuu — Kaasasündinud bronhiolektaasia juht	288	P. Nuiamäe — Säareлуу distaalotsa eesmise ja tagumise serva luufragmendi reponaator	306	
OUAESTIONES LINGVAE ESTONICAE IN MEDICINA				
E. Kindlam — Organismi C-vitamiini-vajadusest ja A-vitamiini hulgast vereseerumis				307
UUSI RAVIMEID				
A. Jürison — Oraasi graanulid				309
KROONIKA				310
Artiklite venekeelsed resümeed				314
Artiklite ingliskeelsed resümeed				318

NB

«Nõukogude Eesti Tervishoid»

ilmub 6 korda aastas. Tellimishind aastaks 2 rbl. 40 kop., poolaastaks 1 rbl. 20 kop. Tellimusi võtavad vastu «Ajakirjanduslevi» osakonnad ja kõik sidekontorid. Tellimusi järgmiseks aastaks võetakse vastu 1. novembrini, II poolaastaks 15. juunini. Tellimusi välismaale saab vormistada aadressil Москва Г 200, «Международная книга».

Toimetuse kolleegium

L. Allikmets, P. Bogovski, N. Elstein, K. Gross, L. Keres, I. Laan, V. Laos (peatoimetaja asetäitja), E. Raudam, J. Saarma, U. Sibul, M. Sikk, O. Tamm (peatoimetaja).

Toimetuse nõukogu

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

Korrektor L. Art. Tehniline toimetaja H. Abel. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19, Kallaku 3. Tel. 444-370. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pikk 73, tel. 601-337. Ladumisele antud 11. VI 1980. Trükkimisele antud 29. VII 1980. Trükiarv 5900. Ofsetpaber nr. 1, 70×100/16. Trükipoognaid 5,0. Tingtrükipoognaid 6,5. Arvestuspoognaid 8,66. Tell. nr. 2168. MB-06391. ЕКР Keskkomitee Kirjastuse trükikoda, Tallinn, Pärnu mnt. 67-a.

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

© Kirjastus «Perioodika».
«Nõukogude Eesti Tervishoid»

Käsikirjad esitatakse toimetusele kahes eksemplaris masinakirjas. Tekst lehe ühel küljel, ridade vahe kaks intervalli, leheküljel 30 rida, reas 60 täheruumi. Töö peab olema aktuaalne ja vastama tänapäeva teaduse tasemele. Artikkel koosnegu pealkirjastatud osadest: sissejuhatus ja töö eesmärk, uurimismaterjal ja -meetodid, tulemused, arutelud, kokkuvõte ja järeldused. Käsikiri peab olema keelelt korrektne, terminid, valemid, mõõtühikud, tsitaadid, nimed, initialsid kontrollitud. Samuti on autori kohus esitada 3...7 võtmesõna oma töö kohta (tekstist ja pealkirjast võetud tunnuslik sõna, mis väljendab artikli sisu). Uudse eestikeelse termini või mõiste kasutuselevõtmisel töös esitatagu see tõlkevaste sobivuse üle otsustamiseks võimalikult mitmes keeles (ladina, vene, inglise, saksa). Artiklid esitatagu kokkusuurutult, sõnatihedatena, mitte üle viie ja ülevaated mitte üle kümne lehekülje, kirjandus sealhulgas kuni 10 ja 30 nimetust. — **Asutuse tõend** selle kohta, kas töö on plaaniline, väljaspool plaani või dissertatsiooni fragment, esitatakse toimetusele koos käsikirjaga. Iga teadusliku töö peab viseerima teaduslik juhendaja. — **Andmed kõikide autorite kohta** (perekonna-, ees- ja isanimi, asutuse nimetus, kodune aadress, töökoha ning koduse telefoni number, perekonnaseis, laste arv) lisatakse käsikirja lõppu koos kõikide autorite allkirjadega. Kõrgkoolide ja uurimis-instituutide töötajad märkigu ka kateedri või osakonna nimetus. — **Resümeed** esitatakse vene keeles (15...20 rida masinakirjas) ja ka inglise keeles (6...12 rida) või siis lisatakse tõlkimiseks sobiv eestikeelne kokkuvõte. — **Kirjandus**. Bibliograafias paigutatakse üldreeglina ette ladina tähestikuga ja nende järele venekeelsed kirjandusallikad. Mõlemas rühmas järjestatakse autorid tähestikuliselt. Raamatutel märgitakse autori perekonnanimi, initialsid, pealkiri, väljaandmise koht ja ilmumisaasta. Ajakirjade puhul tuuakse kõikide autorite perekonnanimed ja initialsid, artikli pealkiri, ajakirja täielik nimetus, ilmumisaasta, köide, anne või number, artikli lehekülgede algus- ja lõpnumbrid. — **Fotod ja joonised** koos allkirjadega paigutatakse käsikirja lõppu. Selguse mõttes on soovitatav foto tagaküljele märkida, milline serv on ülemine. **Lubamatu** on toimetusele saata töid, mis on teistes väljaannetes juba trükitud.

Honorari makstakse Tallinna autoritele 11., 12. ja 26. ning 27. kuupäeval kirjastuse «Perioodika» kassas Pikk 73. Väljaspool Tallinna elavatele autoritele saadetakse honorar koju posti teel.

Eesti NSV 40. aastapäevaks

TRÜ ARSTITEADUSKOND AASTAIL 1940...1980

LEMBIT ALLIKMETS · TARTU

Tartu Riiklik Olikool, arstiteaduskond, ajalugu, õppetegevus, teaduslik areng, kaader

Nõukogude võimu neljakümne aasta jooksul on peatselt 350. aastapäeva tähistav TRÜ arstiteaduskond läbi teinud väga olulise arengu.

Arstiteaduskonna kuulsusrikka ajaloo vältel on seal hariduse saanud ja selle töös osalenud paljud ülemaailmselt tuntud teadlased: anatoomid K. E. v. Baer, K. Burdach, M. Rathke, A. Hueck, K. Reichert, A. Rauber jt., füsioloogid F. Bidder, A. Folkmann, A. Schmidt, G. Bunge, V. Lunin, A. Fleisch jt., farmakoloogid R. Buchheim, O. Schmiedeburg, R. Kobert, S. Loewe jt., farmatseudid C. Claus, G. Dragendorff, I. Kondakov, internistid D. Balk, J. Erdmann, G. Sahmen, A. Fogel, A. Jarotski, S. Vassiljev, V. Vadi jt., kirurgid J. Moier, N. Pirogov, E. Bergmann, M. Zoega v. Manteuffel, N. Burdenko, pühhiaatrid E. Kraepelin, V. Tšiž, neurokirurgia rajaja L. Puusepp, dermatoloog A. Paldrok, patoanatomid V. Afanasjev, A. Valdes, akušöörid Chr. Deutsch, P. Walter, O. Küstner jt., mikrobioloogid N. Gamaleja, K. Schlossmann, hügienistid G. Hlopin, E. Šepilevski, kohtumedik S. Ignatovski ja paljud teised, kelle üle ülikool võib uhkust tunda.

Tsaari-Venemaal kujunes Tartu ülikool üheks silmapaistvamaks arstiteaduse keskuseks kogu maailmas. Palju tähtsaid avastusi ja mitmeid uusi uurimissuundi on seotud Tartu ülikooli arstiteaduskonnaga. Esimese maailmasõja järel elas arstiteaduskond üle languse, palju silmapaistvaid teadlasi oli lahkunud. Seetõttu tegeldi kodanliku ülikooli algaastail teaduskonnas peamiselt õppe-

tööga. Erandiks oli vaid kolm kateedrit, kus väga agaralt tegeldi ka uurimistööga: neuroloogia ja neurokirurgia kateedris professor L. Puusepa juhtimisel, farmakoloogia kateedris professor S. Loewe ja füsioloogia kateedris A. Fleisch'i eestvedamisel. Kolmekümneandel aastatel süvenes uurimistöö ka mitmes teises kateedris professorite H. Koppeli, V. Vadi, A. Valdese, A. Paldroki, E. Weinbergi, M. Tiitso jt. initsiatiivil, kelle tööd olid rahvusvaheliselt tuntud. Teadusliku uurimistöö kiiret arengut takistasid pidevalt majanduslikud raskused, ruumikitsikus, kaadri puudus ja varustuse vähesus.

1940. a. taaskehtestatud nõukogude võim seadis arstiteaduskonna ette ulatuslikud ning vastutusrikkad ülesanded. Põhiülesanne oli nõukogude kõrgkooli põhimõtete, õppeplaanide ja -programmide kohaselt ümber korraldada kogu õppe- ja kasvatustöö ning teaduslik uurimistöö, kasvatada üliõpilasi rahvatervishoiu sotsialistlikke printsiipe ja arstiabi uue süsteemi vajadusi arvestades. Nõukogude võimu esimese aasta vältel tehti arstiteaduskonnas kõige selle elluviimisel ära palju. Loodi teadusalased sidemed teiste vennasvabariikide arstiteadlastega, paljud teaduskonna õppejõud võtsid Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissariaadi koosseisus osa vabariigi tervishoiusüsteemi korraldamisest. Energiliselt tegutsesid partei-, komsomoli- ja ametiühinguorganisatsioonid, paranes teaduskonna varustatus ja üliõpilaste materiaalsed tingimused, oluliselt suurenes õppejõudude arv.

Suur Isamaasõda ja kolm aastat fašistlikku okupatsiooni hävitasid kõik alustatu. Paljud õppejõud pagesid kodumaalt, sõjas hävis osa teaduskonna hooneid. Fašistide kuritahtlik plaan Tartu ülikooli koos hinnalise vara ja õppejõududega Eestist ära viia luhtus tänu ülikooli õppejõudude enamiku vastuseisule.

Kui Tartu Riiklik Ülikool 1944. aasta novembris nõukogude kõrgõppeasutuseks taas tööd alustas, olid tema materiaalne baas rüüstatud ja isikkoosseis väike. Mitmesse kateedrisse tuli õppe-

jõududena tööle võtta suuremate kogemustega praktiseerivaid arste, assistentidena ka vanemate kursuste üliõpilasi. Ülikooli ja Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi kaasabil taastati arstiteaduskonna õppehooned ja kliinikud, täiendati nende varustatust. Paljud ülikooli õppejõud ning vanemate kursuste üliõpilased võtsid osa sõja pärandina meie vabariigis levinud epideemiaste likvideerimisest ning sanitaar-hügieenilise olukorra normaliseerimisest Tartus ja kogu Eestis. Ülikooli arstiteaduskonda võeti igal aastal vastu üha rohkem üliõpilasi, elavnes teadustöö, sealhulgas kandidaadiväitekirjade kaitmine. Juba 1945. aastal toimus esimene teaduslik konverents, kus koos tervishoiu-ministeeriumiga kavandati ülesanded järgmiste aastate uurimistööks. Õppetöö taastamisel ja kliinikute töölerakendamisel oli suuri teeneid NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliikmel dekaan V. Vadil. Arstiteaduskonna õppetöö korralduse täiustamisel ja selle kaadriga kindlustamisel tegi aastail 1946...1949 suure töö ära dekaan professor A. Valdes. Tunnustust väärt on töö, mida üliõpilaste õpetamisel ja noorte teadlaste kasvatamisel olid sõjajärgsetel aastatel teinud nüüd juba manasse varisenud professorid V. Vadi, A. Valdes, A. Linkberg, A. Tomingas, F. Lepp, V. Hiie, G. Kingisepp, A. Raatma, E. Aunap, L. Poska-Teiss, A. Arrak, H. Norman, E. Martinson, R. Bernakoff, J. Haldre, dotsendid V. Savi, J. Savi-saar, V. Rütli, V. Üprus jt.

Arstide ja farmatseutide kaadri ettevalmistamisel sõjajärgsetest aastatest kuni tänaseni on peamist osa etendanud teenekad õppejõud professorid E. Karu, E. Käer-Kingisepp, E. Raudam, E. Siirde, J. Saarma, V. Saarma, H. Vahter, A. Kliiman, J. Riiv, A. Rulli, K. Kõrge, L. Schotter, L. Päi, K. Villako, dotsendid H. Petlem, E. Tallmeister, J. Tammeorg, S. Laanes, L. Keres, B. Luik, Z. Saar, H. Lind, V. Põkk, L. Vainer, M. Uiibo, E. Murašev, H. Jalviste, Ü. Lepp ja mitmed teised, kes ülikoolis on töötanud 35...40 aastat ning kes oma tööd innukalt jätkavad praegugi. Paljud

Tabel 1. TRÜ arstiteaduskonna õppejõudude koosseis aastail 1940...1980

Aasta	Õppejõudude üldarv	Doktoreid	Kandidaate	Professoreid	Dotsente	Vanemõpetajaid, assistente
1940	80			28	23	29
1945	78	15	—	13	14	51
1950	79	14	17	14	9	56
1955	98	13	29	13	20	65
1960	112	13	45	12	24	76
1965	129	13	58	11	31	87
1970	143	22	31	17	44	77
1975	153	37	90	30	52	79
1980	202	50	102	45	80	77

neist (E. Raudam, E. Siirde, J. Saarma, K. Kõrge, L. Keres jt.) on kasvatanud suure arvu teadlasi.

Suuresti täiustus arstiteaduskonna töö korraldus, kliinikute struktuur ja täienes õppejõudude kaader professor A. Linkbergi dekaaniks oleku ajal aastail 1955...1963. Kuuekümnendate aastate esimesel poolel andsid õppejõudude-teadlaste noore põlvkonna ettevalmistamisel suurt abi Leningradi ja Moskva arstiteadlased, samuti mitmed meditsiiniakadeemia instituudid. Paljud praegused teaduskonna professorid, dotsendid ja teadurid (K. Gross, L. Allikmets, V. Kask, A. Kallikorm, T. Karu, L. Tamm, L. Uusküla, K. Ester, A. Lepp, A. Truupöld, Ü. Hussar, U. Reino, J. Kõiv, R. Talvik jt.) on aspirantuuri lõpetanud kas Leningradis või Moskvast.

Kaadritööle ja arstiteaduskonna teaduslikule arengule on suurt tähelepanu pööranud dekaanid J. Saarma, H. Vahter ja E. Raudam. Tänu sellele ei ole suurenenud mitte üksnes õppejõudude arv, vaid tõusnud on ka nende kvalifikatsioon (vt. tabel 1).

1972. a. asutati TRÜ-s arstide, stomatoloogide ja farmatseutide täiendamise ja spetsialiseerimise teaduskond (dekaanid professorid V. Saarma, A.-E. Kaasik, H. Tikko). Selle tegevus on pidevalt arenenud, kusjuures viimasel ajal on

keskmiselt olnud ligikaudu 400 kursanti aastas.

Teadusliku tegevuse laiendamine tingis probleemilaboratooriumide rajamise. 1962. a. asutati TRÜ Meditsiini Kesklaboratoorium, kuuekümnendatel aastatel rajati veel sekretoorsete protsesside biokeemia laboratoorium, psühhofarmakoloogia laboratoorium, vere- ja soontekirurgia laboratoorium, molekulaarbioloogia laboratoorium. Aastate jooksul on laboratooriumide kaader tugevnenud, laboratooriumid laienedud ja pärast eeltööd nende baasil 1979. a. moodustatud TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituut, milles töötab ligikaudu 150 inimest (direktor A. Kallikorm). Suure osa teaduskonna kateedrite teadusalane tegevus on seotud instituudi vastavate laboratooriumidega. Teadusliku töö alal kuuluvad parimate kateedrite hulka psühhiaatria kateeder (juhataja NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige professor J. Saarma), mis sotsialistliku võistluse tulemuste alusel on viimastel aastatel tunnustatud ülikooli parimaks, samuti neuroloogia ja neurokirurgia kateeder (juhataja professor E. Raudam), mikrobioloogia kateeder (juhataja professor A. Lenzner), farmakoloogia kateeder (juhataja professor L. Allikmets), teaduskonnasisehaiguste kateeder (juhataja professor V. Salupere), biokeemia kateeder (juhataja professor L. Tähe-

põld), spordimeditsiini ja ravikehakultuuri kateeder (juhataja professor T. Karu), stomatoloogia kateeder (juhataja dotsent S. Russak).

Aasta-aastalt on suurenenud arstiteaduskonna teaduslik produktioon. On konstrueeritud mitmeid originaalseid uurimisaparate ja välja töötatud uurimismetoodikaid.

Arstiteaduskonnal on tihedad teadusliku koostöö alased sidemed kõigi põhiliste Nõukogudemaa meditsiinikeskustega. Mitmetel kateedritel, näiteks mikrobioloogia, farmakoloogia, biokeemia, spordimeditsiin, psühhiaatria jt., ning Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudil on koostöölepingud juhtivate NSV Liidu teaduskeskustega. Osal teaduskonna kateedritel (neuroloogia ja neurokirurgia, teaduskonnasisehaiguste, farmakoloogia jt.) on teadusliku koostöö lepingud Soome Vabariigi, Poola Rahvavabariigi ja teiste välismaa ülikoolidega. Mõnede probleemide ja kompleksprogrammide alal on arstiteaduskond kinnitatud juhtivaks Nõukogude Liidus. Ülikooli arvamine NSV Liidu juhtivate kõrgõppeasutuste hulka hoo-ustab sellealast tegevust veelgi. Arstiteaduskonna baasil korraldatakse regulaarselt üleliidulisi ja vabariiklikke teaduslikke konverentse ning sümposioone.

Suur osa nooremaid õppejõude ja teadureid on oma teadmiste täiendamise eesmärgil viibinud teaduslikel komanderingutel paljudes välismaa ülikoolides. Paljud teaduskonna professorid (J. Saarma, H. Sillastu, L. Päi, A. Lenzner, L. Allikmets, V. Salupere, A. Kaasik, E. Raudam, K. Kõrge jt.) on välismaa ülikoolides loenguid pidanud.

Praegu õpib arstiteaduskonnas üle 1700 üliõpilase (vt. tabel 2). Käesoleval ja XI viisaastakul suureneb mõnevõrra vastuvõtt stomatoloogia-, pediaatria- ja farmaatsiaosakondadesse, kuna nende erialade spetsialistide järele tuntakse meie vabariigis suurt puudust. Ka nende erialade profileerivaid kateedreid tugevdatakse ja laiendatakse. Ajavahe- mikul 1940...1980 on teaduskonna lõpetanud üle 6000 arsti ja farmatseudi (vt. tabel 3). Spordimeditsiini ala lõpeta-

Tabel 2. TRÜ arstiteaduskonna üliõpilased aastail 1945...1980

Aasta	Kokku	Osakonnad				
		ravi	spordime- ditsiin	stomato- loogia	farmaat- sia	pediaat- ria
1945	503	323	—	58	122	—
1950	850	655	—	93	102	—
1955	991	799	—	75	117	—
1960	1275	1007	—	117	151	—
1965	1123	876	—	131	116	—
1970	1274	808	132	122	119	93
1975	1388	803	178	110	160	137
1980	1768	959	260	160	172	217

Tabel 3. TRÜ arstiteaduskonna lõpetajad aastail 1940 ... 1980

Aasta	Kokku	Osakonnad				
		ravi	spordime- ditsiin	stomato- loogia	farmaat- sia	pediaat- ria
1940 ... 45	293	180	—	—	113	—
1946 ... 50	443	165	—	95	183	—
1951 ... 55	722	569	—	75	78	—
1956 ... 60	792	598	—	70	124	—
1961 ... 65	999	768	—	110	121	—
1966 ... 70	933	657	45	129	102	—
1971 ... 75	999	631	94	109	108	57
1976 ... 80	1114	617	142	102	148	105
Kokku	6295	4175	281	700	977	162

jaid suunab ülikool peaaegu kõigisse liiduvabariikidesse. Arstiteaduskonna üliõpilaste õppeedukus on aasta-aastalt tõusnud ja selle näitaja alusel kuulub ta praegu ülikooli kolme parema teaduskonna hulka. Hea õppeedukuse põhjuseks on kateedrite õppe- ja meetoodilise töö paranemine, samuti üliõpilaste õppetöösse suhtumise paranemine, õppevahendite laialdane tootmine, õppejõudude kvalifikatsiooni tõus, kateedrite teadusliku töö intensiivistumine. Professor E. Raudami algatusel koostatud arstiteaduskonna õppetöö ja õppevälise kasvatustöö kompleksplaan on võimaldanud tööd teaduskonnas ühtlustada ning seda järjepidevaks muuta. Dekanaadil ja kursusejuhendajatel on tihedad sidemed ka üleülikooliliste kateedritega, kus õpetatakse arstiteaduskonna üldaineid (füüsioofia, NLKP ajaloo, poliitilise ökonomia, üldfüüsika, bioloogia, võõrkeelte, vene keele meetoodika jt. kateedrid). Ühiskonnateaduste järjepidev õpetamine kõigil kursustel on oluliselt parandanud lõpetajate sotsiaalset mõttelaadi.

Arstiteaduskonna materiaalne baas on märgatavalt paranenud. Kateedritele, teaduslikele laboratooriumidele ja kliinikutele on järjekindlalt hangitud hinnalist kodumaist ja välismaist aparatuuri. Kateedrite teadusliku tegevuse ja Tartu Kliinilise Haigla osakondade spetsialiseerimise teel on välja arendatud spetsialiseeritud arstiabi süsteem.

Spetsialiseeritud arstiabi arendamisele Tartus aitas oluliselt kaasa ka meie hulgast lahkunud tervishoiuministri esimene asetäitja arstiteaduse doktor E. Kama.

Praegu toimub teaduskonna plaanipärane väljaarendamine meditsiinikeskuseks Tartus Maarjamõisas. 1972. a. valmis 450 voodikohaga kirurgiakorpus tänapäeva nõuetele vastava operatsiooniblokiga, mis on kõigi kirurgia kateedrite baasiks. Selle projekteerimise ja ehitamise alustamise põhiliseks initsiaatoriks oli kauaaegne dekaan professor A. Linkberg. 1976. aastal valmis 160 voodikohaga kardioloogiakeskus, milles paiknevad sisehaiguste propedeutika ja spordimeditsiini kateedrid ning mida õppebaasina kasutavad ka teised sisehaiguste kateedrid. Samasse kompleksi kuulub ka kardiokirurgiaosakond, mida kureerib hospitaalkirurgia kateeder. 1978. a. anti käiku Tartu Tuberkuloositõrje Dispanseri statsionaari uus korpus, sellega paranes kopsuhaiguste õpetamine ja tugevnes hospitaalsisehaiguste kateedri õppebaas.

Tänu rekonstrueerimisele on tugevnenud naha- ja suguhaiguste kateedri, sünnitusabi ja günekoloogia kateedri, pediatra kateedri, neuroloogia ja neurokirurgia kateedri õppebaasid. Praegu on rekonstrueerimisel Tartu Onkoloogia Dispanseri hoonete kompleks Vallikraavi tänavas, millest saab õppe- ja teadustöö nõuetele vastav kliiniline baas vastasutatud röntgenradioloogia ja onkoloogia kateedritele.

XI viisaastakul alustatakse ka arstiteaduskonna teoreetiliste kateedrite kompleksi esimese järgu ehitamist (morfoloogiliste kateedrite korpus), mille tehniline projekt on valmis.

TRÜ arstiteaduskonnas on loodud kõik eeldused kõrge kvalifikatsiooniga arstide ja farmatseutide ettevalmistamiseks, täiendamiseks ning spetsialiseerimiseks, samuti arstiteaduse arendamiseks.

Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskond

Teooria ja praktika

UDK 616.71-001.5-089.84

KOLDEVÄLINE OSTEOSÜNTEES LUUMURDUDE RAVIS

AAVO LEIMANN PEETER NUIAMÄE
VLADIMIR POLJANSKI · TARTU

koldeväline osteosüntees, meetodi olemus, ravi-
tulemused, näidustused, vastunäidustused

Viimase paari aastakümne jooksul on luumurdude, luudeformatsioonide ja liigese haiguslike muutuste kirurgilises ravis tekkinud uus suund, mis on hulgaliselt pooldajaid leidnud. Meetodit nimetatakse mitmeti: koldeväline osteosüntees, kompressioon-distraktsioonosteosüntees. Traumatoloogide ja ortopeedide III üleliidulisel konverentsil Moskvas soovitas G. Lavrištševa osteosünteesimeetodit nimetada luud läbistavaks jäigaks juhitaavaks osteosünteesiks.

Luud läbistav jäik juhitaav osteosüntees loob optimaalsed tingimused luude reparatiivseks regeneratsiooniks võimalikult lühikese ajaga. See võimaldab lühikese aja jooksul saada ka häid ravitulemusi, ära hoida tüsistuste teket ja traumajärgset invaliidsust. Sellest on väga suur kasu nii inimesele tervise seisukohalt kui ka rahvamajandusele (5, 4, 9, 10).

Töö eesmärk oli uurida ja analüüsida luud läbistava jäiga juhitaava osteosünteesi kasutamist, luu ja liigeste mõnede haiguslike muutuste ravi tulemusi, ühtlasi püüdsime anda hinnangu taoliste operatsioonide otstarbekuse kohta. Meid huvitasid osteosünteesi rakendamise võimalused traumatoloogiliste ja orto-

peediliste haigete ravis, selle kasutamise näidustused ja vastunäidustused.

Tartu Kliinilise Haigla traumatoloogiaosakonnas oleme luud läbistavat jäika juhitaavat osteosünteesi luu- ja liigese-murdude ravis ajavahemikul 1976... 1978 kasutanud 35 haigel. Patsientide vanus oli 14... 64 aastat, keskmine vanus 35 aastat (vt. tabel). Kõikidest haigetest oli eelnevalt 1... 5 korda edutult opereeritud 2³ patsienti (67,9% üldarvust).

Nimetatud meetodit kasutati haigete raviks sõltuvalt haiguslike muutuste iseloomust ja lokalisatsioonist järgmiselt:

- 1) värske luumurdude puhul neljal haigel, neist kahel küünarvarreluude murdude ning ühel reieluu ja ühel sääreluumurdude puhul (11,4% -1 üldjuhtudest);
- 2) pseudoartrooside puhul 16 haigel: sääreluude pseudoartrooside ravis 13 haigel, neist kuuel esines luumurru piirkonnas osteomüeliit; ühel haigel õlavarreluu ja kahel reieluu pseudoartroosi korral;
- 3) halvasti kokkukasvanud luude korral 9 haigel: ühel haigel õlavarreluu murru ning viiel pärast reieluumurdu, neist üks põdes reieluumurru järgset osteomüeliiti; kolmel haigel sääreluumurdude puhul, neist kahel oli tüsistusena tekkinud osteomüeliit;
- 4) kontraktuuride ja muude haiguslike seisundite ravis viiel haigel — ühel küünarvarreliigese ja kahel põveliigese kontraktuuri korral, ühel põveliigese anküloosi ning ühel põveliigese osteoartroosi puhul;
- 5) ühel haigel reieluu pikendamiseks.

Osteosünteesiks kasutati järgmisi aparate: Ilizarovi aparati 24-1, Gudušauri aparati neljal, Volkovi—Oganessjani aparati viiel ja Sivaši aparati kahel juhul.

Analüüs ja järeldused.

Pseudoartroosid ja halvasti konsolideerunud luumurrud. Vaatlusalustest

Tabel. Patsientide vanuseline koosseis

Sugu	Vanus aastates					
	10...20	21...30	31...40	41...50	51...60	61...70
Mehed	2	14	2	8	2	2
Naised	1	1	—	2	—	1

oli 71,4% -l pseudoartroos ja halvasti kokkukasvanud luumurrud. Nendest 35,8% -l oli tüsistusena tekkinud osteomüeliit, mis ravi käiku komplitseerib tunduvalt ja välistab teiste koldesises- te osteosünteesimeetodite kasutamise.

Üks luud läbistava jäiga juhitava osteosünteesi kasutamise näidustusi neil patsientidel oligi osteomüeliit (1, 3, 5). Osteosüntees tagab kindla fiksatsiooni ja mõõduka kompressiooni teel ebasoodsad tingimused mikroobide arenguks ebaliigese koldes. Koos ebaliigese konsolideerimisega taandareneb tavaliselt ka osteomüeliit (3).

Teine kindel luud läbistav jäiga juhitava osteosünteesi kasutamise näidustus on pseudoartrooside hüperplastilised ehk vaskulaarsed vormid, mille puhul pseudoartrooside reparaatiivsed võimalused on küllalt laiad ja tihti piisab üksnes heast fiksatsioonist, et luutsad täielikult konsolideeruksid (6, 11).

Keerukam olukord on avaskulaarsete ehk nn. loperdavate pseudoartroosidega, koed on halva verevarustusega ja need ei ole bioloogiliselt täisväärtuslikud. Seepärast soovivad paljud autorid (7) kasutada üksnes koldesisesest kirurgilist meetodit autoplastika ja sellele järgneva kompressiooniga.

On teada, et luufragmentide distraktsioon kutsub luuotstevahelises diastasis alati esile intensiivse reparaatiivse reaktsiooni, millega kaasneb ebaliigese kolde vaskulariseerumine kapillaarset tüüpi veresoontega. Seejärel rakendatakse kompressiooni, mille tulemusena enamikul juhtudel koos konsolidatsiooniga likvideerub ka osteomüeliit.

Kontraktuurid. Raviti viit haiget.

Kontraktuuride kõrvaldamiseks kasutati Volkovi—Oganesjani aparati, mis sobis hästi, sest aparati distraktorite abil oli võimalik teha doseeritud venitust, mis hoiab ära liigesepindade vastastikuse surve. Samuti võimaldab ta painutava ja sirutava mehhanismi abil samal ajal teha järkjärguliselt ning doseeritult jäseme painutust ja sirutust. Seejuures jaotatakse jõud, millega kontraktuur kõrvaldatakse, liigesepindade vahel vastavalt liigese biomehhanikale. Selle eelduseks on liigesepindade täpne ruumiline fiksatsioon. Pideva vahe tagamine liigesepindade vahel ja seoses sellega hõõrõumise kõrvaldamine liigesepindadel vähendab valutunnet ja reflektorset lihasepinget ning haige saab ise raviprotseduurile kaasa aidata. Kõigi viie haige ravi tulemused olid head.

Värsked luumurrud. Värskeste luumurdude tõttu osteosünteesi teel ravitud haigeid oli vähe, kokku neli (11,4%). Kompressiooni rakendamine on edukas üksnes siis, kui tema mõju suund on risti luumuru suunaga. Sel juhul suurendab ta luuotste püsivust, tagades seega optimaalsed tingimused kahjustatud vereringe taastamiseks ja luude kokkukasvamiseks reparaatiivse tsükli minimaalse aja vältel (2, 3, 9). Seepärast peab põik- ja spiraalmurdude puhul rakendama külgmist lähendavat kompressiooni.

Seega võime kokku võtta luud läbistava jäiga juhitava osteosünteesi näidustused neil ravitud patsientidel:

- 1) luud läbistavat jäika juhivat osteosünteesi kasutasime siis, kui konservatiivne ravi oli toimetu, ning siis, kui koldesiseseks kirurgiliseks raviks oli vastunäidustusi;
- 2) vanade luumurdude ning kokkukasvamata luude, samuti ebaliigeste ja osteomüeliidiga tüsistunud luumurdude puhul;
- 3) meetodi rakendamise näidustuseks kontraktuuride ravis on võimalus taastada liigese funktsioon koldevälise raviga, kui kirurgiline ravi põhjustaks uut operatsiooniarvide kootumist.

KIRJANDUS: 1. Антонов И. И. В сб.: Материалы пленума Всесоюзного научного общества травматологов-ортопедов. М., 1966, 60—63. — 2. Аршин В. Н., Пшвин В. А. В сб.: Второй съезд травматологов-ортопедов Белоруссии. Минск, 1972, 181—184. — 3. Волков И. В. В сб.: Материалы Всесоюзного симпозиума по вопросам компрессии и distraction в травматологии и ортопедии. М., 1970, 42—52. — 4. Воронцов А. В., Лебедева В. М. В сб.: Труды III Всероссийского съезда травматологов-ортопедов. Л., 1977, 25—27. — 5. Гудушаури О. Н. В сб.: Материалы пленума Всесоюзного научного общества травматологов-ортопедов. М., 1966, 25—27. — 6. Гюльзарова С. В. Вестн. хир., 1978, 5, 82—86. — 7. Зайцев А. Ф., Авдонин И. Я. В сб.: Труды III Всероссийского съезда травматологов-ортопедов. Л., 1977, 68—72. — 8. Илизаров Г. А. В сб.: Труды III Всесоюзного съезда травматологов-ортопедов. М., 1976, 148—150. — 9. Старовойтов В. Н., Губко А. А., Шкутько О. Л., Голуткина Е. В., Петренко А. М., Розенблом М. Б. В сб.: Труды III Всесоюзного съезда травматологов-ортопедов. М., 1976, 172—174. — 10. Ткаченко С. С., Демянов В. М., Кравченко С. М., Акимов Г. В., Грицанов А. И., Овчинников Ю. И. В сб.: Труды III Всесоюзного съезда травматологов-ортопедов. М., 1976, 141—143. — 11. Шумада И. В., Рябчук О. И. В сб.: Отчеты VIII международного симпозиума «Псевдоартрозы и их лечение». Ортопедия, травматология и протезирование, 1979, 1, 74—76.

TRÜ arstiteaduskonna
hospitaalkirurgia kateeder

UDK 616.833-002-031.63:615.838/7

RADIKULIIDIHAIGETE MUDARAVI BALNEORAVILE SAATMINE

MIHKEL ROOSAARE · PÄRNU

radikuliit, mudaravi, balneoravi, näidustused, vastunäidustused

Radikuliidihaigete raviks on kasutada ja kasutatakse väga mitmesuguseid viise ja vahendeid. Eriline koht nende seas on kaheldamatult mudaravil. Nimme-ristluu radikuliidi esinemissagedus on väga suur ja mudaravile soovijaid palju. Kuigi sanatooriumide arv pidevalt suureneb, ei ole lähemas tulevikus

siiski väljavaateid võimaldada mudaravi kõigile, kellele see võiks olla näidustatud. Jääb paratamatuseks haigete valikuline suunamine.

Eeskirjade kohaselt peavad sanatooriumi saadetavad haiged olema hoolikalt uuritud ja nende saatekirjadel täpne diagnoos, mis võimaldaks mudaravi balneoravi ordineerida juba esimesel ravipäeval. Nõukogude Liidu paljudest piirkondadest Pärnu kuurordi sanatooriumidesse saabuvate radikuliidihaigete saatediagnoosidest nähtub, et neuroloogidel puuduvad nimme-ristluu radikuliidi diagnoosimise alal ühtsed seisukohad.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kurortoloogiaosakonnas on diskogeense radikuliidi diagnoosimisel kasutatud kriteeriume, mille on esitanud J. R. Armstrong (1) ja mida on täiendanud E. Raudam (5) kaastöötajatega (2, 3, 4). Paari aastakümne vältel kurortoloogiaosakonnas tehtud uurimised ja haigete ravimisel saadud kogemused näitavad, et diskogeense radikuliidi korral on äärmiselt tähtis intervertebraalse diskuse patoloogiliste muutuste staadiumi* määramine, kuna sellest sõltuvad nii mudaravi metoodika ning taktika valik kui ka ravi vahetud ja hilistulemused. Kõik arstid, kes radikuliidihaigete mudaravile saadavad, peavad saatelehele märkima radikuliidi etioloogia ja diskogeense radikuliidi korral diskuse staadiumi.

Mudaravi on keelatud radikuliidi ägedal perioodil ja kohe pärast ägeda perioodi vaibumist. Olenevalt diskuse staadiumist ja ägenemise raskusest peab vahe olema 1...3 kuud.

Radikuliidihaigete mudaravi ja balneoravi mõjususe sõltub peale ravikompleksi veel paljudest teguritest: radikuliidi etioloogiast, diskogeense etioloogia korral diskuse staadiumist, ravil viibimise aastaajast, haige east ja elukutsesest, balneoreaktsiooni tekkimisest ja veel mitmest vähem olulisest põhjusest.

Diskogeenset radikuliiti põdevaid

* Edaspidi märgitud «diskuse staadium».

haigeid, kellel on diskuse I staadium, saadetakse mudaravile suhteliselt harva. Seda võib õigeks pidada, kuna need haiged paranevad hästi ka ambulatoorsel ravil. Diskuse II staadiumi algperioodil aga tuleb haigeid mudaravile saata tunduvalt sagedamini, kui seda tehakse praegu. Seevastu diskuse II staadiumis, kui radikuliidi kliiniliselt kõige raskem periood on juba välja kujunenud (II^b staadium), on mudaravi vähe efektiivne isegi haiguse suhtelises vaibestaadiumis. Ettevaatlikule ja säästvale ravile vaatamata on suurel osal neil pärast ravi tervislik seisund muutusteta või isegi suhteliselt halvenenud ning nende ravi vahetud ja hilistulemused on ebarahuldavad. Hoopis sagedamini tuleks mudaravile saata haigeid siis, kui diskuse II staadium hakkab üle minema III staadiumiks või siis diskuse III staadiumi algul, kui kroonilis-remiteeruv kulg ei ole veel fikseerunud.

Tavaliselt on enam kui pooltel mudaravile saabuvail diskogeenset radikuliiti põdejail diskuse III staadium. Kaheldamatult võib mudaravilt sellel haigusperioodil loota püsivamaid tulemusi, kuid ikkagi üksnes siis, kui mudaravi on üks lülisid süstemaatilise ravi ahelas. Haigeid, kes pikemat aega ei ole mingit polikliinilist ravi saanud, ei tuleks mudaravile saata, vaid ordineerida neile ambulatoorselt ravi.

Ilmastikutingimuste seos radikuliidiga üldse ja muda- ja balneoraviga eriti on ilmne ning täiesti mõistetav. Enamikul radikuliidihaigetel on kahjustatud füüsikaline termoregulatsioon, millele mudaprotseduurid omakorda asetavad küllalt suure koormuse. Viimasega kohtanemine oleneb ka aastaajast, olles suvel suhteliselt kõige kergem, sügisel aga kõige raskem. Seda tõendavad ravi tulemused, mis on suvel parimad ja sügisel halvimal. Ilmastiku suhtes on eriti tundlikud haiged, kellel on diskuse II staadium, samuti need, kes teevad rasket kehalist tööd, kusjuures tundlikkus väheneb vastavalt vanuse suurenemisele. Ravitulemusi oluliselt mõjutavaks teguriks on balneoreaktsioon.*

Üldreeglina on haigetel, kellel ravi kuuri ajal esineb balneoreaktsioon, ravi vahetud ja hilistulemused oluliselt halvemad kui neil, kellel reaktsiooni ei teki. Eriti märgatav on see kõikide eespool loetletud ravitulemusi negatiivselt mõjutavate tegurite (diskuse II staadium, raske kehaline töö jt.) korral. Seepärast on väga tähtis, et neid haigeid oleks haiguse ägenemisperioodil hoolikalt ravitud ja et neil mudaravile suunamisel oleks radikuliit vaibestaadiumis. Neid ei tohi mudaravile määrata sügiskuudel, mil balneoreaktsioon tekib tunduvalt sagedamini kui muudel aastaagadel. Eespool mainitud üldreeglile on erandiks pikk haiguskulg, diskuse III staadium, samuti vanus üle 50 aasta. Kui need tingimused kokku langevad, võivad ravitulemused neil reaktsiooni esinemise korral olla isegi mõnevõrra paremad kui reaktsiooni puudumise korral.

Diagnoosimisraskuste tõttu ei olnud sanatooriumis umbes 25...30%-l meie poolt uuritud haigetest võimalik määrata otsest radikuliidi põhjust. Nimetame neid ebaselge etioloogiaga radikuliidi haigeteks, kuigi võib oletada, et osal neil oli haigus diskogeense etioloogiaga. Ka selle rühma haigetel uurisime seoseid mitmesuguste tegurite ja ravi tulemuste vahel. Haigete iga, kutse, ravil viibimise aastaag, balneoreaktsiooni esinemine või puudumine ravikuuri ajal ravi efektiivsust oluliselt ei mõjutanud. Ilmnes, et ebaselge etioloogia korral mõjutas ravi tulemusi oluliselt peamiselt ravikompleks. Neil olid ravi vahetud ja hilistulemused mõnevõrra paremad kui diskogeenset radikuliiti põdejail.

Muda- ja balneoravil etendab tähtsat

* Balneoreaktsiooniks nimetame haiguse ägenemist muda- ja balneoravi ajal, tavaliselt selle esimesel poolel. Radikuliidihaigetel tugevnevad balneoreaktsiooni ajal valud seljas või jalgades (lokaalne reaktsioon) või tekitavad üldnähud: enesetunne halveneb, tekitavad isutus, unetus, subfebriilne kehatemperatuur (üldreaktsioon). Loetletud nähtudest võib esineda ainult osa; lokaalse ja üldreaktsiooni nähud võivad esineda samaaegselt.

osa haigete režiim. Ravilt lahkumise järel ei saa osa haigeid, näiteks need, kes teevad rasket kehalist tööd või töötavad väljas või külmades ja niisketes ruumides, pidada ka kõige elementaarsemat režiimi, mis soodustaks ravi tulemuste püsivust. Teatavasti aga jätkuvad reparaatsiooniprotsessid haiguskolde veel nädalaid või isegi kuid ning nendest sõltuvad ravi hilistulemused. Haige ravile suunanud arst peab seda arvestama.

Mõnikord annab juba üksainus ravi-kuur püsivaid tulemusi. Sageli aga on vajalik kordusravi 6...12 kuu pärast. Kordusravi kuuride arv tuleb otsustada igal üksikjuhul individuaalselt.

Järeldused.

1. Kõiki mudaravile saadeta- vaid radikuliidhaigeid peab varem olema süstemaatilisel ravitud kas polikliinikus või haiglas. Mudaravile saabumisel peab viimasest haiguse ägenemisest möödama olema olenevalt ägenemise raskusest vähemalt 1...3 kuud.

2. Saatekirjadele tuleb märkida radikuliidi etioloogia (kui see on määratav) ja diskogeense etioloogia korral intervertebraalse diskuse patoloogiliste muutuste staadium.

3. Diskuse II staadiumi kliiniliselt kõige raskemal perioodil (diskuse II^b staadiumis) ei tuleks mudaravile saata ka haiguse suhtelises vaibestaadiumis olevaid haigeid, kuna nende ravi vahe- tud ja hilistulemused on ebarahuldavad.

4. Senisest sagedamini tuleb mudaravile suunata haigeid diskuse II staadiumi algul ja lõpul ning diskuse III staadiumi algul, kui kroonilis-remiteeruv kulg ei ole veel fikseerunud.

5. Sügiskuudel ei ole soovitatav mudaravile suunata haigeid, kellel on diskuse II staadium ja kes teevad rasket kehalist tööd.

6. Tuleb jälgida, et mudaravilt lahkunud radikuliidhaiged saaksid pidada režiimi ka mõni aeg pärast ravi ja et vajaduse korral oleks neil tagatud kordusravi.

KIRJANDUS: 1. *Armstrong, J. R.* Lumbar disc lesions. Edinburgh—London, 1952.

2. *Хейнсоо Э. К.* В сб.: Вопросы клинической неврологии и психиатрии. Тарту, 1965, 150—157. — 3. *Паймре Р. И.* Неврологическая диагностика и хирургическое лечение дискогенного пояснично-крестцового радикулита. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Тарту, 1966. — 4. *Паймре Р. И.* Неврологические синдромы при остеохондрозе позвоночника (клиника, диагностика, хирургическое лечение). Автореф. дисс. доктора мед. наук. Тарту, 1973. — 5. *Раудам Э. И.* В сб.: Вопросы клинической неврологии и психиатрии. Тарту, 1965, 125—132.

Ekspérimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

UDK 616-005.4-079.4

SÜDAMEKODADE AJUTINE ELEKTROSTIMULATSIOON KOORMUSTESTINA SÜDAME ISHEEMIA TÖVE DIAGNOOSIMISEL

JAAN EHA AHTO LEISSOO EINI ALTRAJA
TARTU
OLEV LUHA TALLINN

südame isheemiatõbi, diagnostika, südamekodade ajutine elektristimulatsioon kui koormustest

Varjatud koronaarpuudulikkuse väljaselgitamiseks kasutatakse tänapäeva kardiodiagnostikas sageli mitmesuguseid koormusteste. Mitteinvasiivsete uurimismeetodite informatiivsust eri testide korral on sageli käsitletud. Vähem aga on uurimusi, milles hinnatakse invasiivsete meetodite väärtust eri koormuste korral.

Töö eesmärk oli uurida, kuidas südamefrekvensi kiirendamine mõjub vasaku südamevatsakese funktsioonile isheemiatõbe põdejail.

Uurimismaterjal ja -meetodid. 18 patsiendil (17 meest ja üks naine), kelle keskmine vanus oli $49,4 \pm 2,6$ a., tehti südame isheemiatõve diagnoosimiseks

angiograafilis-hemodünaamilised kompleksuringud. Pärast magistraalvere-
soonte ja vasaku südamevatsakese ma-
nometreerimist tehti ventrikulograafia.
Seejärel viidi paremasse südamekotta
monopolaarne endokardiaalne stimu-
latsioonielektrood (ЭПБП-I) ning ühen-
dati modifitseeritud elektrokardiosti-
mulaatoriga (ЭКЧ-I). Teise elektroodi-
na kasutati rinnakust paremal II roide-
vahemikus rindkere naha alla viidud
nõela.

Ventrikulograafia toimel muutunud
hemodünaamika näitajate ennistumise
järel alustati südame elektrostimulat-
siooni sagedusel, mis oli patsiendi pul-
sifrekventsist 10...15 löögi võrra sa-
gedam. Impulsside sagedust hakati su-
juvalt tõstma kiirusega 25 impulssi mi-
nutis kuni sageduseni 150...160 im-
pulssi minutis. Mobitzi I tüüpi blokaadi
tekkimise korral seda atropiiniga ei
kõrvaldatud. Sagedust 150...160 lööki
minutis hoiti 5...7 minutit ning enne
stimulatsiooni katkestamist mõõdeti
vasaku südamevatsakese sisest rõhku.
Tehti teine ventrikulograafia, mille jä-
rel südamefrekvents viidi tagasi alg-
väärtusele. Kui stenokardia oli tekki-
nud juba enne mainitud aega või kui
EKG põhjal avastati repolarisatsiooni-
häireid, tehti kohe vasakus vatsakeses
manomeetria ning ventrikulograafia, ka
seejärel viidi stimulatsioon algsagedu-
sele tagasi. Uuringu lõpul sooritati kõi-
gil selektiivne koronarograafia Judkinsi
järgi.

Ventrikulograafia ja koronarograafia
interpreteerimise meetodeid oleme va-
rem kirjeldanud (2, 3).

Tulemused. Koronarograafia ja esi-
mese ventrikulograafia leidude põhjal
jaotati uuritavad kolme rühma: I rühm
— normaalse valendikuga pärgarterid
ja normokineetilise talitlusega vasak
südamevatsake (5 uuritavat), II rühm
— ahenenud pärgarterid ja normoki-
neetiline vasak südamevatsake (8 uuri-
tavat), III rühm — ahenenud pärgarte-
rid ja asünergiline vasak südamevatsa-
ke (5 uuritavat).

I rühma patsientidest ei tekkinud
kellelgi stimulatsiooni ajal stenokar-

diat, ka nende teine ventrikulogramm
oli normokineetiline. II rühma kuulu-
val viiel patsiendil vallandas koormus
nõrga stenokardiahoob. Teisel ventriku-
logrammil leiti neil ka vatsakese asü-
nergia; kahel vasaku pärgarteri eesmi-
se vatsakestevahelise haru varustusala
hüpokineesia, ühel sama piirkonna aki-
neesia ja kahel parema pärgarteri va-
rustusala hüpokineesia. III rühmas pro-
votseeris koormustest stenokardia kol-
mel uuritaval. Neist kahel muutus vat-
sakese eesseina hüpokineesia akinee-
siaks ning ühel vatsakese tagaseina hü-
pokineesia akineesiaks. Ühel patsiendil
võttis eesseina akineesia suurema ula-
tuse (akontraaktiilse ala suurus, AAS
13,4% → 26,1%) ning ühel muutus ta-
gaseina akineesia samuti suuremaks
(AAS 9,6% → 15,3%). Sellel patsiendil
tekkis lisaks veel eesseina hüpokineesia.

Ilmnes seaduspärasus, et elektrosti-
mulatsiooniga on kontraktsioonihäired
provotseeritavad nendes vatsakese ala-
des, mida varustava pärgarteri stenoos
on üle 75% valendikust. Erandiks oli
vaid üks II rühma patsient, kellel va-
saku pärgarteri eesmise vatsakesteva-
helise haru II astme (51...75%) ste-
noosi korral tekkis koormusel vasaku
vatsakese eesseina hüpokineesia.

Ajutise elektrostimulatsiooni kasuta-
misel koormustestina ilmnevad kindla-
suunalised muutused ka teistes vasaku
südamevatsakese funktsiooni kajasta-
vates parameetrites (vt. tabel).

I rühma uuritavatel vasaku südame-
vatsakese diastoli lõpu rõhk langes sti-
mulatsiooni lõpul usaldusväärselt
(46,6%). Languse amplituud II (22,3%)
ja eriti III rühmas (3,3%) oli vähem
väljendunud.

Märgatav on ka V_D langus kõigis kol-
mes rühmas: vastavalt 33,7, 36,1 ja
5,8%. V_s vähenes I (33,7%) ja II
(32,8%) rühmas, seevastu III rühmas
suurenes keskmiselt 14,6% võrra. Väl-
jutusfraktsioon I rühmas praktiliselt ei
muutunud, II rühmas mõningal määral
langes (2,8%); III rühmas oli väljutus-
fraktsiooni langus selgelt väljendunud
(18,9%).

Tabel. Elektrostimulatsiooni mõju vasaku südamevatsakese funktsioonile

Haigete rühm	Frekvents	Süstoolne rõhk vasakus vatsakeses	Vasaku südamevatsakese rõhk diastoli lõpul	Vasaku vatsakese maht diastolis** (V _D)	Vasaku vatsakese maht süstolis** (V _S)	Väljutusfraktsioon (V _F)	Maksimaalse sagedusega stimulatsiooni kestus min.
I rühm: algtaase stimulatsioon	79,1±9,1	120,8±4,7	8,8±1,1	166,6±18,1	49,9±6,8	70,0±3,0	5,4±0,7
II rühm: algtaase stimulatsioon	158,0±3,7*	120,4±6,5	4,7±1,2*	110,5±10,1*	33,1±6,8*	70,1±2,8	
III rühm: algtaase stimulatsioon	70,3±4,8	125,1±5,0	13,9±1,1	193,3±17,6	68,1±5,2	64,8±2,1	4,3±0,3
III rühm: algtaase stimulatsioon	147,6±4,7*	122,6±5,0	10,8±1,1	123,6±13,2*	45,8±5,8*	63,0±2,3	
III rühm: algtaase stimulatsioon	68,4±9,2	131,2±10,7	18,2±1,3	258,8±38,4	120,3±23,8**	53,5±9,8**	3,5±0,6
III rühm: algtaase stimulatsioon	144,0±4,0*	134,4±11,6	17,6±3,5	243,9±36,6	137,8±14,6	43,4±5,9	

* — usaldusväärne rühmasisene erinevus stimulatsioonieelsega võrreldes ($P < 0,05$)

** — stimulatsioonieelsete väärtuste erinevus I rühma väärtustega võrreldes

Märkus. V_D ja V_S ei ole jagatud patsientide kehapindalaga.

Vasaku südamevatsakese süstoolne rõhk kogu koormustesti vältel praktiliselt ei muutunud.

Analüüs ja arutelu. Ajutine südame elektrostimulatsioon koormustestina võimaldab kindlaks teha südamelihase isheemilisi alasid või neid tsoone, milistes isheemia on kergesti provotseeritav. See informatsioon on oluline konkreetsete südamelihase alade revaskulariseerimise planeerimisel (5).

Kõigil II rühma uuritavatel, kellel tekkis vasaku vatsakese asünergia, täheldasime ka nõrka stenokardiahoogu stimulatsiooni lõpul. Samalaadset seost on kirjeldanud ka R. Scabra-Gomes ja kaasautorid (6). See tulemus viitab südame kontraktsioonihäirete tekkimise võimalusele ka teistel põhjustel vallanduvate (nn. olustikuliste) stenokardiahoogude korral.

Vasaku südamevatsakese asünergia teket koormustesti ajal võis peale ühe juhu seostada vastavate pärgarterite III või IV astme stenoosiga. Mitte kõigis südamelihase osades, mida varustav pärgarter oli ahenenud üle 75% valendikust, ei tekkinud koormusel kont-

raktsioonihäireid. Kuigi eksisteerib seaduspärasus kontraktsioonihäirete tekkimise kohta tugevast stenoosist tabandunud pärgarterite varustusalades, ei või seda absoluutseerida. Ilmselt on siin oma osa ka sellistel teguritel nagu koronaararteri stenoosi tähtsus koronaarverevoolule, müokardi metabolismi iseärasused.

Fakt, et kontraktsioonihäired on provotseeritavad ja võivad algselt esineda normokineetilise talitlusega müokardi korral, on ka reverssiiblustestide (nitroglütseriintest, postekstrasüstoolne potentsioon) kasutamise õigustuseks.

Tulemused kinnitavad, et vasaku südamevatsakese asünergia ei ole alati muutumatu. Sellele on ühelt poolt täiendavaks kinnituseks ka akonraktsiilse ala suuruse ja asünergia vormi muutumine III rühma uuritavatel. Teiselt poolt on asünergia ebastabiilsuse tõestuseks ka reverssiiblustestide tulemused (2, 7).

Määrav on siin ilmselt vahetõde toitainete ja O₂ vajaduse ning pakkumise vahel. Ka kirjanduses leidub andmeid asünergia ülemineku kohta koormus-

järgselt raskemasse vormi ning kontraktsoonihäire ulatuse suurenemise kohta (4, 5). On iseloomulik, et enne asünergilise ala kujunemist tekib sageli ka stenokardiahoog (5, 6).

Tulemused viitavad veel sellele, et ei tohi üheselt hinnata rahuolekus tehtud ventrikulograafia tulemusi, sest teatud juhtudel (müokardi metabolismist sõltuvalt) võib tekkida vigu asünergia hindamisel. Seetõttu tuleb vajalikuks pidada, et südamelihase seisundi kohta objektiivse informatsiooni saamiseks võimalikult sagedamini kasutataks dünaamilist ventrikulograafiat (kontraktsoonihäirete provotseerimine või nende reversiivsuse määramine).

Andmetest nähtub, et elektrostimulatsiooni südame koormustestina kasutamise korral tekib asünergiavormidest sagedamini hüpokineesia, harvem akiyeesia. Düskeyneesiast sel meetodil ei õnnestu provotseerida. Samalaadsed tulemused on esitanud ka E. M. Dwyer (1). Ollakse seisukohal, et koormusel tekkiv asünergia viitab varustava pärgarteri stenoosi olulisusele (7), seega on ka üks näitajaid, mis viitab vastava arteri revaskulariseerimise otstarbekusele.

Kuigi elektrostimulatsioon ei ole füsioloogiline koormustest — puudub kehalisele koormusele iseloomulik arteriaalse rõhu tõus —, on ta hästi juhitav ning sobib kasutamiseks angiograafilise uuringu ajal. Saadav informatsioon on oluline müokardi seisundi hindamisel.

Järeldused.

1. Südame elektrostimulatsioon koormustestina angiograafilise uuringu ajal on kergesti tehtav ning hästi juhitav.

2. Koormustest võimaldab provotseerida vasaku südamevatsakese asünergia teket ahenenud pärgarterite varustus-alades, lubades sel teel hinnata pärgarterite stenooside olulisust.

3. Normaalse valendikuga pärgarterite korral ei põhjusta südame löögisagedus 150...160 korda minutis 5...7 minuti vältel vasaku vatsakese asünergia teket.

KIRJANDUS: 1. Dwyer, E. M. *Circulation*, 1970, 42, 6, 1111—1122. — 2. Eha, J., Leissoo, A., Haavel, H. *Nõukogude Eesti Tervishoid*, 1977, 6, 483—487. — 3. Eha, J., Leissoo, A., Maaros, J., Luha, O. *Nõukogude Eesti Tervishoid*, 1979, 2, 131—134. — 4. Krayenbuehl, H. P., Schoenbeck, M., Rutishauser, W., Wirz, P. *Am. J. Cardiol.*, 1975, 35, 6, 785—794. — 5. Pasternac, A., Gorlin, R., Sonnenblick, E., Haft, J. I., Kemp, H. G. *Circulation*, 1972, 45, 6, 1195—1205. — 6. Scabra-Gomes, R., Rickards, A., Balcon, R., Banim, S., Petrola, I. *Br. Heart J.*, 1976, 38, 3, 312. — 7. Schwarz, F., Busslen, R., Thormann, J., Seto, M. *Br. Heart J.*, 1977, 39, 1, 44—52.

Tartu Kliiniline Haigla

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia
Instituut

Tallinna Kiirabihaigla

UDK 616-006-084-07-085:576.8.097.1:611-013.8

EMBRÜONAALANTIGEENIDE KASUTAMISE VÕIMALUSED

VÄINO RÄTSEP · TALLINN

embrüonaalantigeenid. rasedusespetsiifilised proteiinid, onkofetaalsed antigeenid, alfafetoproteiin (AFP)

L. Hirzfeld kaasautoritega demonstreeris 1932. aastal esimesena embrüospetsiifilise substantsi esinemist vähi-koes. C. G. Bergstrand ja B. Czar isoleerisid 1956. a. paberelektroforeesi teel inimloote vereseerumist alfafetoproteiini (AFP) ja iseloomustasid seda kui embrüospetsiifilist alfa globuliini. Kuid alles AFP avastamine keemiliselt indutseeritud hepatoomis hiirtel G. Abelevi poolt 1963. a. juhtis sellele proteiinile uuesti tähelepanu. Seda süvendasid J. Tatarinovi andmed (1964), kes täheldas esmast maksavähki põdejate vereseerumis AFP kontsentratsiooni tõusu. Nüüd on see diagnostiline test laialdaselt kasutusel Abelevi—Tatarinovi reaktsioonina. Mitmete uurimiskohade tulemused on üheaegselt näidanud, et AFP kontsentratsioon haigete

vereseerumis on kõrge ka munandi ja munasarja teratoblastoomi korral. Järgmistel aastatel avastati veel mitmeid uusi onkoembrüonaalseid antigene, mis on tähtsad eelkõige vähi profülaktika, diagnoosimise ja ravi aspektist. AFP kõrval on neist enam kasutatav 1964. a. P. Goldi poolt avastatud kartsinoembrüonaalne antigeen (CEA). Peale nimetatute on nüüdisajal uurimisobjektideks veel mitmed teised onkofetaalsed proteiinid ja ensüümid.

Sellesuunaline elav uurimistöo paljude maade teadlaste ja teadlasrühmade poolt tingis koordineerimise vajaduse, mida asus täitma 1972. a. organiseeritud Rahvusvaheline Kartsinoembrüonaalsed Proteiinide Uurimise Rühm (*International Research Group for Carcinoembryonic Proteins*) professor H. Hirai juhtimisel. Rühma poolt korraldatavad iga-aastased sümposioonid võimaldavad informatsioonivahetust uurimis- ja rakendustulemuste kohta ning edasiste töösuundade kavandamist. Üksnes VI sümposioon 1978. a. Saksa FV-s Marburgis ja VII sümposioon 1979. a. Inglismaal Guildfordis Surrey Ülikoolis olid üle 400 osavõtjaga suurimad sellealased foorumid. Uurimisuundade ja -temaatika avardamine ning töös osalejate arvu suurenemine tingisid rühma reorganiseerimise Rahvusvaheliseks Onkobioloogia ja Meditsiini Ühinguks (*International Society for Oncodevelopmental Biology and Medicine*). Et artikli autoril oli võimalus osa võtta kahest viimasest sümposioonist ning arvestades seda, et VIII sümposioon toimub tänavu 15...19. septembrini Tallinnas, võiksid mõnede onkofetaalsete antigenide kasutamise võimalused huvi pakkuda.

Onkofetaalsetest antigeenidest on eriti tähtsad rasedusproteiinid. Need võib klassifitseerida kolme rühma olenevalt sellest, kas need paiknevad vereseerumis või kudedes.

1. Raseduspetsiifilised proteiinid (alfafetoproteiin — AFP, kartsinoembrüonaalne antigeen — CEA, raseduspetsiifiline glükoproteiin — SP1, β_1 -glükoproteiin — PS β_1 G).

2. Rasedusega kaasnevad proteiinid (SP3, SP4, α_2 -glükoproteiin — α_2 -PAG).

3. Fetaal- ehk platsentaarproteiinid (viies platsentaarproteiin — PP5, solitaarsed koeproteiinid PP3 sarnased, koeproteiinid PP7, PP8, PP10 jt.).

Kahe esimese rühma proteiinid on olulised raseduse kulu jälgimisel ja peale selle on nad ka kui potentsiaalsed kasvaja markerid. Kolmanda rühma proteiinid esinevad peale platsenta veel enamikus teistes piirkondades ning kliinilisest aspektist on nad perspektiivsed vähi diferentsiaaldiagnoosimisel.

Raseduspetsiifilised proteiinid. AFP määramine on tähtis nii ontogeneesi kui ka onkogeneesi aspektist.

AFP ontogeneesis. AFP-d sünteesitakse raseduse vältel loote maksas, endodermaalses siinus (yolk sac) ja teatud määral ka gastrointestinaalses süsteemis. AFP-d on võimalik määrata 12...16. rasedusnädalal loote vereseerumis, seejärel amnionivedelikus ja ema vereseerumis. Mitmest määramismeetodist on informatiivsem tundlik radioimmunoloogiline meetod.

AFP normväärtustest kõrvalekalded on mittespetsiifiliseks signaaliks loote võimalikust arenguhäirest või haigusest. Need võivad olla: anentsefaalia, avatud või suletud *spina bifida*, hüdrotseefalus, meningotseele, sakrokoksügeaalne teratoom, eksomfaloos, omfalotseele, Fallot' tetraloogia, kongenitaalne söögitoru atreesia, biliaarne atreesia, hepatiit, kongenitaalne nefroos, Meckeli sündroom, Turneri sündroom, kromosomaalsed abnormsused, raske reesusisoimmunisatsioon, ähvardav abort, loote kahjustus (*distress*) või surm.

Suhteliselt lihtne AFP määramine ema vereseerumis võimaldab sõeltesti (*screening*) teel rasedate hulgas välja selgitada suure riski rühma, selleks et avastada võimalikke arenguhäireid ja haiguslikke looteid. Kasutades seejärel kliiniliste uuringute kompleksi, on võimalik panna lõplik kliiniline diagnoos (vt. skeem).

Kokkuvõtteks tuleb rõhutada AFP

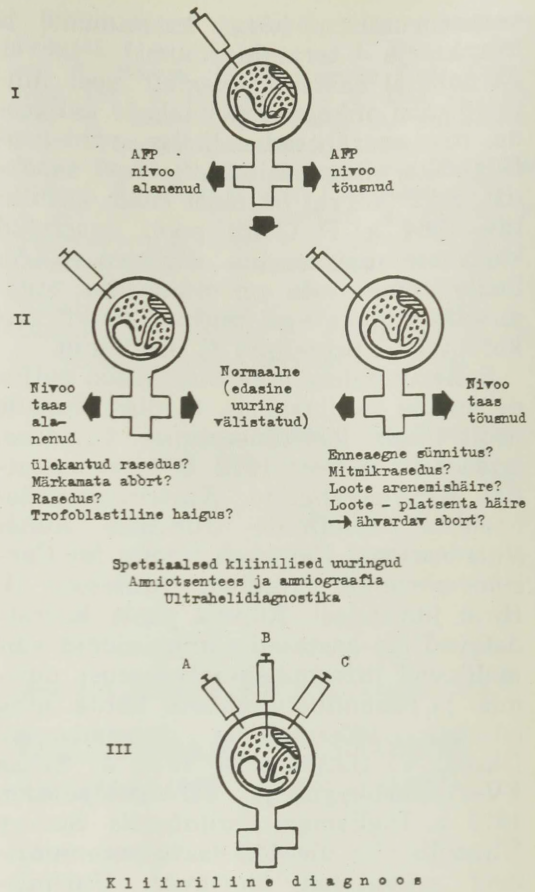
määramise osatähtsust ontogeneesis loote, platsenta või ema organismi patofüsioloogiliste nihete avastamisel ja raseduse kulu jälgimisel.

AFP onkogeneesis. Embrüonaalantigeenide sünteesimise võimaluse avastamine inimese kasvajates avas uued võimalused funktsionaalpatoloogia valdkonnas. Nende antigeenide taasilmumist tagavad mehhanismid ei ole veel selged, kuid tees «onkogenees kordab ontogeneesi» näib mitmel teel põhjendatud olevat. Mitmete uurijate (G. Abelev, H. Hirai, R. Masseyeff, E. Ruoslahti jt.) arvates näib AFP-süs- teem olevat kõige paljulubavam mudel selle mehhanismi selgitamiseks. AFP on selgepiiriline ja hästi määratav proteiin, mille dünaamikat ontogeneesis ja patoloogias on laialdaselt uuritud.

Rakuline substraat (alus) AFP sünteesiks ontogeneesis ja pahaloomulisuse korral on määrava tähtsusega, sest AFP produktsioon muude patoloogiliste seisundite korral vastab tõenäoliselt tema sünteesile füsioloogilistes tingimustes. Üldiselt on AFP kõrget kontsentratsiooni leitud kasvajates, milles esinevad rakud on analoogilised ontogeneesis AFP produktsiooni eest vastutavate rakkudega. Nendeks kasvajateks on eelkõige hepatotsellulaarne vähk, endodermaalsiinuse kasvaja, koorionkartsinoom, munandi ja munasarja teratokartsinoom. AFP kontsentratsiooni kõrgeid väärtusi on leitud mao- ja kõhunäärmevähi maksa metastaseerumise juhtudel.

Seerumi AFP kontsentratsiooni tõusu on konstateeritud ka mittekasvajaliste haiguste, nagu infektsioosse ja seerumhepatiidi, samuti Austraalia antigeeni (HBsAg) korral. Ent maksatsirroosi ja kroonilist hepatiiti põdejail on tõusu täheldatud vaid üksikjuhtudel.

Immunodefitsiitsusest tingitud *ataxia teleangiectatica* puhul on täheldatud vereseerumi kõrgeid AFP väärtusi, mida aga ei ole ette tulnud muude analoogiliste haiguste korral. AFP väärtused on olnud kõrged ka kongenitaalse türosineemia ja tsüstilise fibroosi korral. Vereseerumi AFP kontsentratsioo-



Skeem. Varajase raseduse arenemise jälgimine alfafetoproteiini (AFP) määramise teel ema vereseerumis. Autori joonis.

ni määramine võib seejuures olla hinnatav viis heterotsüootide kandjate avastamiseks nn. riskiperekondades, võimalik, et ka selle haiguse prenataal- sel diagnoosimisel.

Kokkuvõtteks tuleks veel kord rõhutada AFP analüüsi kui olulise kliinilise näitaja tähtsust fetaalse patofüsioloogia ja vähiuurimise aspektist.

Kartsinoembrüonaalse antigeeni (CEA) esinemist seostati algul ainult seedetrakti kasvajatega, kuid hilisemad uurimused näitasid palju laialdasemat lokaliseerumist. CEA-d on leitud eelkõige jämesoole, mao ja sapiteede limaskestast näärmelise vähi koes. Samaaegselt on CEA-d leitud ka jämesoole normaalsest limaskestast. Sealne CEA oli immunoloogiliselt identne CEA-ga

kasvaja korral, kusjuures ainuke erinevus oli hulgas. Huvipakkuv on ka CEA esinemine mao limaskestast intestinaalse metaplaasia kolletes, kuid normaalses mao limaskestas seda ei esine. Vähesel hulgal on CEA-d leitud rinnanäärmes, kopsus ja maksas arenenud kasvajaalsetes koes.

70...80% -le seedetrakti väljakajunenud vähkkasvajate juhtudele on iseloomulik CEA hulga suurenemine vere-seerumis üle normväärtuse (>10 ng/ml), nende kasvaja metastaaside esinemisel iseloomulik aga kõikidele juhtudele.

Teatud diagnostilise tähenduse korral on leitud ka prognostiline omadus. Nimelt siis, kui CEA väärtused on kõrged, on täheldatud nii kirurgilise kui ka radioloogilise ravi vähest mõjusust, kui aga madalad, on ravitulemused olnud paremad. Operatsioonijärgse radiokalse ravi korral langeb CEA väärtus normi piiresse, tõuseb aga järsult taas metastaseerumise või retsidiivide puhul. Seega on oluline CEA dünaamiline määramine. Huvipakkuvad on ka esialgsed kliinilised tähelepanekud, mis viitavad CEA ja organismi immunoloogiliste süsteemide vastastikusele seosele.

Rasedusespetsiifiline glükoproteiin (SP1) on määratav 6...15. rasedusnädalal. Kasvajatest on ta iseloomulik trofoblastilise päritoluga pahaloomuliste ja mitmesuguste mittetrofoblastiliste kasvaja näiteks düsgerminoomi, embrüonaalkartsinoomi või teiste puhul.

Rasedusega kaasnevad proteiinid. Neist on enam uuritud SP3, mida on leitud Crohni haiguse, Behceti sündroomi ja pahaloomulise kasvaja dissemineerumise korral. Seda glükoproteini on leitud ka leukotsüütides ning tal on oluline immunoloogiline funktsioon.

Platsentaarproteiinidest on tuntum PP5 ning seda kasutatakse trofoblastilist haigust normaalsest rasedusest diferentsimiseks. Viimasel juhul on PP5 sisaldus vereseerumis suurenenud, kuna trofoblastilise haiguse puhul selle

sisaldus suurenenud ei ole. Platsentaarsed koeproteiinid PP7 ja PP8 on sar-nased ning nende kontsentratsioon on suhteliselt kõrge, neid leidub mitte ainult platsentas, vaid ka enamikus muudes inimorganismi kudedes. Nimetatute ja teiste platsentaarproteiinide uurimine ja kasutamine on praegu veel laboratoorsel tasemel.

Ühe olulise momendina on tõestatud, et rasedusproteiinid võivad funktsioneerida kui hormoonid, kui steroide transportivad proteiinid või kui immunoreguleerivad faktorid, mis on seoses loote ja emaga. Platsentaarantigeenide ja steroidhormoonide vastastikune toime võib kujuneda rakulise regulatsioonimehhanismi võtmemomendiks hormoonisõltuvate kasvaja puhul. Need ja mitmed teised eespool nimetatud aspektid tingivad vajaduse embrüonaalantigeene edaspidi uurida.

KASUTATUD KIRJANDUS: 1. Abelev, G. I. *Adv. Cancer Res.*, 1971, 14, 295—358. — 2. Abelev, G. I., Perova, S. D., Khramkova, N. T., Postnikova, Z. A., Irlin, I. S. *Transplant. Bull.*, 1963, 1, 174—180. — 3. *Carcino-Embryonic Proteins*. Vol. I, II. Ed. F.-G. Lehmann Elsevier/North-Holland Biomedical Press, 1979. — 4. Hirai, H., Alpert, E. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 1975, 259, 1—452. — 5. Hirzfeld, L., Haller W., Rosenblat, J. Z. *Immunitaetsforsch.*, 1932, 75, 209—216. — 6. Nørgaard-Pedersen, B. *Scand. J. Immunol.*, 1976, suppl. 4. — 7. VIIth Meeting of International Society for Oncodevelopmental Biology and Medicine. Abstracts. 9th—14th September, 1979. Surrey.

Eesti NSV Tervishoiu-ministeerium

PAHALOOMULISED MITMIKKASVAJAD

TIINA POKK LEO POKK · TARTU

pahaloomulised mitmikkasvajad, esinemissagedus, kliinilised diagnoosivead

Esimesena kirjeldas pahaloomuliste mitmikkasvajate esinemisjuhtu Th. Billroth (3) 1880. aastal, kes täheldas haigel üheaegselt mao- ja väliskõrva-vähki. Viimastel aastatel on pahaloomuliste mitmikkasvajatele üha rohkem tähelepanu pööratud, on avaldatud mitmeid monograafiaid (7, 9, 17). 1974. a. toimus Pervus sel teemal rahvusvaheline onkoloogide konverents.

Nagu pahaloomuliste kasvajate tekkepõhjus üldse, nii on siiani veel selgitamata, miks osal inimestel tekib mitu pahaloomulist kasvajat.

Osa autoreid on seisukohal, et pahaloomuliste mitmikkasvajate tekkepõhjus on organismi üldine soodumus kasvajate tekkeks (9, 17).

Teised uurijad seevastu väidavad, et põhjuseks ei ole mitte üldine soodumus, vaid eri kantserogeensete ainete mõju eri elunditele, seega kohalikud tegurid (15). Mitmikkasvajate tekkes arvatakse tähtis osa olevat hormonaalsetel mõjutustel (12). Huvitavaid andmeid esitas K. Holley kaasautoritega (4). Nad on täheldanud seost haigete veregrupi ja mitmikkasvajate esinemissageduse vahel. Haigetel, kellel on 0(I)- ja A(II)-grupi veri, on nende andmeil mitmikkasvajaid võrdsel hulgal, kuna neil, kellel on B(III)-grupi veri, on neid neli korda harvem.

Mitmikkasvajate uurimisel on suur praktiline väärtus. On juhtunud nii, et kui haige pärast ühe kasvaja radikaalset ravi on uuesti arsti poole pöördunud, ei ole viimane tihti arvestanud uue kasvaja tekkimise võimalust. Sellistel puhkudel on arst haige kaebusi pidanud metastaaside väljenduseks ning piirdunud palliatiivse või isegi sümptomaatilise raviga. Samal ajal on kirjanduses palju andmeid selle kohta,

et õigeaegne diagnoosimine võimaldab haiget ka korduvalt tekkivate pahaloomuliste kasvajate puhul edukalt ravida (6, 8, 10).

Pahaloomuliste mitmikkasvajate esinemissageduse kohta on kirjanduse andmed väga erisugused tingituna uurimismaterjali laadist — kas lahangumaterjal või kliinilised andmed —, samuti pahaloomuliste mitmikkasvajate mõiste defineerimise eri kriteeriumidest. Nii täheldasid ka I. Mihhirjev ja T. Mihhirjeva (13) ulatuslikus statistilises töös 111 493 pahaloomulise kasvaja juhust mitmikkasvajaid 430 juhul (0,39% haigete üldarvust), T. Berg ja S. Lundberg (1) seevastu 7246 pahaloomulise kasvaja lahangujuhu kohta 882 juhul (12,2% -l kõigist juhtudest).

K. Malmio (5) esitas 37 autori koondandmed (54 299 lahangut), mille põhjal pahaloomulised mitmikkasvajad moodustasid 2,1%. D. Abdurassulov ja K. Nikišin (9) töid 18 autori kogutud kliinilised andmed, mille järgi mitmikkasvajate esinemissagedus varieerus 0,31...7,4% üldandmetest. Mitme autori (10, 11, 14) arvates mitmikkasvajate esinemissagedus suureneb.

Pahaloomuliste mitmikkasvajate korral esineb tavaliselt kaks kasvajat, kuid on täheldatud ka 3...5 kasvajat, ühel haigel koguni 7 erisugust pahaloomulist kasvajat (6). Tavaliselt on mitmikkasvajad histogeneetiliselts ühesuguse ehitusega — vähid. Histogeneetiliselts erinevaid kasvajaid esineb märgatavalt harvem. Ch. Moerteli (7) andmetel moodustab kombinatsioon vähk—sarkoom vaid 6% kõigist pahaloomulistest mitmikkasvajatest. Nad võivad esineda kas üheaegselt või areneda teatava aja jooksul pärast ühe kasvaja ravimist. Sellised metakroonselt tekkivad kasvajakad ilmuvad tavaliselt mõne aasta jooksul, kõige sagedamini 4...5 aasta jooksul pärast esimest kasvajat, kuid võivad ilmuda ka märgatavalt hiljem, 20...30 aastat pärast esimese kasvaja ravi.

Pahaloomulised mitmikkasvajad võivad areneda ühes elundis, kõige sagedamini nahas (18). Sagedaseks tekkeko-

haks on magu ja sooletrakt, eriti jämesool. B. Petrovi (16) andmetel oli maailmakirjanduses 1963. a. kirjeldatud 800 jämesoole pahaloolumuliste mitmikkasvajate juhtu.

Jämesooles peetakse mitmikvähkide tekke põhjuseks polüpoosi ja kroonilist koliiti. Sageli tekivad mitmikkasvajad ühes elundsüsteemis, harvem eri elundsüsteemis (2, 8, 12).

Käesolevas töös uurisime pahaloolumuliste mitmikkasvajate juhte Tartu Kliinilise Haigla prosektuuri lahanguprotokollide ja haiguslugude põhjal 1. IV 1966. a. kuni 1. VI 1978. Sel ajavahemikul oli lahangul leitud siseelundite pahaloolumulisi kasvajaid 1414 juhul. Nende hulgas oli 33 lahangul (2,33% -1 lahangutest) sedastatud või oli haigel elupuhuselt diagnoositud mitu pahaloolumulist kasvajat. Seega oli pahaloolumuliste mitmikkasvajate esinemissagedus uuritud ajavahemikul veidi suurenenud, võrreldes ajavahemikuga 1954... 1966, mil see moodustas 1,76% (10).

Me uurisime 17 meest ja 16 naist. Enamik haigeid suri vanemas elueas: 18 üle 70 aasta vanuses, seitse 60... 69 aasta ja kolm 50... 59 aasta vanuses. Viis haiget, 4 naist ja 1 mees, surid korduvalt tekkinud kasvajate tõttu 43... 47 aasta vanuselt.

32 haigel oli kaks pahaloolumulist kasvajat, ühel neli. 30 juhul olid kasvajakasvajad ühesuguse histogeneetilise ehitusega (vähid), kolmel erisugusega. Need juhud olid järgmised: 1) 64-aastaselt mehel opereeriti 1969. a. neer hüpernefroidse vähi tõttu, 1974. a. suri ta glioblastoomi tagajärjel; 2) 73-aastaselt mehel leiti üheaegselt maosarkoom ja *papilla Vateri* piirkonnas adenokartsinoom; 3) 24-aastaselt naisel eemaldati silm melanoomi tõttu, 10 aastat hiljem leiti tal kopsu kaeraterakujuline vähk.

Meie uurimismaterjalis paiknesid pahaloolumulised mitmikkasvajad 13 juhul ühe elundsüsteemi piires. Kõige sagedamini lokaliseerusid nad seedetraktis — 7 juhtu. Kõige sagedam kombinatsioon oli siin magu—jämesool, kokku kuus juhtu. Kolmel juhul paiknesid

mitmikkasvajad urogenitaaltraktis ja kolmel juhul naise suguelundites. Kahekümnel juhul leiti neid eri elundsüsteemides. Mingit seaduspärasust juhtude väikse arvu tõttu ei saa esile tuua. Mitmikkasvajad tekivad sagedamini nendessamades elundites, kus sagedamini tekivad ka solitaarkasvajad. Nii oli meie uurimismaterjalis 12 maovähki, 9 neeru hüpernefroidset vähki, 9 jämesoolevähki, 5 rinnanäärmevähki ja 3 eesnäärmevähki.

12 juhul esinesid kasvajakasvajad sünkroonselt ja 21 juhul metakroonselt. Kõige sagedamini ilmus teine pahaloolumuline kasvaja 1... 5 aasta jooksul pärast esimese ravimist. Sellel ajavahemikul täheldati uue kasvaja teket kaheksal juhul. Kuuel juhul tekkis teine kasvaja 8... 10 aasta jooksul pärast esimese ravimist. Ülejäänud juhtudel oli vaheaeg esimese kasvaja ravi ja teise ilmumise vahel märksa pikem, nimelt 16... 17 aastat (3 juhtu), 20 aastat (1 juht), 26 aastat (1 juht) ja 32 aastat (1 juht).

Praktika seisukohalt peame oma materjali analüüsis kõige olulisemaks tähelepanekuks seda, et rohkem kui pooltel (19 juhul 33-st) oli teine pahaloolumuline kasvaja jäänud kliiniliselt diagnoosimata. Neist enamikul peeti uuesti haigestumise põhjuseks esimese kasvaja siirete teket.

Meie uurimismaterjali põhjal opereeriti ainult kuut mitmikkasvajatega haiget korduvalt. Korduva kirurgilise ravi otstarbekust ja võimalikkust näitavad selgesti andmed kahe sellise juhu kohta, mille lühidalt esitame.

Juht 1. Haigel H. T. (haiguslugu nr. 237/1977) tehti 1958. a. *enucleatio bulbi oculi sinistri* melanoomi tõttu. Haige oli siis 24-aastane, 10 aastat hiljem (1968. a.) diagnoositi tal vasaku kopsu vähk ja eemaldati kopsusagar. Histoloogilisel uurimisel osutus kasvaja kaeraterakujuliseks vähiks. Haige suri 9 aastat hiljem kopsuvähi retsidiivi ja metastaaside tõttu.

Juht 2. 47 aasta vanusel haigel M. P. (haiguslugu nr. 147/1973) resetseeriti 1957. a. magu. 1959. a. eemaldati tal emakas ja munasarjad. 1968. a. resetseeriti ristikärssool ja 1973. a. opereeriti haiget neljandat korda (*hemicolectomia dextra et resectio sigmatis*).

Seega oli haiget mitmikvähkide tõttu 16 aasta jooksul opereeritud neljal korral. Ka viimane operatsioon õnnestus, kuid haige suri operatsioonijärgsel perioodil ägeda kardiovaskulaarse puudulikkuse tagajärjel.

Kokku võttes võime öelda, et onkoloogilistel haigetel tuleks arvestada mitmikkasvajate esinemise võimalust, mis võivad areneda pärast esimese kasvaja radikaalset ravi tavaliselt 4... 5 aasta jooksul.

KIRJANDUS: 1. Berge, T., Lundberg, S. *Opuscula Medica*, 1974, 19, 3, 113—117. — 2. Berndt, H. *Arch. Geschwulstforsch.*, 1974, 43, 1, 79—81. — 3. Billroth, Th. *Die Krankheiten der weiblichen Brustdrüsen*. Stuttgart, 1880. — 4. Holley, K. E., Taswell, H. E., Moertel, C. G. *JAMA*, 1968, 198, 12, 1297—1298. — 5. Malmio, K. *Ann. Chir. Gynecol.*, 1959, 48, Suppl. 92, 1—124. — 6. Mersheimer, W. L., Ringel, A., Eisenberg, H. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 1964, 114, 896—921. — 7. Moertel, Ch. G. Multiple primary malignant neoplasms. Berlin, 1966. — 8. Pokk, L. *Nõukogude Eesti Terwishoid*, 1968, 4, 249—259.

9. Абдурашулов Д. М., Никишин Е. Е. *Первично-множественные опухоли*. Ташкент, 1968, т. 1. — 10. Алиев Ш. А. *Вопр. онкол.*, 1964, 4, 81—81. — 11. Гулякин М. Ф., Юдин И. Ю., Царев Б. М., Серчевчин В. В. *Вопр. онкол.*, 1972, 5, 51—56. — 12. Гумилевская Е. М. *Вопр. онкол.*, 1966, 9, 84—88. — 13. Михирев И. В., Михирева Т. Н. *Вопр. онкол.*, 1976, 8, 79—83. — 14. Наджаров А. Г., Садыгов В. И., Измайлова З. Ю. *Вестн. хир.*, 1973, 1, 75—79. — 15. Петров Н. Н. *Злокачественные опухоли*. Л.-М., 1947, т. 1, 260—263. — 16. Петров Б. А. В кн.: *Труды VIII международного противоракового конгресса*. М.-Л., 1963, 1, 346—349. — 17. Слинчак С. М. *Множественные злокачественные опухоли*. Киев, 1968. — 18. Шанин А. П. *Диагностика и течение злокачественных опухолей кожи*. Л., 1947.

Tartu Kliiniline Haigla
TRÜ arstiteaduskonna patoanatomia
ja kohtuarstiteaduse kateeder

UDK 616.433-07

MORGAGNI-STEWART-MORELI SÜNDROOMI DIAGNOOSIMINE

LIIVIA LUTS ALEKSANDER PAŠKOV · TARTU

Morgagni—Stewart—Moreli sündroom, diagnoosimise kriteeriumid, endokriinsed ja neuroloogilised sümptoomid

Käesoleva ajani ei ole kirjanduse andmetel Morgagni—Stewart—Moreli (MSM) sündroomi diagnostilised kriteeriumid kindlalt piiritletud (1). Artiklis käsitleme endokriinseid ja neuroloogilisi sümptoome frontaalset hüperostoosi põdevatel haigetel ning esitame MSM-sündroomi diagnoosimise kriteeriumid.

Uurimismaterjal ja -metoodika.
Uuritute rühma moodustasid kraniograafiliselt verifitseeritud frontaalse hüperostoosiga 89 haiget, kellel oli diagnoositud mitmesuguseid haigusi, mille tõttu neid raviti aastail 1968... 1977 Vabariiklikus Struumatõrje Dispanseris (53 haiget) ning Tartu Kliinilise Haigla neuroloogia- ja neurokirurgiaosakonnas (36 haiget). Selgitati neuroendokriinse sündroomi esinemist ja iseärasusi, samuti vanust esimeste haigusnähtude ilmnemisel. Frontaalset hüperostoosi diagnoositi juhul, kui otsmikuluu sisemise lestme paksemine üle-

Tabel 1. Kliiniliste sümptomide tekkimise aeg, võrreldes kehakaalu progresseeruva tõusu algaegaga

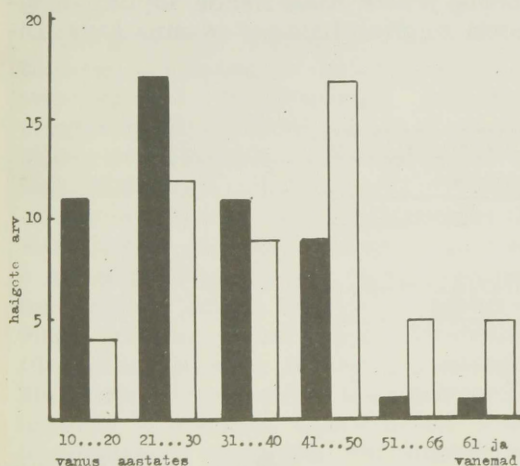
Kliiniline sümptom	Enne adipoosuse teket	Samaaegselt ja lähema 5 a. vältel pärast adipoosuse teket	Hiljem kui 5 a. pärast adipoosuse teket
Hirsutism	3	7	1
Menstruatsioonihäired	2	9	4
Unehäired (unetus, hüpersomnia)	3	12	6
Vegetatiivsed paroksüsmid	1	6	3
Isuhäired (buliimia, isutus)	—	31	—
Polüdüpsia	—	14	2
Peavalud	—	35	—

tas 8 mm. Adipoossust hinnati neljaastmelise skaala järgi M. Jegorovi ja L. Levitski üldtuntud kriteeriumide kohaselt. Frontaalset hüperostoosi põdejaist tehti 32-l peaaegu röntgenograafilised kontrastuuringud ja registreeriti elektroentsefalogramm.

Tulemused ja arutelu. Endokriinsed ja neuroloogilised häired olid 50 haigel (56%), neist oli 44 naist ja 6 meest, kes olid 17...73 aastat vanad. Järgnevas analüüsis on toodud andmed ainult selle haigeterühma kohta.

Haiguse kestus oli 1...38 aastat. Anamneesis ei õnnestunud leida pidepunkte, mida oleks võinud pidada haiguse tekkes põhjuslikult oluliseks.

Endokriinsetest haigustest oli esikohal adipoossus, mis esines kõigil 50 haigel, neist oli 34-l (68%) kolmanda ja neljanda astme rasvumine. Kiire kehakaalu tõus koos peavaludega oli enamikul haigetel esimeseks haiguse avalduks. Muude kliiniliste sümptomide kujunemine ei olnud nii selgelt väljendunud ning nende tekkimise aeg oli vaid ligikaudselt määratav (vt. tabel 1). Selgub, et esmased vaevused tekkisid kõige sagedamini 21...30 aasta vanustel, frontaalne hüperostoos aga leiti enamasti märksa vanematel — 41...50 aasta vanustel (vt. joonis 1). Et fron-



Joonis 1. Haigete vanus esmakaebuste tekkimise ja frontaalse hüperostoosi diagnoosimise ajal.

Tabel 2. Kliinilised sümptoomid ning lisatunnus frontaalse hüperostoosi ja neuroendokriinse sündroomi puhul

Kliiniline sümptoom, lisatunnus	Juhtude arv
Adipoossus	50 (100%)
Peavalud	35 (70%)
Isuhäired (<i>bulimia</i> , isutus)	31 (62%)
Nõrkustunne, pidev väsimus	30 (60%)
Emotsionaalne labiilsus	27 (54%)
Polüneuralgilised valud	23 (46%)
Arteriaalne hüpertensioon	22 (44%)
Unehäired (unetus, hüpersomnia)	21 (42%)
Suhkurtõbi	18 (36%)
Polüdipsia	16 (32%)
Perioodilised tursed	16 (32%)
Hüperhidroos	16 (32%)
Menstruatsioonihäired	15 (30%)
Düsfooria, mäluhäired, apaatus	12 (24%)
Hirsutism	11 (22%)
Vegetatiivsed paroksüsmid	10 (20%)
Pearinglemine, tasakaaluhäired	7 (14%)
Epilepsia	4 (8%)

taalset hüperostoosi on võimalik diagnoosida üksnes kraniograafia teel, sõltus see sellest, kas haiget oli kraniograafiliselt uuritud või mitte. Meil õnnestus saada andmeid vaid kolme haige kohta, kellel 9...15 aasta eest oli tehtud kraniograafiline uuring kehakaalu kiire tõusu ja peavalude tõttu, kusjuures frontaalse hüperostoosi nähte veel ei olnud. Neist ühel haigel esinesid tolal ka polüdipsia, vegetatiivse närvisüsteemi häired ja pericodilised menstruatsioonihäired. Seega nendel kolmel haigel kujunes frontaalluu sisemise lestme hüpertroopia hiljem, kui avaldusid haiguse esimesed kliinilised ilmingud.

Adipoosetest haigetest jaotus rasvade 26-l enam-vähem ühtlaselt kehatalvel ja jäsemetel, 23 haigel oli Cushingi rasvumise tüüp ning ühel haigel alumine lipodüstroofia. *Striae distensae* leiti 18 juhul. Kolmanda ja neljanda astme adipoossuse korral olid tüüpilisteks põlletaoline rippkoht, pülvituri, topeltlõug ja *megalomammæ* (vt. foto). Teistest MSM-sündroomi korral kirjeldatud endokriinsetest häiretest esinesid suhkurtõbi 18 haigel, menstruatsioonihäired 15 ja hirsutism 11 haigel (vt. tabel 2).



Foto. Haige Ö. S., 51-aastane, adipoossuse kolmas aste. MSM-sündroomile iseloomulik haabitus.

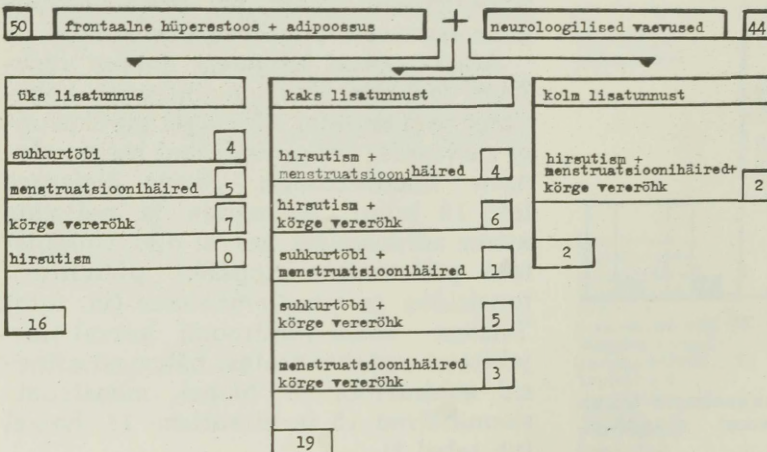
Neuroloogilisi ärajäämanähte ei olnud 50 haigest ühelgi. Epilepsiahood olid neljal, neist kahel teadvusekaotuse hood ilma krampidega, ühel tekkisid öösiti epileptilised krampid, mis levisid üle kogu keha, ühel psühhomotoorsed hood. Epileptiline sündroom kujunes pärast 40. eluaastat haiguse hilisemas järgus. 44 haigel (88%) olid mitmesugused neurovegetatiivsed häired (vt. tabel 2). Sagedasteks kaebusteks olid eri intensiivsusega difuusne või otsmikukolaliseeruv peavalu, kiire väsimine, hüperhidroos, polüdüpsia tursete tekkega, polüneuralgiad, emotsionaalne labiilsus ja stereotüüpsed vegetatiiv-

sed paroksüsmid vegetovaskulaarsete hoogudena. *Bulimia*'t täheldati 25, isust 6 juhul. Unepuuduse all kannatas 18 haiget, liigne unisus esines kolmel.

Haiguse kulus väärib tähelepanu mitmete sümptomide perioodilisus. Näiteks täheldati haigetel erineva kestusega arteriaalse hüpertensiooni, menstruaaltsioonihäirete, polüdüpsia, *bulimia*, unehäirete ja düsfooria perioode. Ka vegetatiivsed paroksüsmid esinesid tsükliliselt.

Frontaalluu sisemise lestme hüpertroofia oli meie poolt uuritud 8...30 mm. Frontaalse hüperostoosi määra ja neuroendokriinsete sümptomide raskuse ning haiguse kestuse vahel ei esinenud korrelatiivset seost.

50 frontaalse hüperostoosi ja neuroendokriinse sündroomi juhust diagnoosisime MSM-sündroomi 37 juhul, neist kahel meeshaigel. Selle diagnoosimisel pidasime vajalikuks lisaks frontaalsele hüperostoosile, adipoossusele ja neurovegetatiivsetele sümptomidele veel vähemalt ühe kirjanduses tüüpiliseks peetud lisatunnuse (hirsutism, suhkurtõbi, menstruaaltsioonihäired, arteriaalne hüpertensioon) esinemist. Nagu nähtub jooniselt 2, leiti üks lisatunnus 16-l, kaks lisatunnust 19-l ja kolm lisatunnust kahel haigel. Ülejäänud 13 haigusjuhtu käsitlesime kui MSM-sündroomi *forme fruste* ning nende lõpliku diagnoosi selgitab haiguse edasine kulg. Di-



Joonis 2. Kliiniliste sümptomide kombineerimine haigetel frontaalse hüperostoosi ning adipoossuse puhul.

ferentsimist muudest sarnase kliinilise pildiga haigustest, peamiselt Itsenko—Cushingi ja Steini—Leventhali tõvest, võimaldasid korduvalt tehtud laboratoorsed ja röntgenoloogilised uuringud, samuti günekoloogiline uurimine.

Laboratorsetes uuringutes ei olnud üheselt tõlgendatavaid muutusi, mis vastab kirjanduse andmetele. Vereseerumi naatriumi-, kaaliumi-, kaltsiumi- ja anorgaanilise fosfori sisaldus, samuti 17-ketosteroidide ja 17-oksükortikosteroidide nivoo ööpäevas erituvast uriinist varieerusid normväärtuste piires. Olulisi kõrvalekaldeid ei ilmnenud ka põhiainevahetuses, radioaktiivse joodi kilpnäärmesse neeldumise testi ega vere-seerumis valguga seotud joodi sisalduse osas. Vere suhkruksisaldus oli kõrge 18 suhkruhaigel, kolmel haigel olid glükoosi tolerantsuse testi väärtused hüpoglükeemilist tüüpi. Ülejäänutel glükoosi tolerantsuse testi muutusi ei sedastatud. Liikvori rõhk ja koostis olid normaalsed. Pneumoentsefalograafilisel uuringul peale ajuvatsakeste kergekujulise laienemise muud patoloogiat ei leitud. Elektroentsefalograafilisel uuringul ilmnis, et ühel haigel, kes kannatas epilepsiahoogude all, oli epileptilisi ilminguid paremas temporaalpiirkonnas, teistel esines kas üldine kerge või mõõdukas aju bioelektriline aktiivsuse düsrütmia.

Endokriinsete häirete ja neurovegetatiivsete sümptomide kombineerumine, vegetatiivsed paroksüsmid, kliiniliste sümptomide perioodilisus ja neuroloogiliste ärajäämanähtude puudumine on iseloomulikeks hüpotalaamilis-hüpofüsaarse sündroomi avaldusteks (2, 3). Aastatepikkuse intervalliga korduva kraniograafilise uuringu tulemused kolmel haigel, kellel frontaalse hüperostoosi tekkele eelnes neuroendokriinne sündroom, ja selle sündroomi esimeste kliiniliste sümptomide teke noores eas lubavad frontaalset hüperostoosi suure tõenäosusega vaadelda kui hüpotalaamilise sündroomi ühte avaldust. Seega võib frontaalluu sisemise lestme hüpertroofiat käsitleda kui lokaalset osteogeneesi häiret, mis kujunes välja hü-

potalaamilise troofilise regulatsiooni häirimise tagajärjel.

Kokkuvõte. Neuroendokriinne sündroom frontaalse hüperostoosi korral esineb ülekaalukalt naistel. Esimesed kliinilised nähud tekivad enamasti noores eas kehakaalu progresseeruva suurenemise ja peavalu näol, millele edaspidi lisanduvad suhkurtõbi, menstruaalsioonihäired, hirsutism, arteriaalne hüpertensioon ja polümorfset vegetatiivset neuroloogilist nähtu. Neuroloogilisi ärajäämanähte haigetel ei esine. MSM-sündroomi diagnoosisime neil, kellel frontaalse hüperostoosi, adipoosuse ja neurovegetatiivsete sümptomidega kaasnes vähemalt üks lisatunnus, kas hirsutism, suhkurtõbi, menstruaalsioonihäired või arteriaalne hüpertensioon.

Adipoosuse ning frontaalse hüperostoosi korral tuleb haigust vaadelda kui MSM-sündroomi *forme fruste* ning endokrinoloog peab haiged dispanseerima suhkurtõve ja arteriaalse hüpertensiooni tekke õigeaegseks avastamiseks.

KIRJANDUS: 1. Luts, L., Paškov, A. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1979, 6, 441—445.

2. Гращенков Н. И. Гипоталамус, его роль в физиологии и патологии. М., 1964. — 3. Шефер Д. Г. Гипоталамические синдромы. М., 1971.

TRÜ arstiteaduskonna neuroloogia
ja neurokirurgia kateeder
Vabariiklik Struumatõrje Dispanser

UDK 616.379-008.64:618.43

LAPSE SÜNNIKAAL JA SÜNNITUSTE ARV SUHKURTÕVE RISKITEGURINA

IRINA KALITS UNO LEISNER · TARTU

suhkurtõbi, varajane diagnoosimine, riskitegurid, lapse sünnikaal, sünnituste arv, glükoosi tolerantsuse test

Suhkurtõbi on muutunud üha teravamaks meditsiinilis-sotsiaalseks probleemiks. See sunnib kõiki meditsiinitöötajaid eriti tähelepanu pöörama

Tabel 1. Glükoosi tolerantsuse testide tulemused sõltuvalt sünnituste arvust ja sünnitaja vanusest

Glükoosi tolerantsuse testi hinnang	Sünnituste arv																	
	üks			kaks				kolm ja enam										
	vanus		kokku	vanus		kokku	vanus		kokku									
	... 39	40 39	40 39	40 ...										
	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%								
Normaalne	550	92,0	537	73,9	1087	82,0	566	81,5	357	81,7	923	81,6	141	82,5	296	73,8	437	76,4
Suhkurtõvekahtlus	35	5,9	103	14,2	138	10,4	92	13,3	52	11,9	144	12,7	18	10,5	69	17,2	87	15,2
Suhkurtõbi: latentne	5	0,8	49	6,7	54	4,1	20	2,9	15	3,4	35	3,1	5	2,9	18	4,5	23	4,0
manifestne	8	1,3	38	5,2	46	3,5	16	2,3	13	3,0	29	2,6	7	4,1	18	4,5	25	4,4

suhkurtõve varajasele väljaselgitamisele. Selleks on vaja uurida eelkõige neid isikuid, kes suhkurtõvest on enam ohustatud. Sellisesse rühma kuulujaiks peetakse ka palju kordi sünnitanud naisi (1). Raseduse perioodil kontrainsulaarsete hormoonide, eelkõige platsentaarsete hormoonide suurenenud sisaldusel on diabetogeenne toime. Kas rasedus intaktse β -insulaaraparaadi korral suurendab suhkurtõppe haigestumise riski, jääb seni veel lahtiseks (4, 8).

Suhkurtõvele iseioomulikke raseduse tüsistusi, millest üks on suure sünnikaaluga laps, peetakse iseloomulikuks ka prediabeedile ja täheldatakse juba aastaid enne haiguse manifesteerumist (2, 5, 6, 7, 9).

Käesoleva töö ülesanne oli välja selgitada glükoosi tolerantsuse muutused sünnitanuul sõltuvalt sünnituste arvust ning vastsündinu sünnikaalust.

Vaatlusalused ja uurimismetoodika

Uuriti 3028 sünnitanut. Uurimiseks kasutati glükoosi tolerantsuse testi: anti 50 g glükoosi kehapiinna 1 m² kohta. Vere suhkruisisaldus määrati ortotoluidiinimeetodil (söömata, üks tund ja kaks tundi pärast glükoosikoormust). Testi hindamisel lähtusime üldtuntud kriteeriumidest (7). Lapse ülekaalulisuse kriteeriumiks oli sünnikaal üle 4000 g esmassünnitajail ning üle 4300 g korduvsünnitajail.

Tulemused ja arutelu. 3028 uuritud naist diagnoositi glükoosi tolerantsuse testi põhjal 212-l (7%) suhkurtõbi, neist 112-l (3,7%) oli suhkurtõve latentne vorm ja 100-l (3,3%) manifestne vorm. 369 uuritul oli veresuhkrukõver diabeedi suhtes kahtlane.

Tabelist 1 selgub, et juba üks kord sünnitanud naistest on suhkurtõbe küllalt paljudel, nimelt 7,6%-l. Mõne-

Tabel 2. Glükoosi tolerantsuse testide tulemused sõltuvalt esimese lapse sünnikaalust

Glükoosi tolerantsuse testi hinnang	Kaal grammides									
	... 2500		2501 ... 3000		3001 ... 4000		4001 ... 4500		4501 ...	
	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%
Normaalne	123	72,4	257	82,9	1426	82,2	504	81,6	137	70,3
Suhkurtõvekahtlane	30	17,6	32	10,3	204	11,7	68	11,0	35	17,9
Suhkurtõbi: latentne	8	4,7	15	4,9	50	2,9	28	4,5	11	5,6
manifestne	9	5,3	6	1,9	55	3,2	18	2,9	12	6,2

Tabel 3. Glükoosi tolerantsuse testide tulemused sõltuvalt sünnituste arvust ülekaalulise lapse korral

Glükoosi tolerantsuse testi hinnang	Sünnituste arv							
	üks		kaks		kolm ja enam		kokku	
	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%
Nor-maalne	692	81,6	191	74,3	43	57,2	926	79,2
Suhkurtõve-kahtlus	103	12,1	42	16,3	9	14,1	154	13,2
Suhkurtõbi:								
latentne	26	3,1	14	5,5	9	14,1	49	4,2
manifestne	27	3,2	10	3,9	3	4,7	40	3,4

võrra seletub see uuritute valikuga: ülekaalulised naised ja need, kellel sünnitusabianamneesi põhjal oli tüsistusi. Kaks korda sünnitanuist avastati suhkurtõbe 5,7%-l, kolm ja enam korda sünnitanuist 8,8%-l. Seega seost sünnituste arvu ja suhkurtõve esinemissageduse vahel me ei täheldanud.

Analüüsides glükoosi tolerantsuse testi tulemusi sõltuvalt vanusest, leidsime, et nooremas vanuserühmas (kuni 40 a.) täheldatakse siiski seost sünnituste arvu ja suhkurtõve esinemissageduse vahel. Selles rühmas diagnoositi suhkurtõbe üks kord sünnitanuist 2,1%-l, kaks korda 5,2%-l ning kolm ja enam korda sünnitanuist 7%-l. 40-aastastel ja vanematel seos sünnituste arvu ja suhkurtõve esinemissageduse vahel puudub. Tõenäoliselt mõjutavad vanus ja muud riskitegurid suhkurtõve esinemissagedust sedavõrd, et korduvate sünnituste mõju ei nähtu. Kuni 40-aastaste vanuserühmas, mil muude riskitegurite mõju ei ole küllalt määrav, on rasedusel oluline tähtsus suhkurtõve manifesteerumisele, kuid tõenäoliselt vaid neil naistel, kellel on latentne β -insulaaraparaadi puudulikkus.

Analüüsides glükoosi tolerantsuse

testi tulemuste seost esimese lapse sünnikaaluga (vt. tabel 2), leidsime, et väikese sünnikaalu korral (... 2500 g) oli naistel suhkurtõbe sagedamini (10%). Normaalse sünnikaaluga lapsi (3001... 4000 g) sünnitanud naiste rühmas oli protsent tunduvalt madalam (6,1%). Suurim oli suhkurtõve esinemissagedus naistel, kes olid sünnitanud 4500 g raskusi või raskemaid lapsi (11,8%). Seega meie tulemused ühtivad kirjanduse andmetega ja tõestavad, et lapse nii väikese kui ka suure sünnikaalu korral on suhkurtõppe haigestumise oht suurem (3, 7).

Tabelist 3 selgub, et kui ema on sünnitanud kolm või enam ülekaalulist last, on tal risk suhkurtõppe haigestuda veelgi suurem.

Eespool esitatust tuleneb, et kõikidel naistel, kellel on suhkurtõvele iseloomulik sünnitusabianamnees, on vaja teha glükoosi tolerantsuse test. See on vajalik nii suhkurtõve varajase väljaselgitamise kui ka loote antenataalse kaitse seisukohast.

KIRJANDUS: 1. Fitzgerald, M. G., Malins, J. M., O'Sullivan, D. J., Wall, M. Q. J. Med., 1961, XXX, 117, 57—70. — 2. Gödel, E. Zbl. Gynäkol., 1973, 95, 51, 1793—1805. — 3. Paton, D. M. Am. J. Obstet. Gynecol., 1948, 56, 558, 562. — 4. Roszkovski, J., Janesenska, E. Am. J. Obstet. Gynecol., 1964, 88, 207—211.

5. Грязнова И. М., Второва В. Г. Акуш. и гинеколог., 1974, 5, 58—62. — 6. Грязнова И. М., Второва В. Г. Акуш. и гинеколог., 1978, 5, 67—72. — 7. Калитс И. А., Гладштейн Л. Н., Сепп В. А. В кн.: Вопросы эндокринологии. Минск, 1972, 108—114. — 8. Ключина Г. А., Ключко В. Р., Мазовецкий А. Г. Пробл. эндокринолог. (Москва), 1976, 1, 100—107. — 9. Конради Л. И., Матвеева О. Ф. Акуш. и гинеколог., 1972, 1, 67—68.

Vabariiklik Struumatõrje Dispanser
TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi
ja günekoloogia kateeder

ÜLIÕPILASTE VERERINGE- SÜSTEEMI FUNKTSIOONI HÄLBED ÕPPEAJA VÄLTEL

SAIMA TAMM TIJU OLM RAUL MARDI
KUULO KUTSAR LEIDA KOOK JORI
MÄNNISTE ALEKSANDER VARES JAAN
ENNULO TALLINN

Üliõpilaste tervislik seisund, vereringesüsteem,
adaptatsioon kõrgkooli tingimustele

Vaimse töö laad, selle intensiivsus, kestus, töö- ning puhkerežiim mõjutavad oluliselt inimese töövõimet, vaimse väsimuse kujunemist ja nihkeid organismi funktsionaalses seisundis. Kui õpilastel niisuguste muutuste seaduspärasusi on uuritud aastakümneid, siis üliõpilastel on sellised uuringud alles algstaadiumis (5, 6, 10).

Uurimismaterjal ja -metoodika. Uurimisalusteks oli 18...23 aasta vanust E. Vilde nimelise Tallinna Pedagoogilise Instituudi ja Tallinna Polütehnilise Instituudi 979 nais- ja 806 meesüliõpilast. Võrdlusandmete saamiseks uuriti 187 mees- ja 141 naissoost samaealist kõrgkoolis mitteõppivat järgusportlast. Uuringud toimusid päeva esimesel poolel tavalise õppetöö ja eksamite ajal.

Arteriaalset rõhku mõõdeti sfügmomanomeetriga ning tahhoostsilograafiameetodil mehhanokardiograafiaga. Faasanalüüsiks kasutati aparati NEK. Koagulograafi H-333 abil määrati vere hüübimisvõime ning üldkasutataval meetodil kolesteriinisisaldus. Perifeerset angiodystooniat ja jalaveresoonte seisundit hinnati vaatluse teel, pärilik

soodumus selgitati välja anamneesi andmeil ning isiksuse iseärasused psühholoogiliste testide (Taylor, 16 PF-A) abil.

Tulemused. Arteriaalne düstoonia. Üliõpilaste arteriaalse rõhu dünaamika jälgimisel õppeaja vältel selgus, et kõrgkooli astumisel (tõend vorm nr. 286 ja vt. tabel) vererõhk tõuseb, püsib samal tasemel teisel kursusel ning langeb kolmandal kursusel (peamiselt naisüliõpilastel) ($P < 0,05$); viimase kursuse üliõpilastel tõuseb ta uuesti. Meesüliõpilaste süstoolne ja diastoolne rõhk olid oluliselt kõrgemad kui naisüliõpilastel ($P < 0,05$).

164 esimese kursuse üliõpilase arteriaalse rõhu igakuisel mõõtmisel ilmnis keskmiste väärtuste pidev tõus, eriti arvestuste ja eksamite perioodil. Pärast esimese eksamisessiooni järgset puhkust olid süstoolne ja diastoolne rõhk kõrgemad kui sisseastumisel ($P < 0,05$), kusjuures 29% üliõpilastest alustas õppetööd väsimustunnustega.

Kehakultuuri erialal õppivatel järgusportlastel oli vererõhk kõrgem kui kõrgkoolis mitteõppivatel järgusportlastel. Vererõhu dünaamika õppeaja vältel oli neil liikumisvaegusega üliõpilaste omaga võrreldes oluliselt erinev.

Mehhanokardiograafiliste näitajate järgi on suurema kehalise treenituse korral külgsüstoolne arteriaalne rõhk mõnevõrra madalam ning maksimaalne rõhk tõuseb peamiselt hemodünaamilise rõhu arvel. Liikumisvaegusega üliõpilastel on hüpertensiooni korral ka külgsüstoolne ja keskmine arteriaalne rõhk kõrgenenud.

Tabel. Arteriaalse rõhu väärtused 17...22-aastastel noortel

Uuritavad	Arteriaalne rõhk (M±δ)			
	naised		mehed	
	süstoolne	diastoolne	süstoolne	diastoolne
1. Keskkooliõpilased (17...18 a.)*	110,7±9,8	69,0±8,5	113,0±10,2	68,8±7,9
2. Üliõpilased, neist: a) liikumis- vaegusega, b) spordiga tegele- jaid	114,9±12,3 113,3±11,7 117,1±7,5	69,8±8,0 71,9±7,4 67,8±8,6	120,4±15,9 120,2±16,4 121,9±9,9	73,5±9,4 73,3±9,6 75,5±6,5
3. Sportlased (mitte üliõpilased)	108,8±12,9	67,8±8,6	117,7±12,3	71,7±9,2

* Eesti kooliõpilaste vererõhu ealised piirid. Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi ettekirjutis-soovitus. T. 1974.

Meie uurimise andmetel peeti antud vanuses intermediaarseks hüpertensiooniks vererõhu väärtust ($M + 1 \dots 2 \delta$) naisüliõpilastel 125/80...140/90, meesüliõpilastel 130/80...150/90 mmHg.

Eri kursuste ja õpperühmade üliõpilastest esines arteriaalset hüpertensiooni (piirhüpertensioon ja kõrgemad väärtused) 5...21%-l, hüpotensiooni (<95 mmHg) 3...28%-l uurituid. Tulevastel inseneridel täheldati arteriaalset hüpertensiooni 2,4 korda sagedamini kui pedagoogikaüliõpilastel. Kõrgkoolis õppimise ajal kujunes hüpertooniatõbi välja olenevalt erialast 2,4...5,6%-l üliõpilastest, spordiga tegelejatest 1,8%-l. Ühel naisüliõpilasel, kelle vererõhk oli 125/78...130/80 mmHg, tekkis eksami ajal hüpertooniline kriis.

Ilmnes arteriaalse hüpertensiooni tõepärane seos liigse kehakaalu, päriliku soodumuse, sümpatikotoonia prevaleerimisega EKG andmetel ja isiksuse teatud omadustega — ängistus, ärevus, sisemine pingestatus, tugev enesekontroll ($P < 0,05$). Hästi edasijõudvatel üliõpilastel täheldati arteriaalse rõhu tõusu tendentsi ($P < 0,05$), mis ei olenenud vereseerumi kolesteriinisaldusest. Hüperkolesterineemiat esines 15,2%-l üliõpilastest.

Meie tähelepanekud arteriaalse düstoonia esinemissageduse kohta üliõpilastel kinnitavad mitme uuriija seisukohta hüpertensiooni sagenemisest noortel (2, 3, 9), kusjuures on teada, et juveniilsest hüpertensioonist võib 30...70%-l juhtudest välja kujuneda hüpertooniatõbi. Andmed õsutavad nende üliõpilaste dispanseerimise ja ravi vajadusele.

EKG ja faasanalüüs. 280 uuritud naisüliõpilasel esines sõltuvalt liikumisvaegusest EKG ja faasanalüüsi näitude oluline erinevus. Kehakultuuri eriala üliõpilastel oli südame löögisagedus keskmiselt $60,29 \pm 2,49$, regulaarselt spordiga mittetegelevatel $72,6 \pm 11,29$ lööki minutis. Siinusrütmiat täheldati pooltel uuritavatel, mittesportlastel mõnevõrra sagedamini. Tahhükardiat ja rütmi muutumist esines ainult spordiga mittetegelevatel üliõpilastel. Viimas-

tel ilmnesid ka patoloogilised vatsakesesisesed juhtehäired. Elektrilise süstoli keskmine pikkus oli sportivatel neidudel vastavuses normväärtustega, mittesportivatel neidudel oli QT-intervall mõnevõrra pikenenud. Hisi kimbu parema sääre osalist blokaadi täheldati 5,8%-l sportlastest ja 27,3%-l mittetreenitud üliõpilastest. Vatsakeste repolarisatsiooni häireid esines 22,9%-l mittesportlastest ja 11,1%-l sportlastest. Erinev oli ka vegetatiivse närvisüsteemi mõju südamegevusele. Sümpatootoonia prevaleerus vastavalt 43,7%-l ja 11,1%-l juhtudest. Ka südamsükli faaside analüüsil ilmnesid erinevused treenitud ja treenimata üliõpilaste vahel. Südamsükli faasilises struktuuris haiguslikke nihkeid küll ei täheldatud, kuid spordiga tegelevatel üliõpilastel oli faaside kestus tunduvalt pikem ($P < 0,05$). Vaadeldud üheksast näitajast ei olnud olulisi erinevusi ainult asünkroonse kontraktsiooni faasi kestuses (8).

Tehti ka vereringe telemeetrilisi uuringuid eksamite ajal. Tulemustest nähtus, et emotsionaalse stressi seisundis reageerib kehalise treeninguga tegeleva ja mittetegeleva inimese vereringe erisuguselt. Liikumisvaegusega üliõpilastel täheldati südame löögisageduse kiirenemist, eksamite ajal oli neil ka vatsakeste repolarisatsiooni häireid sagedamini kui tavalise õppetöö perioodil.

Perifeerne angiodüstoonia. 155 uuritud naisüliõpilasest esines veresoonte haiguste, eeskätt alajäsemete varikoosi ning südame ja ajuveresoonte haiguste pärilik soodumus 36,1%-l. Jalgade tursumist suvel või pärast pikemaajalist seismist oli märganud 32,3% üliõpilastest, kellel oluliselt sagedamini esines ka veresoonte haigusi anamneesis.

Elektrokoagulogrammi registreeriti 77 üliõpilasel korduvalt, 32 uuritul oli fibrinolüüs langenud, nendest 26 kuu-lusid rühma, kellest enamikul oli pärilik soodumus. Võrreldes omavahel keskmisi elektrokoagulogrammi näitajaid 33 üliõpilasel emotsionaalse stressi korral (eksami ajal), ilmnes vere hüperkoagulatsioon, millega 23 juhul kaasnes

fibrinolüütilise aktiivsuse tõus, 11-1 oli fibrinolüüs kas tunduvalt langenud või praktiliselt puudus.

Pärikkusteguril oli veresoonte haiguste etioloogias oluline osa (7, 12). Üks sagedamaid veresoonte haigusi naistel — alajäsemete varikoos — saab alguse kahekümnendatel eluaastatel. Seetõttu on otstarbekas, et riskirühm just selles vanuses välja selgitataks. Meie tähelepanekud vere hüübimisvõime ja fibrinolüütilise aktiivsuse labiilsuse kohta kinnitavad andmeid, mille järgi nii vere hüübivus kui ka fibrinolüüs on mõjutatavad vegetatiivse närvisüsteemi toonuse muutustest (1, 13).

Uurimistulemused näitasid, et kõrgkooliga adapteerumise perioodil allub üliõpilase vereringesüsteem märkimisväärsele koormusele, millega kaasnevad olulised funktsionaalsed hälbepid.

KIRJANDUS: 1. *Astrup, T.* Blood, 1956, 9, 781—784. — 2. *Hegyiova, M.* Čs. Zdrav., 1973, 21, 11, 466—469. — 3. *Kilcyne, M. M.* Juvenile Hypertension. New York, 1977, 25—35.

4. *Баль Л. В.* В кн.: Состояние здоровья и работоспособность студентов вузов. М., 1974, 58—66. — 5. *Белуцов А. З.* В кн.: Состояние здоровья и работоспособность студентов вузов. М., 1974, 5—23. — 6. *Григнене Э. Ю.* Закономерности приспособления организма студентов на разных этапах обучения. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Вильнюс, 1972. — 7. *Гулордава Ш. А., Разин В. Ф.* Хирургическое лечение первичного варикозного расширения вен нижних конечностей. Таллин, 1974, 178. — 8. *Ольм Т., Тамм С., Пийсанг М.* В кн.: Тезисы докладов XIX республиканской научно-методической конференции по физической культуре. Таллин, 1977, 56—58. — 9. *Петровская Ж. И.* В кн.: Научные проблемы охраны здоровья студентов. М., 1979, 48—50. — 10. *Рожанец Р. В.* Психическое здоровье и адаптация студентов. Автореф. дисс. доктора мед. наук. М., 1975, 33. — 11. *Тамм С., Эннуло Я., Коок Л., Лаусевэ Э., Тийк Х.* В кн.: Тезисы докладов XX республиканской научно-методической конференции по физкультуре «От науки к спорту». Таллин, 1979, 58—59. — 12. *Эфраимсон В. Н.* Введение в медицинскую генетику. М., 1967, 230. — 13. *Хрущева Е. А., Титова М. И.* Система гемостаза при хирургических заболеваниях сердца, сосудов и легких. М., 1974, 244.

*E. Vilde nimeline Tallinna
Pedagoogiline Instituut*

Filosofia ja meditsiin

110 aastat V. I. Lenini sünnist

UDK 100:61

TERVIS KUI VAJADUS JA VÄÄRTUS

SILVER KOPPEL · TALLINN

isiksuse struktuur, profülaktiline meditsiin, tervishoiu organisatsioon

Terve tahab olla igauks. Tervis on inimese jaoks üks kõrgemaid väärtusi, põhilisemaid vajadusi, esmajärgulisi huvisid.* Vaatleme mõningaid selle vajaduse rahuldamise, väärtuse läbitunnetatud hindamise, huvi sihipärase suunamisega seotud probleeme.

Peale paljude muude tegurite sõltub inimese tervis otseselt ta elulaadist. Marksismi rajajad nimetasid elulaadiks inimeste tegevuse, nende elu väljendamise viisi, mis sõltub ajaloolis-konkreetselt tootmisviisist (5, lk. 19). Kui võrd inimese olemuslik «soo-loomus» on vaba teadlik tegevus, oma elutegevuse muutmine tahte ja teadvuse objektiks (3, lk. 157—158) ja «keegi ei saa midagi teha, tegemata seda ühtlasi mingi oma vajaduse tõttu...» (5, lk. 245), võime vaacelda elulaadi inimese vajaduste teadlik-tahtelise rahuldamise süsteemina. Muidugi, see on ainult üks võimalikke vaatlusviise, ühekülgne nagu iga abstraktsioon. Profü-

* On vaid üsna vähe erandlikke inimesi, kes haigust mingite tingimuste tõttu peavad hoopis kasulikumaks kui tervist.

laktilise meditsiini jaoks aga tundub ta viljakana.

Selle vaatlusviisi kohaselt on inimene oma vajaduste ja võimetega loodusliku ning ühiskondliku keskkonna osa. Keskkonnas on tal teatavad kohustused (eelkõige toota) ja teatavad õigused (eelkõige tarbida). Oma teadvuse varal tunnetab ta keskkonda ning iseennast (teadmistena) ja hindab neid (väärtusena). Loetletud tegurite resultandina formeerub tahte ja teadvuse suunitlus (huvi), mis võib areneda praktiliseks tegevuseks. Sotsiaalse subjekti (indiviidist kuni ühiskonnani) suhtumist oma tervisesse iseloomustavad eelkõige näitajad: vajadus, vääratus ja huvi.

Kordame — skeem on abstraktne, küllap primitiivne. Kuid vajavat ja oma vajadusi rahuldavat, õnnelikku ja kannatavat, armastavat ja vihkavat, õigesti talitavat ja eksivat inimest tema ääretus keerukuses ning vastuolulisuses võib mõista üksnes niisuguste skeemide varal.

Nii sotsialistliku ühiskonna kui ka iga selle liikme eesmärk on terve inimene, seega siis ka terve elulaad. Teiste sõnadega: üksnes tervete, loomulikude, mõistlikkude vajaduste rahuldamine.

Seda on kergem väita kui täita, ja veel raskem teoreetiliselt lahti mõtestada. Otsekohe kerkib probleem (ja mitte üksnes terminoloogiline): mida tähendab «terve» või «tervis»? Tuleb leppida sellega, et meditsiinis nagu igas teiseski teaduses on mõningane hulk mõisteid (sageli just fundamentaalseid), mida ta enese vahenditega defineerida ei saa ja mida tuleb võtta «intuitiivselt selgetena».**

Patoloogilisi vajadusi ja nendest tingitud patoloogilist elulaadi on suhteliselt kerge diagnoosida. Meie vabariigi arstiteadlased (eriti professorid E. Karu ja H. Väre) on patoloogilisi vajadusi väga põhjalikult uurinud, meie praktisee-

rivad arstid nende vältimiseks märkimisväärsed tööd teinud. Muidugi, vaieldavused ja piirjuhud — nagu mis tahes küsimuses — on siingi. Meie vabariigis tuleb teoreetiliselt ja praktiliselt lahendamata probleemide rubriiki esialgu paigutada suitsetamine.

Meditsiinilisi (ja meditsiiniga kaudselt seotud) raskusi ei tekita niivõrd patoloogiliste vajaduste määratlemine ja võitlus nendega, kuivõrd just «tervete», normaalsete, mõistlikkude vajaduste mõõdu hindamine. Nüüdisaja teadmiste alusel ei suuda me täpselt loetleda, mida inimene vajab selleks, et terve olla, s. o. omada optimaalset kehalist ja vaimset töövõimet. Kuni küpse sotsialismini, praktiliselt tänapäevani, on inimkond oma vajadusi rahuldanud stiihiliselt. Stiihiline on olnud ka vajaduste suurenemine. Aeg vajaduste uurimiseks ja nende plaanipäraseks reguleerimiseks on saanud alles nüüd.

Ilmselt rahuldumist nõudvad vajadused toidu, joogi ja kehakatte järele ei ole sotsialistlikus ühiskonnas ammu enam probleemiks. Enamik isegi ei mäleta, millised tagajärjed on nende vajaduste puudulikul rahuldamisel. Bioloogiliste vajaduste ülemäärase rahuldamise tulemusi kohtame selle eest sageli. Tuleb hinnata vaikeset, kuid visa töömeest E. Vagast, kelle nõuanded otstarbeka toitumise kohta kuluvad igamehele marjaks ära.

Kuid probleeme kerkib ka bioloogiliste vajaduste puhul. Näiteks teame, et Martin Lutheri perekonnaelu eeskirjad on ilmselt ajast ja arust — aga ega praegugi palju rohkemat ei tea. Puudulikult teame eelkõige seda, et bioloogilise rahuldumise kõrval perekonnas (mis ka peab olema täisväärtuslik!) vajame hoopis rohkem ja järjest rohkem inimlikku soojust, südamlikkust ning teineteise mõistmist. Ignoreerime tõsiasi, et see on kahe inimese koostööga saavutatav ning säilitatav. Seetõttu kujuneb tee «õnnepaleest» rahvakohutusse pahatihti üpris lühikeseks, sellest tulenevalt aga luuakse teooriaid armastuse entroopiast ja relaksatsioonist.

** Materialisti jaoks tähistab see teadmisteks üldistatud praktikad, mida ei suudeta rangete teadusmõistetena formuleerida ääretu variaabluse, kiire ajaloolise muutlikkuse või sobiva metateooria puudumise tõttu.

Liikumisvaegus ja üldse kehalise koormuse vaegus kipub meil võtma üha ulatuslikumaid mõõtmeid. Selle vastu võitlevad — ja edukalt — küll spordientusiastid, mitte aga meedikud.

Keerukam on bioloogilis-sotsiaalsete ja puhtsotsiaalsete vajaduste hindamine. Moed (niihästi rõivaste ja jalatsite mudelite kui ka materjali osas) võivad olla vägagi ebatervislikud. Me ei ole veel nii kaugele jõudnud, et arstid kipuksid «Kommunaari» liiste või moemaja kapriise korrigeerima. Oleme kaugel ka sellest, et igaüks ise suudaks hüljata tervisele kahjulikud moeuudised.

Väga paljudel meie maa elanikel paranevad igal aastal korteriolud. Somaatilise sanitaar-hügieeni seisukohalt tuleb korteritingimusi pidada vähemalt rahuldavaks. On saabunud aeg püstitada küsimus iga inimese vaimse tervise jaoks vajalikust «üksinduse normist» ta enese kodus. Üksinduse otsimine väljastpoolt kodu võib viia mõistlikkuse piirest väljuvate tegudeni.

Meil on tehtud palju töö- ja tööstushügieeni parandamiseks. Asjalikult on normeeritud ka põhilised tootmisnäitajad. On saabunud võimalused tagada iga ühiskonnaliikme töövõime ja vaimse tervise säilitamiseks vajalik lugupidamise ja heasoovliku suhtumise norm, minetamata seejuures nõudlikkust töödistsipliini suhtes.

Võib loetleda palju tingimusi, millest sõltub või näib sõltuvat indiviidi kehaline või vaimne heaolu. Kas või tööle sõit isiklikul autol. Tõsi, bioloogiline vajadus see ei ole ja näib, et selle rahuldamata jäämise korral pole ka midagi katki. Pigem vastupidi — see väldiks nii mõnegi südame ja südametunnistuse rasvumise.

Kuid teises seoses, vajaduste ja võimete tõusu dialektilises ühtsuses, aitab ka eraauto kaasa ühiskonna kui terviku võimete tõusule, sealhulgas isegi tervise parandamisele. Konstrueerimine ja tootmine, tehniline hooldus ja remont, juhtide reageerimiskiirus ja kontsentratsioonivõime... See on vajalik teiste niisama suure ja suurema komplitseeritusega tootmisharude ning spordialade arendamiseks ja küllap kompenseerib mingil määral ka saastatud õhu, vibratsiooni, müra, liiklemispinna ülekoormatuse ja liiklusõnnetused. Progressi eest tuleb maksta.

Ükskõik milliseid vajadusi, väärtusi või huvisid analüüsime, alati on otsustavad ühiskonna kui terviku progressiivsed, tema enese seesmistest arenguseadustest tingitud huvid.

Vajaduste otstarbekuse üle saab otsustada üksnes nende rahuldamise tagajärgi uurides. Inimene ise ei pruugi oma vajadustest ja nende rahuldamise tervislikest moodustest üldse teadlik olla. (Eriti halvasti ollakse sageli «informeeritud» oma primaarsest eluvajadusest: töötada). A. Leontjev (18, lk. 99) näitab, et alles vajaduse (kui tegutsemise seesmise eelduse) ja sellele vastava objekti «kohtumise» tagajärjel algab tegevuse suunamine ning reguleerimine. Järelikult võib inimene eelkõige tunnetada korduvaid vajadusi, kuid ka korduv vajadus ega üldse suur osa sellest, mida inimene soovib, ei pruugi talle realselt vajalik olla.

Vajadused peegelduvad teadvuses väärtuskujutlustena, väärtusotsustustena, väärtussuunitlustena, väärtusorientatsioonidena. Vulgaarne sotsioloogia peab väärtusteadvust indiviidi vajaduste vahetuks peegelduseks: kõik see, mida inimene vajab, võtab tema peas ilmtingimata väärtuse kuju. Ka vastupidi — kõik see, mida inimene peab väärtuseks, on talle tingimata vajalik. Niisugune sotsioloogia ei suuda analüüsida teadvuse ühiskondlikku iseloomu.

Individuaalne teadvus, «teadvustunud olemine» (5, lk. 25), ideaalne subjektiivne kujund (2, lk. 152) on tõepoolest individuaalse inimorganismi individuaalne produkt, täiesti konkreetseesse «inimpähe üle kantud ja seal ümber kujundatud materiaalne» (1, lk. 17). Kuid inimene küll produtseerib teadvuse, aga annab selle objektiveeritud kujul (keeles ja kirjas, tööprotsessides ja tööriistades, käitumises ja harjumustes, tavades ja kommetes) teistele üle ja võtab (samuti objektiveeritud, seega ene-

se jaoks materiaalse keskkonnaga samaväärses vormis) ühiskondlikust teadvusest tagasi. Alles nüüd, ühiskondliku kogemuse poolt üldistatuna, rikastatuna ning täiendatuna, on see tema tõeline teadvus. Eriti ühiskondliku iseloomuga on seejuures tahtelist tegevust juhtivad teadvusemehhanismid, sealhulgas ka väärtused.

Niisama vähe nagu inimese teadlik tegevus allub vahetutele vajadusimpulssidele, juhib seda ka väärtusteadvus vahetult. «Individaalse» tahte ühiskondlik determineeritus on tunduvalt rangem — ega V. I. Lenin asjatult nimetanud väidet «tahtevabadusest» rumalaks lobaks (6, lk. 138). Teadvus, ka väärtusteadvus kui ideaalne nähtus ei avalda ega saagi avaldada vahetut regulatiivset toimet inimese kehalistesse protsessidesse. Kui inimene iga tegevusakti peaks üksikasjalikult planeerima, tähendaks tahteline tegevus tingreflektorsega võrreldes sammu mitte suurema vabaduse, vaid suureneva abituse suunas. Teadlik-tahteline tegevus põhineb ühiskondlikel kogemustel, ühiskondlikust käitumisest ja tegutsemisest omandatud stereotüüpidel. Enamasti on niisuguseid iga üksiktoimingu jaoks palju. «Vabadus» seisneb ühe stereotüübi valikus ja vaid selle puudumise korral uue väljatöötamises. Inimese mõistus ja südametunnistus, tema vastutus oma tegude eest on aga tagatud võimalusega mõtteliselt kontrollida ja võrrelda paljude eri stereotüüpide kasutamise tagajärgi.

Niisuguse mõttelise tegevuse regulaatorki, «filtriki» vajaduste ja käitumise vahel on väärtusteadvus. Viimane tuleb sotsiaalse grupi vajadustest: kõik see, mida inimene ümbritseva keskkonna, oma kohustuste ja õiguste kohta arvab, on tema poolt üle võetud ühiskondliku teadvuse fragment. Vaid üksikasjades suudab ta seda muuta ning täiendada.

Psüühiline protsess, mis tuleneb vajadustest ja neid kontrollivatest mõttelistest tegevustest, on huvi. Huvi paneb tegutsema nii üksikuid inimesi kui ka suuri inimrühmi (eriti klasse).

Huvi defineerimine kirjanduses on vastuoluline. Arvatakse koguni, et huvi psühholoogias tähendab midagi muud kui sotsioloogias või poliitilises ökonomias. Lähtuda tuleb siin marksismi rajajate seisukohtadest.

Kritiseerides väikekoodanlikku sotsialisti A. Mülbergerit, kirjutab F. Engels: «Iga antud ühiskonna majanduslikud suhted avalduvad kõigepealt huvidena» (4, lk. 498). Samas luges ta õigeaks väite, et inimühiskonna tõeliseks tõukejõuks on majanduslikud suhted. Toodust nähtub, et F. Engels ei andnud «Korteri-küsimuses» huvi definitsiooni, vaid esitas majanduslikud huvid erilise ja tähtsaima huvide liigina.

Allakirjutanu arvates on huvi sotsiaalse subjekti suunitlus tegevusteks, mis rahuldavad ta objektiivsetest eksisteerimise ja arenemise seaduspärasustest tingitud vajadusi. Kasutata on ka määrang: huvi on «üksikisikute, sotsiaalsete rühmade ja ajalooliste üttekuuluvuste ... materiaalseid ja vaimseid vajadusi peegeldav mõtete ja tegude sihipärasus» (17, lk. 155). Ei ole aga alust pidada huvi üheks vajaduste liigiks, nagu seda teeb näiteks A. Aizikovitš (19, lk. 116—117).

Huvi iseenesest ei pruugi põhjustada ei indiviidide ega ka sotsiaalsete gruppide tegevuslikku aktiivsust. Igaühele meist on selge, et võime tunda huvi (suunata oma tähelepanu ja tahte) väga paljude asjade vastu, kuid praktiliseks tegevuseks niisugune suunitlus kujuneda ei pruugi, ja kui inimesel on piisavalt palju huve, siis isegi ei või. Samuti on selge, et mingi tegevus võib täiesti ebahuvitav (ka ebameeldiv) olla: tahe ja tähelepanu on sellele suunatud ilma positiivsete emotsioonideta. Aga ometi teeme seda. S. Rubiņštein kõneleb vastavalt aktiivsetest ja passiivsetest huvidest (15, lk. 778).

T. Mäesalu (13) küsitles üliõpilasi ühes Tallinna Pedagoogilise Instituudi II ja ühes IV kursuse õpperühmas. II kursuse üliõpilastest soovis 100%, et neil pärast kõrgkooli lõpetamist oleks hea tervis, IV kursuse üliõpilastest 92%; ülejäänutel ei olnud selleks reaali-

seid väljavaateid. Samal ajal kulutas keskmine küsitletud II kursuse üliõpilane aktiivseks puhkuseks ja spordiks kuus tundi nädalas, keskmine IV kursuse üliõpilane aga üksnes 3,6 tundi nädalas. Uneks ja passiivseks puhkuseks jäi II kursuse üliõpilasel aega 45, IV kursuse üliõpilasel 49 tundi nädalas. Lisagem veel, et ühe kõrvaltvaatleja hinnangu kohaselt oli II kursuse üliõpilastest (ülekaalus tütarlapsed) 57% suitsetajaid (14).

Seega on küsitletud üliõpilaste huvi oma tervise vastu enam passiivne kui aktiivne. Siit võib järeldada ka tervisevajaduse mittetunnetamist ja tervise madalat väärtustamist.

Mõisted «aktiivne huvi» ja «passiivne huvi» pole kvantitatiivselt gradueeritud ja nad on tegelikult kindla piirita. Huvivid on võimalik aktiveerida või pärsida ja järelikult otstarbekas ka klassifitseerida aktiveerimise vormi alusel. Selliseks käsitluseks näitas tee V. I. Lenin (7, lk. 255), eristades huvi ja huvitatuse.

V. I. Lenini seisukohtadele tuginedes rõhutab NLKP programm: «Kommunismi ehitamine peab tuginema materiaalse huvitatuse printsiibile» (8, lk. 91).^{*} Samas on näidatud, et nii materiaalne kui ka moraalne huvitatus luuakse vastavate tööstiimulite, eelkõige aga nende õige ühendamise varal.

Seega on huvitatus sekundaarne huvi, stimuleeritud huvi. Tahe töötada luuakse siin mingi töötulemuste või tööprotsessi momendi erilise rõhutamisega: töötaja tarbimisvajaduste parema rahuldamise ning elatus- ja kultuuritase me tõstmisega, töötingimuste parandamise ning tööprotsessi emotsionaalsuse suurendamisega. Kui huvi võib põhineda ka üksnes väärtusteadvusest tuleval entusiasmil, seega ideaalsetel motiividel, siis huvitatus sisaldab eneses alati ka materiaalseid motiive. Pole mingit alust entusiasmi alahinnata, kuid — ja seda näitas ka V. I. Lenin (7,

lk. 225) — ainuüksi entusiasmile tuginedes ei ole võimalik paljumiljonilisi masse kommunismile viia. Materiaalne jõud on lõppkokkuvõttes alati tugevam ideaalsest.

Kuigi huvi tervise vastu peaks olema igal mõtleval inimesel, ei ole tervis kodanike eraasi. Kommunismile pürgiv ühiskond nõuab oma liikmetelt palju, ta vajab kehaliselt, vaimselt ja kõlbelselt terveid inimesi kõikides oma igapäevastes tegevussfäärides. Eriti aga võib see vajadus kerkida erakorralises olukorras, kus ühiskond nõuab ja on õigustatud nõudma oma liikmetelt kõike.

L. Brežnev näitab, et erakorralises olukorras suudab inimene tavalisest rohkem; aeg, mis nõuab kangelas, tekitab ka neid (10, lk. 8). Kuid massilise kangelaslikkuse eelduseks on tervis. Põhjendatult nimetati NLKP XXV kongressil hoolitsust nõukogude inimeste tervise eest tähtsaimaks sotsiaalülesandeks (10, lk. 49).

Nagu passiivset huvi tervise vastu on võimalik ja vajalik muuta aktiivseks huvitatuses, on võimalik ja vajalik tõsta ka tervise ühiskondliku väärtustatuse astet. Selles tulebki näha nüüdisaegse profülaktilise meditsiini raskuspunkti. Kõiki profülaktikaüritusi on võimalik moraalselt stimuleerida, alates isiklikust ning kommunaalhügieenist kuni liikumisvaeguse vähendamiseni. Meie vabariigis on mitu tugevat meditsiinilist uurimisinstituuti, kuid vastavate probleemidega ei ole seni ükski tegelnud ja läbimõeldud tegutsemisüsteem puudub ka tervishoiuvõrgul.

Harrastussporti propageeritakse ja sellega tegeldakse meil massiliselt. Lühiajaline, intensiivne kehaline koormus aga asetab suuri nõudeid eelkõige südame- ja vereringe-, samuti neurohumoraalsüsteemile. Mis juhtuks siis, kui meie vabariigi elanikkonna enamik pöörduks oma jaoskonnaterapeudi poole (aga kelle poole siis veel?) küsimusega: milline peaks olema minu tööväliline kehaline koormus, arvestades iga, tervislikku seisundit ja tööala? Täna seda veel ei küsita, homsete küsit-

^{*} Jätame siinkohal kõrvale NLKP programmi eestikeelsed tõlked, kus mõisted «huvi» ja «huvitatus» on kõikjal samastatud.

luste jaoks on võib-olla veel aega uuringuid alustada ja arstide ettevalmistamist planeerida.

Üks võimsamatest moraalsetest stiimulitest, mis võib huvi oma tervise vastu muuta huvitavaks, on veendumus, et tervis tõepoolest ei ole abivajaja isiklik asi, et konstitutsiooniga tagatud arstiabi on talle tõepoolest alati kättesaadav. Kvalifitseeritud abi. Tasuta abi.

On asju, millega ei taha leppida, kuid mida võib mõista. On eksimuste ja puuduste saspuntraid, milles on raske eristada objektiivseid põhjusi subjektiivsetest. Kuid on ka asju, millega kuidagi leppida, mida kuidagi andestada ega objektiivsete põhjuste varju peita ei saa. Üks neist on meedikutele antav altkäemaks.

Küllap aiasid seda paljud. Kumu ja kuulujutud, võib-olla et isegi pahatahtlikult suurendatud, on meie tervishoiuvõrgu mainet aastate vältel kahjustanud ja nii mõnegi abivajaja kahtlema sundinud, kas ta tervis tõepoolest ka ühiskondlik väärtus on. Kuid kumust asi kaugemale ei läinud, sest olnuks üpris naivne loota, et mõne kõrvalseisja kahtlusi oleks kvalifitseeritud teisiti kui laimuna... kuni möödunud aasta algul ilmusid I. Jeletsky artiklid «Õhtulehes» (11, 12). Mõlemaid hinges- tab tugev kodanikutunne ja humanism.

I. Jeletsky esitas huvitava oletuse: arste, kes jäävad raviarstide meelde inimliku headuse ja hingesuuruse kehasusena, on meil 99%, karistamatuid altkäemaksuvõtjaid aga 1%. See on tõepoolest üksnes oletus.

Käesoleva aasta algul möönis meie vabariigi tervishoiuminister, et vabariigis esineb veel altkäemaksuvõtmist arstide poolt (16, lk. 5). Ajakirjaniku ja ministri avaldused erinevad oma kaalu- lult ja peavad erineva ka tagajärgedelt. *Alea iacta...* Ja nüüd pole teist teed, tuleb minna ka üle Rubico, pealegi mitte Caesari kombel vargsi, vaid avalikult nõukogude seadusi kaitstes.

Kõikide abivajajate veendumuse taastamine meie tervishoiuvõrgu tõeliselt leninlikus olemuses — see on üks

teid tervise muutmiseks isiklikuks ja ühiskondlikuks väärtuseks.

KIRJANDUS: 1. *Marx, K.* Kapital I. Tallinn, 1953. — 2. *Marx, K.* Poliitilise ökonomia kriitikast. Tallinn, 1965. — 3. *Marx, K.* Ökonomische-philosophische Manuskripte. Leipzig, 1968. — 4. *Marx, K.* ja *F. Engels.* Valitud teosed I. Tallinn, 1957. — 5. *Маркс, К., Энгельс, Ф.* Сочинения т. III. — 6. *Lenin, V. I.* Teosed, I. Tallinn, 1966. — 7. *Lenin, V. I.* Kommunistlikust moraalist. Tallinn, 1963. — 8. Программа КПСС. М., 1961. — 9. *Brežnev, L.* NLKP Keskkomitee aruanne ning partei järjekordsed ülesanded sise- ja välispoliitika valdkonnas. Tallinn, 1976. — 10. *Brežnev, L.* Uudismaa. Tallinn, 1978. — 11. *Jeletsky, I.* «Õhtuleht» nr. 9, 1979. a. — 12. *Jeletsky, I.* «Õhtuleht» nr. 34, 1979. a. — 13. *T. Mäesalu.* Üliõpilaslik elustiil nõukogude elulaadi tüübina. Käsi kiri. Tallinn, 1980. — 14. *Radik, M.* Mõningatest meie tänapäeva noorsoo probleemidest. Käsi kiri. Tallinn, 1980. — 15. *Rubinstein, S.* Grundlagen der allgemeinen Psychologie. Berlin, 1960. — 16. *Rätsep, V.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1980, 1, 3—6. — 17. Filosoofia leksikon. Tallinn, 1965.

18. *Леонтьев, А.* Вопросы философии. 1972, 9. — 19. *Философская энциклопедия*, т. 4. М. 1967.

*E. Vilde nimeline Tallinna
Pedagoogiline Instituut*

1979. aasta novembrikuus toimus Helsingis Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni Euroopa regionaalbüroo 29. sessioon, millest võttis osa ka ÜTO peadirektor H. Mahler. Taas oli päevakorras Alma-Ata deklaratsioonis fikseeritud esmase arsti- ja sanitaarabi süsteemi ellurakendamise vajadus kõikides Euroopa riikides, ehkki raskusi sellel teel on palju. Elavas diskussioonis osalesid paljude riikide eksperdid. ÜTO Euroopa regionaalbüroo asus seisukohale, et Alma-Ata deklaratsiooni soovitusel puudutavad kõiki Euroopa riike, ning kutsus kõiki maid üles tegelema aktiivses koostöös esmase arsti- ja sanitaarabi programme elluviimisega ning toetama seda ka finantsiliselt. Euroopa regionaalbüroo direktorile doktor L. Kapriole tehti ettepanek regulaarselt anda informatsiooni ja valgustada ettevõtmiste kulgu sel alal igas aastaaruandes. Sessioonil toimu on taas ametlik tunnustus nõukogude tervishoiukorraldusele, millele tugineb Alma-Ata deklaratsioonis fikseeritud.

Хроника ВОЗ, 1980, 3.

UDK 616-082.3(047)

HAIGETE RAVIMIDISTIPLIIN

REIN ZUPPING · TALLINN

haigete ravirežiim, medikamentoosne ravi, ravimidistsipliin

Õige diagnoos ja adekvaatne ravi on vaid osa arsti ülesannetest. Väga oluline on, et arst jälgiks ka seda, kuidas haige täidab raviplaani, kuidas ta allub ravidistsipliinile. Et ravi oleks efektiivne, peab arst oskama ära tunda need, kes ravidistsipliinile ei allu, ja teadma tegureid, mis seda mõjutavad.

Ingliskeelses kirjanduses kasutatakse ravidistsipliini tähistamiseks terminit «compliance», mis tähendab «päriolek, nõustumine, soostumine». Selle all mõistetakse ravimite tarvitamist ettekirjutuste järgi, dieedi pidamist, kindlale režiimile allumist, regulaarselt terise kontrollile ilmumist (12, 17, 18).

Ravidistsipliin on meditsiini vana ja keskne probleem, mida alles viimastel aastatel on hakatud süstemaatiliselt uurima. Käesolevas ülevaates käsitleme arsti nõuannete järgimist ainult ravimite tarvitamise osas, s. t. ravimidistsipliini.

Ei ole uudis, et väga paljud haiged ei pea arsti soovitatud dieeti ega järgi elurežiimi (suitsetamisest ja alkoholist loobumine, kehaliste harjutuste tegemine). Võib aga olla üllatuseks, et paljud haiged ei võta ravimeid vastavalt nõuetele. Uurimiste andmeil võtab 25...50% ambulatoorsetest haigetest ravimeid määratust tunduvalt vähem (1, 2, 3, 6, 11, 16). Lühiajaliste preven-

tiivse ravi kuuride korral tarvitab ravimeid ettekirjutuse järgi 80% haigetest, pikaajaliste ravikuuride puhul aga ainult 40% (1). Alati võtab ravimeid ettekirjutuse järgi umbes $\frac{1}{3}$ patsientidest, $\frac{1}{3}$ aga võtab vahetevahel ja $\frac{1}{3}$ ei võta neid kunagi (1).

Uurimistulemustest ilmneb, et enamik arste ülehindab haigete ravimidistsipliini ega oska distsiplineerimatut patsienti teiste hulgas ära tunda (4, 7, 13). Mõnede arstide arvates ei olegi äratundmine võimalik, sest patsient on potentsiaalne ravimidistsipliini rikkuja (1).

Ravimidistsipliini kontrollimise meetodeid on mitmesuguseid. Levinuim neist on tablettide loendamine polikliiniku külastuse või koduviisi ajal (15). Keerukam on vere või uriini analüüs ravimisisalduse suhtes (3). Kõige vähem usaldusväärseid andmeid annab patsiendi küsitlus (3).

Haigete ravimidistsipliini hindamiseks puuduvad ühtsed kriteeriumid. Mõnes uurimuses peetakse distsiplineerimatuks neid haigeid, kes ei võta ravimeid täpselt ettekirjutuse järgi, teistes jällegi neid, kes teatava ajavahemiku jooksul tarvitavad vähem kui 80% väljakirjutatud ravimeist (6).

Ravimidistsipliin oleneb paljudest teguritest, mis on seoses haiguse laadi, haige isiksuse, ravirežiimi ja arsti isiksusega.

Kõige rohkem kalduvad ravimidistsipliinist kõrvale kroonilisi haigusi põdejad, kes ravimeid peavad kasutama pidevalt. Eriti juhtub hälbeid siis, kui ravi on ennetav (migreeni korral), ka siis, kui haigus on kerge või süptoomideta (hüpertoonia, aneemia korral) või kui ravi katkestamisest sugenevad tagajärjed ei ilmne kohe (epilepsia, skisofreenia, diabeet) (10, 14). Neid haigusi põdejaist, kellel ravi katkestamise järel tervislik seisund kiiresti halveneb (krooniline kardiovaskulaarne puudulikkus), võtab enamik ravimeid korrapäraselt. Suurimad ravimidistsipliini rikkujad on psüühiliselt haiged: neil seisundi ägenemise korral haigustunnetus puudub ja nad lõpetavad ravimite

võtmise siis, kui neid kõige rohkem vaja läheb.

Distsipliinile mitteallujad tavaliselt arvavad, et nende haigus ei ole tõsine. Nad ei tunne oma tervise pärast muret, arvavad, et nad on haiguse suhtes vähevastuvõtlikud, peavad ravi mõjusust väheseks (7, 12). Halvasti võtavad ravimeid ka paranoikud ja hüpohondrikud, kartes, et ravimid kahjustavad tervist (2). Enamikus erialauurimustes ei ole leitud seost haige vanuse, soo, hariduse, sissetuleku, perekonnaseisu ning ravimidistsipliini vahel (12). Ent on andmeid, mille järgi vähem harituil on ravimidistsipliin nõrgem kui enam harituil, üldiselt nõrk ka noortel ja raukadel (2), väga halvasti kuuletuvad alkohoolikud (12).

Tugevasti mõjutab haige ravimidistsipliini arsti isiksus: tema suhted haigega, usk ravi mõjususse, haigele raviplaani kohta seletuste andmise viis (2).

Ravimidistsipliin on olnud paljus määratud ravimite arvust ja võtmise kordadest päevas. Distsipliin on seda halvem, mida rohkem on ravimeid ja mida sagedamini päevas peab haige neid võtma (2, 3, 14). Ühes uurimuses on ära toodud, et kui päevas kasutatavate tablettide arvu suurendada ühelt neljale, siis distsipliinile mitteallujate arv kahekordistub (14). Teisest uurimusest järeldub, et ühe tableti päevas võttis korrapäraselt 67% haigetest, neli aga ainult 22% (9). Ravimidistsipliin halveneb ravi pikalevenimise ja kõrvalnähtude ilmnemise korral (12). Viimasel juhul katkestavad haiged ravi väga sageli.

Kuidas oleks võimalik haigete ravimidistsipliini parandada? Tõenäoliselt on kõige tähtsam see, et patsient teaks oma haigust ja selle põhjusi, ravimite toimet ja nende võimalikke kõrvalnähte, haiguse ravimata jätmisel tekkivaid tagajärgi (2, 12). Haigete selle seletamiseks kulutatud aeg tasub end alati ära. Samuti tuleb patsiendilt küsida, kas ta on kõigest aru saanud. Võimalike kõrvaltoimete selgitamisel peab raskekujulistest kõrvalnähtudest eristama neid

nähte, mida haigel tuleb paranemise nimel taluda.

Raviplaani koostamisel on alati vaja välja selgitada, kuidas haige suhtub oma haigusesse ja planeeritud ravisse. Kui ta alahindab haiguse raskust ja ravi mõjusust ning ilmutab ravimite suhtes kartust, tuleb teda mõjutada (7). Tuleb püüda, et haige oleks arsti partner ravi planeerimisel ja igati vastutav ka ravi ajal. Sellistel puhkudel, kui haigel on vale arusaamine oma haiguse raskusest ja ravi vajalikkusest, püütakse teda sageli hirmutada võimalike tagajärgedega (12). See meetod aga on väga tihti edutu ja mõjub isegi ravimidistsipliini halvendavalt. Patsiendile võib ähvardav tagajärg tunduda ebatõenäoline või ajaliselt kaugel. Vahel läheb haige mõjutamiseks vaja perekonna liikmete ja sõprade abi.

Kõige paremini tagab ravimidistsipliini võimalikult lihtne ravirežiim — miinimum ravimeid! miinimum kordi päevas (2, 8, 12). Selleks peab arst teadma ravimite farmakokineetikat, nende toimeaega. Osa ravimeid metaboliseerub aeglaselt (antidepressandid) ja neid võib anda üks kord päevas, osa (analgeetikumid) aga peab andma päevas kindlate vaheaegade järel. Liialt sageli ja põhjendamatu kirjutatakse retseptile: kolm korda päevas. Levinud polüpragmaasia mitte ainult ei nõrgenda haigete ravimidistsipliini, vaid ravimite interaktsiooni tõttu võib kaasa tuua kahjulikke tagajärgi.

Haigete ravimidistsipliini mõjutab soodsalt ka kirjalik raviplan (5, 19). See on eriti oluline, kui korraga kasutatakse mitut ravimit, samuti eakate patsientide puhul. Samal eesmärgil võib kasutada spetsiaalset kalendrit, millele patsient peab üles märkima võetud tabletid. On leitud, et kalender suurendab ravimidistsipliinile allujate protsendi 48-lt 96-le (1).

Haigete ravimidistsipliini parandamiseks ei ole universaalselt mõjusat meetodit. On oluline, et ravitaktika põhineks iga haige iseärasustel, arvamustel ja vajadustel.

KIRJANDUS: 1. Ball, W. L. *Can. Med. Assoc. J.*, 1974, 111, 268—282. — 2. Blackwell, B. *New Engl. J. Med.*, 1973, 289, 249—252. — 3. Boyd, J. R., Covington, T. R., Stanaszek, W. F., Coussons, R. T. *Am. J. Hosp. Pharm.*, 1974, 31, 362—367. — 4. Caron, H. S., Roth, H. P. *JAMA*, 1968, 203, 922—926. — 5. Ellis, D. A., Hopkin, J. M., Leitch, A. G., Crofton, J. *Br. Med. J.*, 1979, 1, 456—457. — 6. Eshelman, F. N., Fitzloff, J., Troyer, W. G. *Clin. Trials J.*, 1978, 15, 1—14. — 7. Gillum, R. F., Barsky, A. J. *JAMA*, 1974, 228, 1563—1567. — 8. Haynes, S. B., Gibson, E. S., Hackett, B. C. *Lancet*, 1976, 1, 1265—1268. — 9. Haynes, R. B., Sackett, D. L., Taylor, D. W. *Clin. Pharmacol. Ther.*, 1977, 22, 125—130. — 10. Hermann, U. *Nervenarzt*, 1979, 50, 102—108. — 11. Maddock, R. K., Jr. *JAMA*, 1967, 199, 137—140. — 12. Matthews, D., Hingson, R. *Med. Clin. North Am.*, 1977, 61, 879—890. — 13. Mushlin, A. I., Appel, F. A. *Arch. Int. Med.*, 1977, 137, 318—321. — 14. Parkin, D. M., Henney, C. R., Quirk, J. *Br. Med. J.*, 1976, 2, 686—688. — 15. Porter, A. M. W. *Br. Med. J.*, 1969, 1, 218—222. — 16. Rosenstock, I. M. *JAMA*, 1975, 234, 402—403. — 17. Schrey, A. *Med. Klin.*, 1977, 72, 2179—2185. — 18. Spriet, A., Simon, P. *Rev. Med.*, 1978, 19, 885—888. — 19. Wandless, I., Davie, J. W. *Br. Med. J.*, 1977, 1, 359—361.

Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi
IV Valitsuse Vabariiklik Haigla

UDK 616.124.2-072.7(047)

SÜDAME VÄLJUTUSEELSE PERIOODI JA VASAKU VATSAKESE VÄLJUTUSAJA SUHE VASAKU VATSAKESE FUNKTSIOONI HINDAMISE VAHENDINA

REIN TEESALU · TARTU

südamepuudulikkus, vasaku vatsakese funktsionaalne seisund, diagnostika, südame väljutuseelne periood, vasaku südamevatsakese väljutusaeg

Juba K. Blumberger (2) ja hiljem V. Jezek (7) näitasid, et südamepuudulikkuse korral südame väljutuseelne periood (VEP) on pikenenud ja vasaku vatsakese väljutusaeg (VVVA) lühenenud. Neile tähelepanekutele tuginedes eeldas A. M. Weissler (14), et südame-

süstoli ajaintervallide määramine peaks võimaldama suhteliselt lihtsalt ja, mis äärmiselt oluline, mitteinvasiivselt välja selgitada südame talitluse muutused. Teatavasti leitakse väljutuseelne periood ja väljutusaeg samaaegselt registreeritud EKG (tavaliselt II lülitus), fonokardiogrammi (FKG) ja sfügmogrammi (SG) alusel, kusjuures ajaintervallide täpse määramise huvides kasutatakse kõverate üleskirjutamiseks linti, mille liikumiskiirus on 100 mm/sek. (11, 14). Totaalne elektromehaaniline süstol (QS₂) kestab QRS-kompleksi algusest II tooni alguseni. Väljutusaja kestus aga määratakse sfügmogrammil, alates pulsilaine tõusust kuni sälguni pulsilaine alaneval säarel. Väljutuseelne periood arvutatakse välja kahe eelmise vahena (QS₂ — VVVA). Väljutusaja kaudne (s. t. mitte aordi rõhukõvera, vaid sfügmogrammi alusei) määramine põhineb asjaolul, et suurtes arterites levides pulsilaine pikkus ei muutu (11).

Totaalse elektromehaanilise süstoli, südame väljutuseelne perioodi ja vasaku vatsakese väljutusaja määramine südamehaigetel samaaegselt invasiivsete uuringutega näitas, et väljutuseelne perioodi pikenedamine ja lühenedamine olid seda rohkem väljendunud, mida väiksemad olid südame minuti- ja löögimaht (6, 14). Et totaalne elektromehaaniline süstol on iga antud löögisageduse puhul suhteliselt muutumatu, siis kaasneb väljutuseelne perioodi pikenedamisega alati väljutusaja lühenedamine ja vastupidi. Seetõttu kajastub tekkinud muutus südame väljutuseelne perioodi ja vasaku vatsakese väljutusaja suhtes (VEP/VVVA) tunduvalt paremini kui kummaski näitajas eraldi vaadatuna. VEP/VVVA normväärtuseks on $0,345 \pm 0,036$, kus 0,036 on standardhälve (14). Erinevalt väljutuseelne perioodist ja väljutusajast ei vaja VEP/VVVA korrigeerimist soo ega löögisageduse osas (14). VEP/VVVA on tundlik, kuid mittespetsiifiline vasaku vatsakese talitluse näitaja, peegeldades semikvantitatiivselt kardiovaskulaarsüsteemi seisundit nii südame isheemia- ja hüpertoonia-tõve kui ka primaarsete müokardihai-

guste korral (4, 14): VEP/VVVA suureneb β -blokaatorite kasutamisel ning väheneb sörmkübaraglükosiidide ja β -stimulaatorite kasutamisel (9, 14).

VEP/VVVA on mõjutatav venoosest naasust ja takistusest, mille vastu süda töötab (4). On näidatud, et VEP/VVVA suureneb püstiasendisse üleminekul ja perifeerse venoosse paisu tekitamisel (12). Hisi kimbu vasaku sääre blokaadi korral on suhe suurenenud ka neil haigeil, kellel südamepuudulikkust ei ole (7). Aordi stenoosi ja aortaalse regurgitatsiooni korral on VEP/VVVA südamepuudulikkuseta haigetel, vastupidi, vähenenud (2, 7, 13), mistõttu südamepuudulikkusest tingitud VEP/VVVA muutus võib aordiklapi patoloogia korral jääda avastamata.

Mainitud puudused elimineeruvad suurel määral VEP/VVVA kasutamise-ga haige dünaamilisel jälgimisel, olgu see siis intensiivravipalatis või operatsioonitoas, seda enam, et neil puhkudel hinnatakse sageli kas otseselt või kaudselt ka südame eel- ja järelkoormust. Peale selle tuleb arvestada, et mõningane sõltuvus südame eel- ja järelkoormusest on omane kõigile kliinilistes tingimustes südame kontraktsioonivõime hindamiseks kasutatavatele näitajatele (3).

VEP/VVVA annab anesteesia läbiviimisel informatsiooni, mida ei ole võimalik saada ainuüksi EKG jälgimise ega arteriaalse rõhu kaudse mõõtmise teel. On juba kasutusel aparaadid (Saksa FV), millel kõverate töötlemine on automatiseeritud ja millel VEP/VVVA väärtuse saab teada vahetult pärast EKG, FKG ja sfügmogrammi registreerimist.

Operatsiooniaegne VEP/VVVA määramine on laiendanud teadmisi anesteesiatikumide toimest südamesse (1, 5, 8, 9).

VEP/VVVA määratakse ka südame-tegevuse dünaamiliseks jälgimiseks pärast südameoperatsioone (4, 10). C. L. Jr. Garrard ja kaasautorid (6) on kogu ni leidnud, et selle suhte alusel on kaudselt võimalik küllalt suure täpsusega kindlaks määrata väljutusfraktsioon.

Lõpetuseks võib öelda, et VEP/VVVA määramine on haigele valutu, suhteliselt kergesti tehtav ja küllaltki informatiivne vasaku vatsakese funktsionaalse seisundi hindamise võimalus, mis mitmesugustes kliinilistes olukordades on üha laialdasemat kasutamist leidnud.

KIRJANDUS: 1. Becker, K. E., Tonnesen, A. S. *Anesthesiology*, 1978, 49, 3, 197—200. — 2. Blumberger, K. *Ergeb. inn. Med. Kinderheilkd.*, 1942, 62, 424—428. — 3. Brutsaert, D. L., Paulus, W. J. *Cardiovasc. Res.*, 1977, 11, 1—16. — 4. Byrick, R. J., Teasdale, S. J., Young, P. *Can. Anaesth. Soc. J.*, 1977, 24, 2, 175—185. — 5. Dauchot, P. J., Rasnurssen, J. P., Nicholson, D. H., Divers, R. T., Katona, P. G., Zollinger, R. M., Kuoke, J. D., Kyo, E. W., Gravenstein, J. S., *Anesthesiology*, 1976, 44, 6, 472—480. — 6. Garrard, C. L. Jr., Weissler, A. M., Dudge, H. T. *Circulation*, 1970, 42, 455—462. — 7. Jezek, V. *Cardiologia*, 1963, 43, 298—302. — 8. Kaplan, J. A., Miller, E. D., Bailey, D. R. *Anesth. Analg.*, 1976, 55, 2, 263—268. — 9. List, W. F. *Anaesthesia*, 1975, 30, 624—629. — 10. Matlof, H. *Hultgren, H. N., Pfeifer, J. F., Harrison, D. C. Br. Heart J.*, 1973, 35, 714—719. — 11. Smith, N. T. In: Belville J. W., S. W. Weaver. *Techniques in clinical physiology*. London, 1969, 125—175. — 12. Stafford, R. W., Harris, W. S., Weissler, A. M., Warren, J. W. *Am. J. Cardiol.*, 1967, 19, 152—152. — 13. Weissler, A. M., Poeler, R. G., Roehll, W. H. *Am. Heart J.*, 1961, 62, 367—371. — 14. Weissler, A. M., Harris, W. S., Schoenfeld, C. D. *Am. J. Cardiol.*, 1969, 23, 4, 577—583.

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia
Instituut

UDK 616-036.4

HAIGUSELSED SEISUNDID

RAIOT SILLA SEMJON UMANSKI · TALLINN

premorbiidne seisund, sanoloogia, haigestumus, haavandtõbi, lapsed ja noorukid, norm

Nõukogude võimu aastail on meil suuresti vähenenud haigestumine paljudesse haigustesse, vähenenud on ka suremus, pikenenud aga keskmine eluiga. Seda ei saa veel öelda mõnede hai-

guste kohta: vereringe-, seedetrakti- jt. haigustesse haigestumine on isegi sagenenud. On suurenenud näiteks mao ja kaksteistsõrmiksoole haavandtõbe põdejate, samuti maksahaigete arv (6, 20, 22). Eriti suur on haigestumus kapitalistlikes maades. M. I. Grossman (1) peab haavandtõbe USA rahvuslikuks hädaks, nelja miljoni haige iga-aastased ravi kulud ulatuvad miljarditesse dollaritesse.

Arenenud kapitalistlike maade kogemuste kohaselt põhjustasid teaduslik-tehniline revolutsioon, urbanisatsioon, arstiteaduse edusammud, tootmistöö laadi muutus küll paljude nakkus- ja muude haiguste järsku vähenemist ning keskmise eluea pikenemist, kuid samal ajal vereringehaiguste, neuropsüühiliste ja suguhaiguste, samuti alkoholismi ning traumatismi juhtude tunduvalt sagenemist (21). Sellest lähtudes esineb 40-aastastel Moskvalastel müokardiinfarkti 2,5 kuni 3 korda sagedamini kui teiste linnade elanikel; kopsuvähi esinemissagedus oli Nõukogude Liidus lahingute põhjal ajavahemikul 1911... 1915... 1955 suurenenud 40 korda.

Teatavasti mõjub liikumisvaegus eriti halvasti vereringele, hingamissüsteemile, lihaskonnale ning närvisüsteemile. Linnamüra, infotulv, sagedane stress kurnavad eeskätt närvisüsteemi. Seejuures eritub rohkesti katehoolamiine, mille pikaajalise mõju tagajärjel tekib südamelihase hüpoksia. Vaimsel alal töötajail on müokardiinfarkt kolm korda sagedam haigus kui kehalise töö tegijail (18). Esimestel tekib ka ateroskleroosi 2...3 korda sagedamini kui viimastel.

Haiguste vastu võitlemise kõige mõjusamaks abinõuks osutub nende avastamine varajases staadiumis. On vaieldamatu, et varajaste, prekliinilises staadiumis haiguste väljaselgitamine loob eeldused ka efektiivseks profülaktikaks (2). Eriti vajalik on välja selgitada varajasi muutusi, mida nimetatakse haiguseelseteks (prekliinilisteks, premorbiidseteks) seisunditeks, ja üles leida ka põhjus, miks haigestunute arv pidevalt suureneb. Lõppe märk on haigus-

juhtude vähendamine, mis on ka majanduslikult tulus.

Mida kujutavad endast haiguseelised seisundid ja milline on nende koht patoloogias? Haiguseelised seisundid ei saa kanda ei haiguste ega ka tervise kategooriasse. Nad on olukorrad, kui elundid ja elundite süsteemid ei ole mingil põhjusel püsivalt kompenseeritud välismiljöö mõjude suhtes (7). Nad on nagu tervise ja haiguse piiriseisundid (14, 16), millega võivad kaasneda olulised biokeemilised nihked (ensümopaatiate-na) esmajoones hormoonide ja ensüümide tasemel (19), samuti kesknärvisüsteemi kõige keerukama talitluse häired (16). Haiguseelne seisund võib avalduda mitmesuguste kaebustena või düskomfordi sündroomina (5), võib ilmned a nihkeid laboratoorse ja kliiniliste uuringute andmetes, kuid muutusi on siiski liiga vähe, et neist mingit haiguspilti kujundada. I. Pavlovi järgi (17) on haiguseelne seisund kõige varajasem nõrgalt avalduv organismi talitluse nihe, mis vihjab sellele, et kui mingi negatiivne tegur veel edasi toimib, võib sellest nihkest välja kujuneda kindel haigusvorm.

Meie vabariigi laste ja noorukite uurimisel oleme konstateerinud (24) organismi arengu aktseleratsiooni ja tervisliku seisundi muutust viimase 10, 30 või 50 aasta jooksul. Seega keskmine norm pidevalt muutub. Lapse kehamõõtude vastavust nüüdisaegsetele eanormidele peetakse tavaliselt soodsaks, veelgi parem, kui laps oleks pikem, suurem ja raskem. Oleme selgitanud, et mida suuremad on lapse kehamõõdud, seda nõrgem on tema tervis; kõige vähem põevad retardandid. Niisiis vajab ka norm veel defineerimist ja arvulist väljendamist. Normid ei peegelda tervislikku seisundit mitte alati.

Oleks ekslik püüda teravalt eristada haigust haiguseelsest seisundist.

Kuidas hinnata seisundeid, kui haigus on juba välja arenenud? Näiteks gastriit või haavandtõbi. Esimesel pilgul näib, et haiguseelne seisund on sellega lõppenud, tegelikult aga on asi hoopis keerulisem.

Haigus võib samaaegselt olla haiguseelseks seisundiks (põhjuseks) järgnevalt tekkivale haigusele, kuigi nimetus «haiguseelne seisund» siin hästi ei sobi. Näiteks maohaavand maovähile. Juba ammu on kasutusel sellised kategooriad nagu haavandieelne, vähieelne, infarktieleelne seisund. Praktiliselt tervete inimeste uurimisel avastatakse tihtipeale mao, südame, neerude või muude elundite niisuguseid haiguseelseid seisundeid, mida me nimetame eelsoodumuseks (14).

Haiguseelsed seisundid võivad olla kas kaasasündinud või omandatud. ÜTO andmeil ohustavad kaasasündinud anomaaliad 4% -l juhtudest vastsündinute tervist. Seepärast ei ole tänapäeval reaalne viia laste suremus alla 10... 12 juhu 1000 sündinu kohta, nagu nähtub Rootsi kogemustest, kus tänu efektiivsele arstiabile on see näitaja madalaim maailmas (15).

Viimastel aastakümnetel on kiiresti muutunud inimeste elu- ja töötingimused, sealhulgas toitumine, liikumisaktiivsus, sanitaarne miljö, väliskeskkonna saastatus, mis aga väga oluline — uute tugevatoimeliste ravimite väga rohke tarvitamine on muutnud makro- ja mikroorganismide tasakaalu. Uute, enamalt jaolt veel lõplikult uurimata tegurite toimimine muudab kaheldamatult inimorganismi reaktiivsust ja raputab segi kompensatoorseid mehhanisme, valmistades ette pinda haiguse tekkeks (11). Näiteks haavandtõve iga uus klassifikatsioon erineb eelmisest, kuna ta toob paljude tegurite ja tüüpide hulga esile sellele epohhile omased (13).

Eeldatavasti sõltub haigestumus haiguseelsete seisundite arvust, kuid mitte iga haiguseelne seisund ei arene haiguseks, järelikult neid, kellel on haiguseelsed seisundid, võib olla palju rohkem kui haigeid. Näiteks ilmnes, et hüpovitaminoosid on tunduvalt enam levinud kui avitaminoosid (12). 20 aastat hilisemate uurimistega, kui elutingimused olid tunduvalt paranenud, selgus, et avitaminoosid on peaaegu täielikult kadunud, hüpovitaminooside ulatuslik levik aga on alles jäänud (8, 7, 30).

Üle 10 000 lapse ja nooruki uurimisel täheldasime (3) sõltuvust uurimismeetodikast: mida põhjalikumalt ja mitmekesisema meetodikaga uurimisi tehti, seda enam avastati tervisehäiretega isikuid; täiesti terveid ei olnud enam üldse.

Haiguseelsete seisundite uurimine peab tihedalt põimuma sanogeneesi uurimisega, s. t. «on vaja teada mitte ainult, kuidas ja miks organism kahjustub, vaid miks ja kuidas ta terveneb» (6).

Kuigi muutused on praktiliselt tervetel ja juba haigetel nii kvantitatiivselt kui ka kvalitatiivselt suuresti lahkenavad, on kliiniline lähtepunkt kumalegi ühesugune — sanogeneetiliste mehhanismide tugevdamine, s. o. organismi kompensatoorsete-adaptatiivsete võimete tugevdamine. Iga haiguseelne seisund nõuab täpser tekkepõhjuste selgitamist ja nendest vabanemist ning organismi kohastumis- ja kaitsemehhanismide taastamist (29).

Meie arvates (28) on nõukogude meditsiini üks tähtsamaid ülesandeid: a) uurida haiguseelseid seisundeid praktiliselt tervetel adaptatsioonimehhanismide varajaseimate häirete (sanogeneetiliste mehhanismide) väljaselgitamiseks ja tervise taastamise praktiliste soovituste väljatöötamiseks; seni on praktiliselt terveid uuritud ainult haigetega võrdlemiseks; b) uurida organismi reaktiivsuse muutusi ravimite manustamisel (näidustuste täpsustamiseks); c) uurida tervise taastamise (sanogeneesi) füsioloogilisi mehhanisme spetsiifiliste testide koostamiseks; d) uurida organismi reaktiivsust ekstreemsetes tingimustes sportlastel, kosmonautidel, tuukritel jt. adaptatsioonipiiride selgitamiseks.

Kas praegused hügieenialased või kliinilised uurimismeetodid rahuldavad sanoloogia, eriti haiguseelsete seisundite uurimise nõudeid? Mõned kahtlemata kõlbavad (kliiniline vereanalüüs, organismi vitamiinidega küllastatuse uurimine ja paljud teised), kuid haiguseelsete seisundite määramiseks on meetodeid siiski veel vähe, mistõttu seni ei

ole ka algavate subjektiivsete ja objektiivsete häirete loomust olnud täielikult võimalik määrata. On vaja täpsemaid hindamisviise, mis võimaldaks komplekselt iseloomustada haiguseelse seisundi aluseks olevaid nähtusi. Seejuures peavad meetodid olema maksimaalselt füsioloogilised ega tohi organismi vähimalgi määral kahjustada, sest muidu võivad nad ise tingida haiguseelseid seisundeid. Selles osas on V. Vasjutotškini poolt pakutud toitumisstaatuse määramise testikompleks väga õnnestunud. Mao haiguseelsete seisundite uurimiseks sobivad võtted, mille puhul sondi ei kasutata (7), nad on füsioloogilised ja täpsemad (4, 10, 23, 25, 26, 27).

Lõpuks, kuidas ravida haiguseelseid seisundeid (eelhaigusi)? Sõna «ravima» ei tuleks vältida, sest arsti juhib siin ravi vajadus, et ennetada haigust ennast. Muidugi ei maksa lootma jääda mingile ühele või mõnele vahendile, mis aitaks igasuguste eelhaiguste vastu. S. Pavlenko (16) arvates tuleks neid ravida nagu haigusi, ainult vähem intensiivselt, kasutades samaaegselt üldtugevdavaid vahendeid, näiteks karastamist jm.

NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu määramises «Rahvatervishoiu parandamise abinõudest» 1977. a. oktoobrist on esitatud grandioosne kompleksprogramm töötajate ja nende perekondade tervise tagamiseks tulevikus. Meie arvates on sanogeneesi, sealhulgas eriti haiguseelsete seisundite probleemi uurimine selle lahendamiseks üks olulisemaid teid.

KIRJANDUS: 1. Grossman, M. I. Gastroenterology, 1968, 55, 3, 392—396. — 2. Rätsep, V. Eesti NSV tervishoiusüsteemi ja arstiteaduse arenguperspektiividest. Tallinn, 1978, 79. — 3. Silla, R. Sport ja tervis. Tallinn, 1978, 167. 4. Umanski, S. Dtsch. Ges.wesen, 1973, 28, 47, 2221—2225.

5. Бельчиков Э. В., Салиев В. П., Филиппович Ю. В., Смирнов М. А., Кондрашов Г. Ф., Городилова В. В. В кн.: Предболезнь. М., 1969. 120—123. — 6. Василенко В. Х. Клини. мед., 1970. 10. 117—127. — 7. Васюточкин В. М. Труды ВМА им. С. М. Кирова. том 152. Л., 1963, 12—22. — 8. Васюточкин В. М., Эйдинов Я. Б., Серегин М. С. Микросимптомы частичной витаминной недоста-

точности. Атлас. Л., 1962. — 9. Вельтищев Ю. Е., Бадалян Л. О., Таболин В. А. Педиатрия, 1970, 12, 3—8. — 10. Идельсон Л. И. Тер. арх., 1958, 2, 52—56. — 11. Кротков Ф. Г. Гиг и сан., 1970, 10, 3—7. — 12. Лепский Е. М., Лепская Р. И. Авитаминозы и гиповитаминозы. Казань, 1944. — 13. Лорие И. Ф. Клини. мед., 1971, 1, 145—148. — 14. Маслов М. С. Диагноз и прогноз детских заболеваний. М., 1948. — 15. Мерков А. М., Бедный М. С., Шаталов А. Т. В кн.: Общество и здоровье человека. М., 1973, 132—149. — 16. Павленко С. М. В кн.: Саногенез. М., 1969, 7—12. — 17. Павлов И. П. Полное собрание сочинений. Т. 1 и 2. М., 1951. — 18. Петленко В. П. В кн.: Общество и здоровье человека. М., 1973, 45—54. — 19. Покровский А. А. Вопр. питания, 1969, 1, 3—10. — 20. Пономарева В. Г., Сорокин Н. С., Удовичская Е. Ф. Врачебн. дело, 1969, 4, 1—4. — 21. Попов А., Михов Б. В кн.: Общество и здоровье человека. М., 1973, 113—132. — 22. Рысс С. М. Болезни органов пищеварения. Л., 1966. — 23. Серегин М. С., Эйдинов Я. Б. Лабор. дело, 1963. 11, 29—39. — 24. Силла Р. В., Теосте М. Э. Вопр. антропол., 1973, 43, 107—115. — 25. Смирнов В. Ф. Вестн. АМН СССР, 1967, 1, 76—81. — 26. Уманский С. Ш. Тер. арх., 1970, 3, 14—18. — 27. Уманский С. Ш. Врачебн. дело, 1971, 3, 82—85. — 28. Уманский С. Ш., Бельчиков Э. В. Гиг. и сан., 1970, 10, 78—80. — 29. Фролов В. А., Казанская Т. А. В кн.: Актуальные вопросы патологической физиологии. М., 1969, 176—188. — 30. Шилов П. И., Яковлев Т. Н. Основы клинической витаминологии. Л., 1964.

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut

Suhkurtõbe põdevaid sünnitajaid on Saksa DV-s igal aastal umbes 300. Alles paar aastakümnet tagasi ulatus sellistel riskijuhtudel laste suremus 25%-ni. Tänapäeval on see keskmiselt vaid 6%. Karlsburgi erikliinikus, kuhu koondatakse suhkurtõbe all kannatavad sünnitajad, on elusalt sündinud lapsi juba 98%.

Die Heilberufe, 1980, 3.

Tervishoiutöö korraldus

UDK 614.2

IDEELIS-POLIITILISE JA TÖÖALASE KASVATUSE MÕJU TERVISHOIUASUTUSTE TÖÖ EFEKTIIVSUSELE

VELLO ILMOJA · TALLINN

Tervishoiuasutuste töö efektiivsuse hindamine on küllalt keerukas, sest üksikute tööloikude kohta kriteeriumid puuduvad.

Tervishoiuasutuste töö efektiivsust tuleb vaadelda kolmest aspektist: meditsiiniline, sotsiaalne ja ökonoomiline efektiivsus. Üldse on tervishoiuasutuste töö tulemused tihedalt seotud kasvatus-tööga. Milliseid kasvatus-töö vorme on kasutatud Tallinna Pelgulinna Haiglas ning kuidas need on mõjutanud töö efektiivsust, seda käsitlemegi käesolevas kirjutises.*

Kogu kasvatus-töö planeeritakse parteiorganisatsiooni juhtimisel koos administratsiooni ja ametiühinguorganisatsiooniga õppeaastate viisi. Peale selle koostatakse asutuse ühtne ürituste kuu kalenderplaan.

On moodustatud poliitharidustöö 24 õpperühma, kuhu kuuluvad kõik arstid ja keskastme meditsiinitöötajad. Peale selle korraldatakse poliitinformatsioone ja loenguid kogu personalile regulaarselt. 1979. aastast on toimunud ühtsed

* Kirjutis on osa V. Ilmoja ettekandest V. I. Lenini 110. sünniaastapäeva ning Eesti NSV 40. aastapäeva tähistamiseks toimunud vabariiklikul tervishoiutöötajate konverentsil Tallinnas 24. aprillil 1980. a.

poliitpäevad, kus antakse informatsiooni paljude oluliste probleemide kohta. Nii on poliitpäevadel esinenud Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi esimehe asetäitja M. Vannas, sotsiaalhooldusminister G. Sarri, Eesti NSV Keskkonnakaitse Komisjoni esimehe asetäitja J. Eilart, Tallinna Kalinini Rajooni RSN Täitevkomitee esimees R. Metsar jt.

Igal aastal on täienduskursustel viibinud 32 kuni 38 arsti. Erialane täiendus on toimunud süstemaatiliste õppusena profiilide järgi. Eriti tähtis on vanemõdede kasvatus, sest just nemad on need, kes osakondade nooremat ja keskastme meditsiinipersonali otseselt juhivad ja kasvatavad. Viimase viie aasta jooksul on kõik osakondade vanemõed viibinud täienduskursustel. Aastaist 1977...1978 alates on organiseeritud keskastme meditsiinitöötajate reeglipärane juhendamine ning praegu on haigla kollektiivis 29 juhendajat.

Tänu järjekindlale kasvatus-tööle on keskastme meditsiinitöötajate töö ilmselt paranenud. Kui 1977. aastal anti käskkirjalisi karistusi 100 keskastme meditsiinitöötaja kohta 1,4 korral, siis aastail 1978...1979 seevastu vaid 0,4 korral. Kahel viimasel aastal ei ole registreeritud ühtki tööluusi.

1979. a. II kvartalil alates on Pelgulinna Haiglas toimunud sotsialistlik võistlus. See tähendab eelkõige inimeste koostööd oma igapäevase tegevuse sfääris, rajanedes vastastikusel abistamisel, eesrindlike kogemuste tundmaõppimisel ja nende propageerimisel. Kui neid põhimõtteid õigesti mõistetakse, on sotsialistlik võistlus võimsaks hoovaks heade töötulemuste saavutamisel. Pelgulinna Haiglas korraldati võistlus kolmes rühmas: haiglaosakondades, polikliinilistes allüksustes ja abikabinettides. On välja töötatud sotsialistliku võistluse põhitingimused ja arvestussüsteem. Arvesse võetakse nii töö põhinäitajad kui ka ühiskondlik aktiivsus ning kasvatus-töö, distsipliin, ühisüritustest osavõtt jms. Võib kindlalt öelda, et sotsialistlik võistlus on tõstnud igaühe tööaktiivsust.

Hoogustunud on kommunistliku

töösse suhtumise liikumine, millega Pelgulinna Haigla kollektiiv tegi algust juba 1963. aastal. Praegu võtab liikumisest osa $\frac{3}{4}$ töötajaist.

Ka kõige otstarbekamad korraldused ei ole küllaldaselt tulemusrikkad, kui ei ole vajalikku kontrolli nende täitmise üle. Seevastu süstemaatiline kontroll kasvatab töötajates vastutustunnet ning suurendab nende distsiplineeritust.

Tervishoiuasutuse tööd üldse ja kasvatusöö tulemusi iseloomustab teataval määral ka asutuse kohta tulnud kaebuste arv. Kaebuste arv on Pelgulinna Haiglas järjekindlalt vähenenud: aastail 1971...1972 oli neid 100 töötaja kohta aastas 1,9, IX viisaastaku jooksul keskmiselt 1,6, X viisaastakul vaid 1,4 kaebust. Arvestades, et haiglatöö on tingituna voodifondist ja kaadri nappusest muutunud pingelisemaks, on sellel asjaolul eriline tähtsus.

Haigla voodipäevade normatiivne plaan täideti eelmisel viisaastakul 106,8% (eelarveline 103,5%) ja käesoleva viisaastaku nelja aasta normatiivne plaan 108,7% (eelarveline 103,7%). Samal perioodil tõusis polikliinilises võrgus külastatavus 9,4%, haigla voodipäevade arv 2,6% ja kõikides abikabinettides tehtud uuringute ja protseduuride arv 5...15%.

On avatud uusi osakondi ja kabinete, näiteks reanimatsiooni- ja anestezioloogiaosakond, hemodialüüsikabinet, ning mitmeid tervishoiupunkte. Töötajate arv on suurenenud vaid 3,7%, seevastu töömaht aga tunduvalt, seega on suuresti tõusnud töö intensiivsus.

Töö intensiivistamise kõrval on korda läinud parandada mitmeid põhinäitajaid, näiteks vähendada vastsündinute haigestumust ja suremust perinataalsel perioodil. Paljud töönäitajad on stabiliseerunud optimaalsel tasemel.

Tuleb oluliseks pidada ka seda, et viimase kümne aasta jooksul ei ole finantsmajandusliku tegevuse kontrollimisel avastatud finantsdistsipliini jämeda rikkumise juhte ning töötajate vahel ei ole olnud ühtki sellist konflikti, mida ei oleks suudetud lahendada kohapeal.

Oleme veadunud, et nendest raskustest, mis on seotud töömahu suurenemise ja meditsiinitöötajate nappusega, saab kergemini üle siis, kui kasvatusöö on kõrgel järjel.

Süstemaatilises ja järjekindlas kasvatusöös väljakujunenud kõbelistele ning ideoloogilistele veendumustele tuginedes on haiglal mitmeid saavutusi. Viimase kümne aasta jooksul on haigla pere tulnud auhinnalisele kohale kolm korda üleliidulisel ning üks kord vabariiklikul ülevaatusel. Pelgulinna Haigla on saanud NSV Liidu Rahvamajanduse Saavutuste Näituse II järgu diplomi ning kolmel korral on kokku nelja töötajat autasustatud ühe hõbe- ja kolme pronksmedaliga.

1977. aastal anti haigla töötajale kommunistliku töökollektiivi aunimeus, mis 1979. aastal taas kinnitati.

Kasvatustöö on tõhus ning kannab vilja siis, kui seda tehakse komplekselt, süstemaatiliselt ja järjepidevalt.

Tallinna Pelgulinna Haigla

Sihipärane ratsionaalse toitumise propaganda õigustab end täiesti. Sellised uurimistulemused kanti ette mullusel III üleeuroopalisel toitumiskonverentsil Upsalas Rootsis. Oige toitumise, suitsetamisest loobumise ja sportimise tulemusena on vere kolesteroolisisaldus Põhja-Karjala meestel vähenenud 4% ja müokardiinfarkti risk 17%. Samal ajal on rahvastiku rasvatarvitus vähenenud 20%. Norras läks korda aastail 1972...1976 vähendada südamevereringehaigustest põhjustatud surmajuhtude arvu 40...49 aasta vanuste meeste hulgas 11%, Oslos isegi 24%. Suurbritannia teadlaste vaatlusalusteks olid kahe nädala jooksul terved, kellel vere rasvasisaldus oli normis. Iga päev jõid nad 2,31 liitrit piima või tarvitasid sellele vastavalt ekvivalentseid piimasaadusi. Seitsmendal päeval oli vereseerumi kolesteroolisisaldus neil vähenenud 5...15%, kusjuures triglütseriidide hulk jäi muutumatuks. Ka sojaoad on toit, mille toimel kolesteroolipeegel langeb. Sihipärane ratsionaalse toitumise ja tervete eluviiside propaganda on vilja kandnud just Põhja-Euroopa maades, kus tulemused on kõige ilmekamad.

Die Heilberufe, 1980, 3

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

UDK 616.126-07-08

ÄGE SEPTILINE ENDOKARDIIT

MART LINTSI ENNO-ALFRED KOIV VALENTINA KORROVITS MALLE TALUR TARTU

bakteriaalne endokardiit, diagnostika, ravi

Ägedat septilist endokardiiti esineb sisehaiguste kliinikus suhteliselt harva. Esmasel arsti poole pöördumisel diagnoositakse haigust 25%-l juhtudest. Sageli peetakse haigust reumaks (27%), harvem sepsiseks (6%), meningoentsefaliidiks (5%), vaskuliidiks (6%) või muuks (6).

Haiguse tekitajateks on *streptococcus viridans*, anaeroobsed streptokokid, stafülokokid, enterokokid, pneumokokid, gramnegatiivsed bakterid, seened, riketsiad, viirused, segafloora (bakterid ja seened) (6). Steriilseid hemokultuure saadakse tänapäeval 30...60%-l juhtudest, mida seletatakse mitteadekvaatse uurimistehnika ja uuringu tegemisega mikroobidevabas staadiumis (1, 5, 6).

Haiguse patogeneesis on oluline osa südame klapiiriketel ja mikrotraumadel, hemodünaamika- ja mikrotsirkulatsioonihäiretel, mis soodustavad trombideta haavanditega kulgeva septilise endokardiidi ning valvuliidi arenemist.

Sagedamini haigestuvad keskeas mehed, haiguse teket soodustavad eelnev reuma ja operatsioonid. Nahal on hemorraagilise diateesi nähte, esinevad aordiklappide kahjustus, trombemboo-

lilised tüsistused, kestev palavik, 38...39 °C, splenomegalia või muud tunnused.

Diagnoosimisel on olulisim haiguse tekitajate leid hemokultuurides (penitsillinaasi sisaldavas söötmes), mis on võetud esimese 48 tunni jooksul palavikuperioodil. Sobiv vere hulk on 10...20 ml, söötme hulk üle 100 ml. Vajalik on korduv uuring, ka ühekordne positiivne resultaat on kahtlane, see võib tingitud olla juhuslikust saastumisest.

Wassermanni reaktsioon on positiivne 30%-l haigetest, kuid see on ebapüsiv ja seletub globuliinisalduse nihetega vereseerumis.

Ravi. Kui endokardiidi tekitajat ei ole kindlaks tehtud, soovitatakse kasutada 12 g oksatsilliini või penitsilliini ööpäevas, lisaks gentamüsiini suurtes doosides. Kui tekitaja on selgunud, siis ravi korrigeeritakse. Steriilse hemokultuuri korral on näidustatud tsefalotiini või gentamüsiini.

Ravimikompleksi kuuluvad kortikosteroidid ja immunosuppressandid, kirurgiline ravi klappide proteesimisega, koldenakkuste ravi. Süмптоomaatiliseks raviks ordineeritakse südameglükosiide, diureetikume jt.

Surma põhjuseks on eelkõige südamepuudulikkus, ureemia, aju-, koronaar- ja kopsuarterite embooliad ning progresseeruv infektsioon (3, 5, 6).

Profülaktika seisneb reuma ja muude haiguste, mis põhjustavad klapiirikkeid, vältimises, kongenitaalsete rikete varajases ravis. Teiseks profülaktika suunaks on bakteriaalnakuste ja nakkuskollete õigeaegne avastamine ja ravi (2, 4, 6).

Esitame kaks septilise endokardiidi juhtu Tartu Kliinilise Haigla praktikast.

Haigusjuht 1. 23-aastane meeshaige K. H. (haiguslugu nr. 12630/1978). Haigestus kolm nädalat enne toimetamist kardioloogiakeskusesse. Tekkisid subfebriilne kehatemperatuur, kõha ja õhupuudustunne. Haige pöördus arsti poole nädal pärast haigestumist. Ravile vaatamata febrilne kehatemperatuur püsis, lisandusid iiveldus ja oksendamine. Pärast korduvaid kiirabivisiite saadeti ta rajoonihaiglasse bilateraalse pneumoonia kahtluse tõttu. Mõnepäevase ravi tulemusena seisund ei paranenud ja haige toodi üle kardioloogiakes-

kusesse bilateraalse pneumoonia, kardiovaskulaarse puudulikkuse ja infektsioosse müokardiidi diagnoosiga. Hospitaliseerimisel kaebas tugevat nõrkust, iiveldust, kõha ja jalgade turset. Lapsena oli põdenud tuulerõugeid ja kopsupõletikku. Tarvitanud sageli alkoholi.

Üldseisund raske. Nahk kuiv ja kollaka varjundiga, ortopnoe, põlvedeni ulatuvad tursed. Parema kopsu alasagara kohal oli kuuldav nõrk hingamiskahin. Südame auskultatsioonil parasternaalselt: vasakul süstoolne kahin, maksimum V interkostaalruumis, löögisagedus 110 korda minutis. Arteriaalne rõhk 120/60 mmHg. Maks väljub roidekaare alt 7...8 cm võrra, valulik ja tihket konsistentsi. Vereanalüüs: SR 5 mm/t., leukots. 21100, hematokriti näit 37%. Valem: keppt. 22,5%, muus osas normis. Bilirubiin 2,15 mg%, vere-suhkur 220 mg%, C-reaktiivne valk 0,5 mm, naatrium 120 mekv/l, kaalium 6,1 mekv/l, jääklämmastik 159 mg%, GOT 27,5, GPT 49,3, aldolaasi 35,5 ühikut.

Röntgenoloogiline leid: *Focus infiltrativus paracardialis pulmonis dextri.*

Diagnoos: viiruslik endomüoperikardiit, hepatorenaalne sündroom, krooniline südame- ja vereringepuudulikkus III staadiumis.

Raviks süstiti penitsilliini veeni, tehti tilk-infusioone strofantini, eufüllüüni, prednisolooni, C-, B₁-, B₆-vitamiini ja füsioloogilise lahusega, anti mannitooli ja laasiksit. Seisund halvenes pidevalt ja haige suri kolmandal ravipäeval.

Patoanatomiline diagnoos: aordiklappide septiline nekrootilis-haavandiline põletik; krooniline südame- ja vereringepuudulikkus — anasarka, bilateraalne hüdrotooraks, maksa ja kopsude krooniline venoosne hüperemia; hepatorenaalne sündroom.

Haigusjuht 2. 46-aastane meeshaige H. E. (haiguslugu nr. 13021/1978). Kaebas nõrkust, hingeldust ning südamepekslemist. Haigus oli kestnud kolm kuud. Jõuetus järk-järgult süvenes. 1,5 kuud tagasi oli kehatemperatuur olnud 38...39°C peaaegu iga päev. Novembri-detsembris 1978. a. viibis ravil elukohajärgses haiglas, kus diagnoositi reumat aktiivses faasis, reumokardiiti, aordiklapi riket, kroonilist südame- ja vereringepuudulikkust II^b staadiumis, alkohoolset kardiomiopaatiat ja kroonilist hepatiiti.

Seisundi progresseeruva halvenemise tõttu toodi patsient üle kardioloogiaosakonda.

Anamneesis leetrid ja lakkõha. Tegelnud spordiga. Tarvitanud ohtralt alkoholi.

Üldseisund raske. Nahk ja limaskestad ikteerilised. Kopsude alasagarates paisrätiginad. Kõigis südame auskultatsiooni punktides süstoolne ja diastoolne kahin, maksimum Botkini punktis. Kahinad kandusid ka rangluualuste ja unearterite piirkonda. Maks palpeeritav 6...7 cm roidekaare alt. Anasarka.

Vereanalüüs: SR 19 mm/t., hgb. 61%, erütrots. 3,3 milj., leukots. 13600. Valem: müelots. 1%, metamüelots. 1%, keppt. 4%, segmentt.

52,5%, lümfots. 10%, monots. 7%, normoblaste 22,5%. Verekülv steriilne. Jääklämmastik 40,8 mg%, GOT 23,7, GPT 39,8 ühikut, C-reaktiivne valk 1,0 mm, bilirubiin 3,78 mg%, EKG: siinustahhükardia, madal voltaaž. Vasaku koja ja vatsakese ülekoormus. Repolarisatsioonihäire taga-, diafragmaal- ja anterolateraalseinas (subendokardiaalne isheemiline kahjustus). Elektrilise südali pikenedamine. Ehhokardiograafia: aordiklappide puudulikkuse kahtlus.

Raviks määrati penitsilliini 20 miljonit ühikut ööpäevas, tehti tilkinfusioone digoksiini, glükoosi ja insuliiniga, anti diureetikume. Haige suri 7. ravipäeval süveneva südame- ja vereringepuudulikkuse tõttu.

Kliiniline lõppdiagnoos: septiline endokardiit, aordiklappide puudulikkus, südamevereringe krooniline puudulikkus III staadiumis. Patomorfoloogiline diagnoos (protokoll nr. 704/1978): äge septiline ultseroosne endokardiit; aordiklappide puudulikkus, südame- ja vereringepuudulikkus; muskaatmaks, kopsuturse, bilateraalne hüdrotooraks, anasarka.

Esitatud kaks väljavõtet näitavad, et septilise endokardiidi juhud hakkavad meil sagenema. Septilise endokardiidi võimalusele tuleb mõelda kõrge kehatemperatuuri ja südamekahjustusega kulgevate haiguste puhul, teha verekülvete avastamiseks ja raken-dada kiiresti adekvaatset antibakteriaalset ravi.

KIRJANDUS: 1. Hutter, A. M., Moellering, R. C. JAMA, 1976, 235, 15, 1603—1605. — 2. Kaplan, E. L., Anthony, B. F., Bisno, A., Durack, D., Houser, H., Millard, H. D., Sanford, J., Shulman, S. T., Stillerman, M., Taranta, A., Wenger, N. Circulation, 1977, 56, 1, 139—143. — 3. Roberts, W. C., Buchbinder, N. A. Cardiol., 1977, 40, 6, 876—888.

4. Демин А. А. Тер. арх., 1977, 49, 9, 47—50. — 5. Демин А. А. Клин. мед., 1978, 56, 1, 103—106. — 6. Демин А. А., Демин Ал. А. Бактериальные эндокардиты. М., 1978.

TRÜ arstiteaduskonna sisehaiguste propedeutika kateeder

Tartu Kliiniline Haigla

SJÖGRENI SÜNDROOM

LEA PRAKS ARTEMI VAPRA · TARTU

Sjögreni sündroom, kliiniline pilt, laboratoorne leid, diagnoosimine, ravi

Sündroomile, mida 1933. a. kirjeldas rootsi oftalmoloog H. Sjögren, on iseloomulik krooniline kuiv keratokonjunktiviit ja kserostoomia. Seetõttu satuvad need haiged kõige sagedamini esmalt oftalmoloogi ja stomatoloogi juurde (6, 7).

Kodumaises kirjanduses on sündroomi kohta võrdlemisi vähe andmeid (4, 5, 6, 7, 8, 9) ja eestikeelses erialakirjanduses need täiesti puuduvad.

Sjögreni sündroomi etioloogia ja patogenees on ebaselge. Teatav osa arvatakse olevat autoimmuunsetel protsessidel (1). Haigestuvad peamiselt naised ja enamasti kesk- ning vanemas eas.

Sjögreni sündroomi kliinilisele pildile on iseloomulik kõigi näärmete, eriti aga sülje- ja pisaranäärmete sekretsiooni vähenemine, mis on tingitud lümfoidsete rakkude invasioonist näärmetesse ja nende juhadesse. Näärmed suurenevad, muutuvad konsistentsilt tihkeks. Haiged kaebavad kuivustunde üle suus, neelus ja silmades. Tekib kuiv kõha, hääli muutub kähisevaks. Silmad on valguskartlikud, nutmine pisarateta, keratokonjunktiviidist tingituna nõrgeneb nägemisteravus. Mao-mahla soolhappesisaldus on vähenenud. Nahk on kuiv. Sageli esinevad Raynaud' sündroom ja telegangiaktaasiad.

Sjögreni sündroom võib esineda iseisvalt nn. kuiva sündroomina, sagedamini aga koos reumatoidartriidi või süsteemsete sidekoehaigustega, nagu erütematoosne luupus, sklerodermia (2, 3, 8).

Laboratoorne leid: kalduvus leukopeeniaks, hüpokroomne aneemia, hüperproteineemia, mis on tingitud hüpergammaglobulineemiast. Sageli on tõusnud fibrinogeeni kontsentratsioon veres.

Ravi. Põhihaiguse (reumatoidartriidi, süsteemse erütematoosse luupuse) ravi. Kuiva keratokonjunktiviidi raviks soovitatakse 0,5%-list metüülselluloosilahust, kusjuures $\frac{2}{3}$ -l haigetest annab ravi tulemusi. Kui keratokonjunktiviit on bakteriaalne, siis määratakse levomütsetiini- või tetratsükliinisalve. Vajaduse korral kasutada kontaktläätsi. Kuivustunnet suus on raske ravida. Tulemusi võib anda ka 1%-line metüülselluloosilahus (8).

Esitame Sjögreni sündroomi juhu kirjelduse Tartu Kliinilise Haigla reumatoloogiaosakonnas.

Juht. 57-aastane naishaige Ö. P. (haiguslood nr-d 849, 1059, 1264/1971. a.; nr. 676/1975. a.; nr-d 18595, 25019/1978. a.), kellel 1965. a. oli parema jala komplitseeritud trauma, mille paranemine võttis poolteist aastat. Selle aja kestel märkas ta, et käed, jalad ning alalõug on suuremaks kasvanud. Endokrinoloogid diagnoosisid akromegaaliat ja haigele määrati 1969. a. kiiritusravi.

Umbes 1967. a. täheldas haige nõrkustunnet, tunduvalt töövõime langust, tekkisid tuiamad liigesevalud 1968. a. raviti stomatoloogiaosakonnas tal süljenäärme põletikku. 1970. a. tekkis taas ja progresseerus kuivustunne suus, nahk tõmbus kuivaks, kujunes välja Raynaud' sündroom kätel. Hommikuti liigesejäikus, valud sõrme- ja randmeliigestes. Tartu Kliinilise Haigla reumatoloogiaosakonnas oli patsient 1971. a. ravil viibinud kolmel korral. Diagnoosiks paraproteineemia ning akromegaalia. Haiglas oli koguvalku vereseerumis 9,48 g%, 13,76 g% ning 10,48 g%, gammaglobuliini kogus oli vastavalt 3,22 g%, 4,84 g% ning 3,23 g%. Reumatoidfaktor vereseerumis oli positiivne.

1975. a. diagnoositi esmakordselt filiformne keratiit ja Sjögreni sündroom. Haiguse ägenemisperioodil viibis haige korduvalt haiglaravil. Põhiliselt on haigele määratud reumavimeid, nagu delagiili, butadiiooni, prednisolooni, deksametasooni jm. Ravi mõju oli vähene ja lühiajaline.

1971. a. saadik on erütrotsüütide sette-reaktsioon kiirenenud (40...62 mm/t.), leukopeenia (2900...3100), fibrinogeeni kontsentratsioon 0,39...0,60 g%. Ajavahemikul 1. jaanuarist 17. jaanuarini 1978. a. raviti haiget Tartu Kliinilise Haigla silmahaiguste osakonnas, kus tal oli diagnoosiks: *Morbus Sjögreni. Keratitis filiformis oc. utr. Blepharocconjunctivitis chr. exacerbata. Ulcus cornea recidiva oc. sin. Status post perforationem ulceris corn. oc. sin.*

Tartu Kliinilise Haigla reumatoloogiaosakonnas oli patsient viimati 29. septembrist 1978. 14. novembrini 1978. a. Diagnoos: Sjög-

BRONHOKARTSINOIDI JUHT LAPSEEAS

MALL-ANNE RIIKJÄRV PEETER-HARRI LOIT
AINO KUNG TALLINN

bronhokartsinoid, esinemissagedus, sümptomid,
patohistoloogilised tunnused, klassifikatsioon

reni sündroom. Endiselt olid kaebusteks valu randme-, sõrme- ja küünarliigestes, hommikune liigesejäikus, ka seljalihaste ja õlavöötmelihaste valulikkus.

Objektiivsel uurimisel: labakäed ja -jalad suured, alalõug suurenenud, käelabad jaedad, tsüanootilised. Perifeersed lümfisõlmed ei ole palpeeritavad. Suuõõs: keel kuivavõitu, punetav, atroofiline, kurk kergelt hüpereemiline.

Kopsude allväljades tümpaanilise varjundiga kõla. Parema kopsu allosas inspiiriumis kuulda peenemullilisi räginaid. Südamel nõrk süstoolne kahin, frekvents 72 korda minutis. Arteriaalne rõhk 125/80 mmHg. Kõhukatted pehmed, maks kahe põikisõrme ulatuses palpeeritav; põrn palpeeritav ei ole. Röntgenoloogilise leiu põhjal võis kindlaks teha kahepoolse kroonilise pneumoonia. Labakäte röntgenoloogilise uurimise alusel diagnoositi reumatoidartriiti I staadiumis. EKG: siinusrütm, elektrilise süstoli mõningane pikene mine, kerge intraventrikulaarne juhtehäire, bioelektriliste muutuste tunnused. Vereanalüüs: SR 51...45 mm/t., hgb. 88,5%, erütrots. 4430000, leukots. 9100 ja 4800. Uriin ja väljaheide patoloogilise leiuta. Koguvalku 11,20 g%, sellest albumiine 3,84 g%, globuliine 7,36 g%: α_1 -globuliine 0,43 g%, α_2 -globuliine 1,12 g%, β -globuliine 1,29 g%, γ -globuliine 4,52 g%. Fibrinogeeni 0,38 g%.

Seega tekitas diagnoosimine haiguse alfaasis raskusi, sest haige oli paraproteineemia tõttu mitmel korral haiglas viibinud ning tänu silmaarsti konsultatsioonile sai võimalikuks diagnoosida Sjögreni sündroomi.

KIRJANDUS: 1. Anderson, J. G., Gray, K. G., Beck, J. G. Lancet, 1961, 2, 456—460. — 2. Boyle, J. A., Buchanan, W. W. Clinical Rheumatology. Oxford-Edinburgh, 1974. — 3. Keitel, W. Differentialdiagnostik der Gelenkerkrankungen. Jena, 1976.

4. Нахутина Э. М., Глебова Г. Б., Соколова Т. М. Клин. мед., 1973, 9, 134—136. — 5. Насонова В. А., Васильев В. И., Симонова М. В., Бойцова О. А., Грицман Н. Н. В кн.: II Всесоюзный съезд ревматологов. Тезисы. Основные достижения в изучении ревматических заболеваний в СССР. М., 1978, 235—236. — 6. Ромачева Л. Ф., Саксонова Г. А. Стоматология, 1959, 3, 13—16. — 7. Талалаева В. Л. Вестн. офтальмол., 1963, 2, 84—85. — 8. Уолли К., Вебб Д., Виллиамсон А., Ле П., Дик В., Бухман В. В. Тер. арх., 1976, 11, 20—37. — 9. Юдин Л. А., Ромачева И. Ф., Сверчкова Т. С. Клин. мед., 1973, 9, 127—134.

TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste
kateeder

Lapseeas on bronhopulmonaalsüsteemi kasvavad haruldased. Kõikidest kasvavatest lastel moodustavad intratorakaalsed kasvavad 2...3% (4). Healoomulistest bronhopulmonaalsüsteemi kasvavatest leitakse sagedamini bronhoadenoomi (3). W. Thal (2) on 26 aasta jooksul (1935...1961. a.) kirjeldanud 32 bronhoadenoomi juhtu lapseeas; histoloogiliselt leiti kõigil kartsinoid. V. Klimanskil (5) on andmeid viie juhu kohta lastel aastail 1963...1973. Kirjeldame bronhokartsinoidi juhtu, mis diagnoositi Tallinna I Lastehaiglas 1979. aastal.

Haigusjuht. Poeglaps A. R., 12 aastat vana (haiguslugu nr. 501/1979). Anamnees iseärasusteta. Harva oli põdenud ülemiste hingamisteede katarri ja angiini. Laps haigestus 6. XII 1978. a., tekkisid kõrge kehatemperatuur ja piinav kõha. Antibakteriaalse ravi toimet kehatemperatuur küll normaliseerus, kuid kõha jäi püsima. 6. I 1979. a. tekkis hektiline kehatemperatuur ning laps kõhis pidevalt. Et sümptomaatiline ravi tulemusi ei andnud, tehti 18. I 1979. a. röntgenoskoopia, mille alusel diagnoositi parempoolset pneumooniat. Ravi tulemusena kehatemperatuur kahe nädala jooksul normaliseerus. Et laps kõhis endiselt, saadeti ta Tallinna Linna Tuberkuloositõrje Dispanseri lastekabinetti, kus röntgeniülesvõttel leiti parema ülasinga atelektaas. Sealt viidi üle sama dispanseri lasteosakonda. Esimesel nädalal oli kehatemperatuur hektiline. Vereanalüüs: SR 25 mm/t., leukots. 10 500. Antibakteriaalse ravi toimet kehatemperatuur normaliseerus, alles jäi vaid vähene kõha. Laps viidi 19. II 1979. a. Tallinna I Lastehaiglasse bronholoogilisteks uuringuteks. Haiglasse saabumisel oli seisund rahuldav, harva tekkis kõha vähese limase röga. Auskultatoorselt ja perkutoorselt: kopsud patoloogilise leiuta. Röntgenifilm: parema ülasinga atelektaas. Vereanalüüs: SR 30 mm/t., leukots. 6400. Vallem: eosinof. 2%, keppt. 2%, segment. 52%, monots. 10%, lümfots. 34%. C-reaktiivne valk negatiivne, siaalhape 0,18, fibrinogeeni kontsentratsioon 368 mg%. Bronhoskoopia tehti

27. II 1979. a. narkoosis. Traheea ja vasakpoolne bronhiaalpuu iseärasusteta. Paremal peabronhis limajas-mädast sekreeti. Bronhiaalpuu limaskest mõõdukalt hüperemiline. Parema ülasingara bronhi piirkonnas nähtav kasvajaaline moodustus, mis parema ülasingara valendiku suleb täielikult. Kasvajakude nähtavas osas eemaldati, seejärel tuli esile ülasingara bronhi pilujas valendik. Endoskoopialeid: *Tumor lobii sup. pulmonis dextri*. *Endobronchitis purulenta lobii sup. pulmonis dextri*. Koetükikesi uuriti histoloogiliselt Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis (protokoll nr. 792516). *Tumor carcinoides bronchi* (intramuraalne kasv bronhis). Kasvaja parenhüüm enam-vähem ühtlase suurusega, koosnes ovaalsete tuumadega polügonaalsetest rakkudest, mis moodustasid atsinoosideid struktuure. Viimaste vahel valminud sidekoest strooma vahekihid. Kliiniline diagnoos: parema ülasingara bronhokartsinoid, parema ülasingara atelektaas. Last opereeriti Filatovi-nimelises Moskva Kliinilises Lastehaiglas, eemaldati kasvaja ja ekstirpeeriti parema ülasingara bronhid. Operatsiooni-preparaadi patohistoloogilise uuringu põhjal kinnitus samuti atsinoosse ehitusega kartsinoidi diagnoos.

Bronhokartsinoid kuulub epiteelkasvajate rühma. Arvatakse, et ta sugeneb perifeersetest endokriinsetest (parakriinsetest) bronhiaalnäärmetest — Kultschitzky tüüpi rakkudest või bronhide basaalrakkudest. Paljud uurijad peavad bronhokartsinoidi düsentogeneetiliseks kasvajakaks, seda kinnitab tema esinemine nooremaelistel (8). Bronhokartsinoid lokaliseerub sagedamini bronhiaalpuu keskosas. Ülekaalus on ekspansiivne kasv. Kartsinoid võib bronhi suhtes kasvada endo-, peribronhiaalselt või intramuraalselt, põhjustades igal juhul bronhivalendiku läbitavuse häiret.

ÜTO poolt 1967. a. väljaantud kopsukasvajate histoloogilise klassifikatsiooni (rahvusvaheline kasvajate histoloogiline klassifikatsioon nr. 1) (7) alusel eristatakse kopsukasvajate histoloogiliste tüüpide seas VI rühmana kartsinoide ja VII rühmana bronhiaalnäärmete kasvajaid. Viimaste esimese alarühmana tuuakse tsilindroomid. Bronhiaaladenoomi mõistet klassifikatsioonis ei ole.

Kartsinoidid koosnevad tavaliselt ovaalsete tuumadega, mõnevõrra teralise tsütoplasmaga polügonaalsetest rakkudest, mis moodustavad sagedami-

ni trabekulaar- või mosaiikstruktuure. Mõnel juhul on kartsinoidid atsinoosse ehitusega või koosnevad käävjatest rakkudest. Viimast täheldatakse eeskätt subsegmentaarsetest bronhidest lähtunud kartsinoidides. Tsentraalselt paiknevad kartsinoidid võivad metastaseeruda regionaarsetesse lümfisõlmedesse, kuid üldiselt on kartsinoidid tunduvalt healoomulisema kuluga kui bronhogeenne vähk.

ÜTO rahvusvaheline onkoloogiliste haiguste klassifikatsioon (I CD-O) 1976. aastast eristab oma morfoloogia rubriigis kahte liiki bronhoadenoomi: kartsinoidid ja tsilindroomid. Põhjuseks, miks neid kahte kopsukasvajate histoloogilist tüüpi sageli kokku võetakse mitte päris sobiva nimetuse all «bronhiaaladenoomidena», on H. Eegi, R. Haupti, G. Rothe'i (1) arvates kaks asjaolu. Esiteks on nii ühe kui ka teise puhul kirurgiline ravi tulemusrikas, teiseks on nende kasvajate bioloogilises olemuses seniajani veel mõndagi selgitamata. Mõnel juhul esineb healoomulise kuluga bronhikasvajas samaaegselt nii kartsinoidi kui ka tsilindroomi struktuure.

Erinevalt tsilindroomidest võib kartsinoidide rakkudes sisalduda argürofiilseid graanuleid; kartsinoidirakud, kuigi harva, võivad olla onkotsüütide tüüpi. Kartsinoidi strooma omapäraks on suhteliselt sage luupõrkade teke sidekoes. Meie poolt kirjeldatud haigusjuhul kopsukoe proovitükikese uurimisel taolisi nähte ei täheldatud.

Varajasemaks ja püsivamaks bronhokartsinoidi sümptomiks on köha. Vereköhimist esineb lapseas harva. Kasvajast põhjustatud bronhostenoosi kliiniliseks avalduseks on pneumoonia, röntgenoloogiliseks avalduseks hüpoventilatsioon või atelektaas. Sageli ekstitakse diagnoosimisel, mistõttu ravitakse pikka aega kui tuberkuloosi, residiveeruvat bronhiiti või kroonilist pneumooniat (1). Bronhoadenoomi hilisdiagnoosimise põhjuseks on tagasihoidlik kliiniline sümptomaatika. Otustav osa tema diagnoosimisel on bronhoskoopial koos -biopsiaga.

Kuni 15%-l juhtudest (6) võivad kartsinoidid võtta pahaloomulise kulu, mille puhul täheldatakse infiltratiivset kasvuvormi koos metastaseerumisega regionaarsetesse lümfisõlmedesse.

Bronhoadenoomi, ka -kartsinoidi ravi on kirurgiline. Operatsioon peab olema radikaalne, kuna kasvaja osaline eemaldamine bronhoskoobi kaudu võib põhjustada retsidiivi teket. Laste puhul seisneb ravi bronhi ja kopsukoe säästlikus resektsioonis. Radikaalse operatsiooni järgselt on prognoos hea.

KIRJANDUS: 1. *Eek, H., Haupt, R., Rothe, G.* Handbuch der speziellen pathologische Anatomie und Histologie. Bd. 3. Atmungswege und Lungen. IV Teil, 1969. — 2. *Thal, W.* Kinderbronchologie. Leipzig, 1972.

3. *Волков М. В.* Клиническая онкология детского возраста. М., 1965. — 4. *Исаков Ю. Ф., Степанов Э. А., Гераськин В. И.* Руководство по торакальной хирургии у детей. М., 1978. — 5. *Климанский В. А.* Хирургическая патология легких у детей. М., 1975. — 6. *Колесников И. С., Орджоникидзе Г. К., Шеляховский М. В., Ермолаев В. Р., Якубовский Ф. И.* Труд. хир., 1963, 6, 101—105. — 7. *Крейсберг Ф.* Гистологическая классификация опухоли легких. Женева, 1967. — 8. *Углов Ф. Г.* Резекция легких. Л., 1954.

Tallinna I Lastehaigla

Ekspimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut

UDK 616.233-007.64+616.235-001

KAASASÜNDINUD BRONHIOLEKTAASIA JUHT

JAAN KARUSOO KAIIDO SARAPUU · TALLINN

bronhiolektaasia, kliiniline pilt, ravi, prognoos

Kopsu arenguanomaaliatest moodustavad märkimisväärse osa kopsutsüstid. Need moodustised võivad olla väga erisuguse suurusega, enamasti ümmarguse või ovaalse kujuga (1, 4, 6). Tsüstide

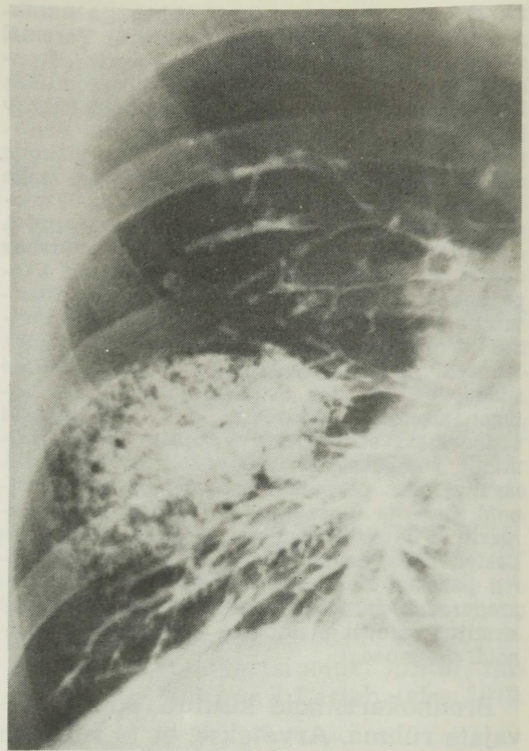


Foto 1. Haige N. Š., bronhogramm paremast kopsust, otseprojektsioon. IV segmendi bronhide, bronhioolide ja alveoolide täitumine kogu ulatuses.

arv võib olla väga erinev. Kui tsüste on kopsudes hulgaliselt, on tegemist tsüstoosiga, mis olenevalt tsüstide suurusest on tuntud ka kärg-, käsn- või vahtkopsu nimetuse all (2). Kopsutsüstoosi kliiniline pilt sõltub kopsukoe muutuste ulatusest, tsüstide infitseeritusest või muudest teguritest (3, 8). Väiksema ulatusega kopsumuutuste puhul ja siis, kui tegemist on infitseerumata tsüstiga, sümptomaatikat sageli ei esine ning see anomaalia võidakse avastada juhuslikult (5, 7).

Käesolevaga esitame segmendiga piirdunud kopsutsüstoosi (bronhiolektaasia) — käsnkopsu juhu.

Haigusjuht. 34-aastane meeshaige N. Š. (haiguslugu nr. 1625/1979. a.) viibis Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri II täiskasvanute tuberkuloosiosakonnas uurimisel 05. 11. 1979... 27. 11. 1979.

Kaebused: kerge kuiv kõha, kiire väsimine, higistamine, sagedased peavalud.

Peab ennast haigeks 1972. a. märtsist alates, mil põdes larüingiiti. Grippi ja ülemiste hingamisteede katarri on korduvalt põdenud n.-õ. jala peal, ilma et oleks end kuidagi ravinud. Röntgenkontrollil ei ole midagi leitud. Varem oli põdenud neerukivitõbe, mille tõttu 1976. a. oli viibinud haiglaravil. Samas oli diagnoositud ka kõrgvererõhuhaigust, mille raviks kasutab periooditi hemitooni. Haige tunneb end sageli halvasti, kusjuures peamisteks kaebusteks on nõrkus, higistamine, kiire väsimine ja peavalu. Neid nähte seostab viirustest põhjustatud kopsuhaiguse või vere-rõhu kõrgenemisega. Tunneb end hästi ainult Krimmis. Haige on periooditi närviline ja impulsiivne, mistõttu kasutab vahetevahel rahusteid.

Abikaasa ja viieaastane poeg terved, ka vanemad on terved. Patsiendi üheksast õest-vennast on surnud kolm väikelapseas kopsuhaigusse, ülejäänud terved.

Haige on elukutselt arst, elab kahetoalises korteris. Ei suitseta ega tarvita alkoholi.

Objektiivne leid. Kehaehitus korrapärane. Luud ja liigesed deformatsioonideta. Rindkere sümmeetriline, hingamisekskursioonid ühtlased. Kopsukõla normaalne. *Fremitus pectoralis* külgühtlane. Vesikulaarne hingamiskahin.

Südametoonid puhtad. Pulss regulaarne, rahuldava täitumusega, 60 korda min. Arteriaalne rõhk 180/100 mmHg.

Abdomen: kõhukatted palpeerimisel pehmed, maksa serv palpeeritav. Põie piirkond palpeerimisel kergelt valulik. Pasternatski sümptoom negatiivne.

Laboratoorne leid. Bronhiloputusvedelikust patogeenseid mikroobe ei leitud.

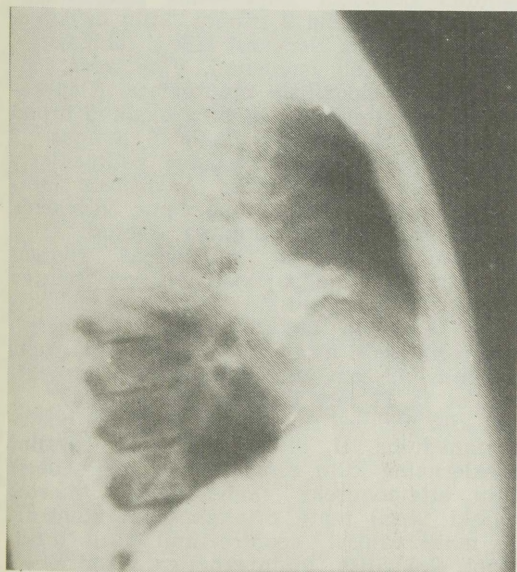


Foto 2. Haige N. S., bronhogramm (fluorogramm) paremast kopsust, külgprojektsioon.

Vereanalüüs: hgb. 14,6 g%, leukots. 7800; hemogramm: eosinof. 4%, keppt. 3%, segmentt. 39%, lümfots. 40%, monots. 14%. SR 7 mm/t. Wassermanni reaktsioon negatiivne, asparagiintransaminaasi 13 üh., C-reaktiivne valk positiivne, fibrinogeeni 0,52g%, siaalhaptet 0,19. Proteinogramm normis, uriin normis, *faeces* normis.

EKG: vasaku südamevatsakese mõõdukas hüpertroofia. Spirogramm: MM 237% normist, VK 70%, MV 83%, FSE 2,1 l, Tiffeneau indeks 61%. Pneumotahhümeetria s/h 5,0 l/s, v/h 4,0 l/s. Otsus: hingamispuudulikkus 0—1.

Röntgenuurinud. Röntgenogrammidel otse- ja külgprojektsioonis patoloogilisi muutusi ei sedastatud. 19. 11. 79. *Bronchographia pulm. dex.* (jodolümpool): parema kopsu IV segmenti subsegmentaarsed bronhid, bronhiolid ja alveolid kogu ulatuses täitunud. Bronhiolid ja alveolid kogu segmenti ulatuses laienenud, võib näha väiksemõõtmelisi ümarmargusi ja piklikke varje. Basaalsegmentides bronhide deformatsioon, bronhid kontrastainega puudulikult täitunud (vt. fotod 1 ja 2).

Otsus: *bronchioloectasiae segm. IV pulm. dex.* 24. 11. 79. *Bronchographia pulm. sin.:* vasaku kopsu alasagara 8., 9. ja 10. segmenti bronhide külghargnemised kontrastainega puudulikult täitunud — kroonilise bronhiidi tunnus. Ülasagara bronhid patoloogiliste muutusteta.

Kliiniline diagnoos: *pneumocystosis (bronchioloectasiae). M. hypertonicus I.*

Käesoleval juhul on segmentidiga piirunud kopsutsüstos kulgenud ilma tüüpiliste kliiniliste nähtudeta, sest anomaaliat esineb vaid piiratud ulatuses ega ole tüsistunud põletikuga. Tsüstos on moodustunud laienenud bronhiolidest ja alveoolidest. Peale selle esineb mõlema kopsu basaalsegmentide bronhide deformatsioon.

Kirjanduse andmetel esineb tsüstilisi bronhiolektaasiaid sagedamini kopsu ülaosades, peamiselt paremal, või ka difuusselt mõlemas kopsus (2, 8).

Kokku võttes võib öelda, et piirdunud ja tüsistumata kopsutsüstos võib kulgeda kliiniliste nähtudeta ega vaja ravi, kui ta ei ole infitseerunud. Kui tsüstos infitseerub, võib tekkida kopsumädanik. Sel puhul tuleb arvesse kirurgiline ravi.

KIRJANDUS: 1. Hirsch, W. Lungenkrankheiten im Röntgenbild. Leipzig, 1958. — 2. Zadek, I. Die Differentialdiagnose der Lungenkrankheiten. Leipzig, 1948.

3. Мокляков И. А. Роль некоторых ано-

малий бронхоальвеолярной системы и развитие хронических нагноительных процессов легких. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Хабаровск, 1975. — 4. Орлова А. Г. Нарушения легочного дыхания у больных с кистозной гипоплазией легких. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Л., 1977. — 5. Позосян З. А. Кистозные образования легких. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Ереван, 1971. — 6. Путов Н. В., Федосеев Г. Б. Руководство по пульмонологии. Л., 1978. — 7. Романов Г. А. Аномалия развития легких. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1971. — 8. Стручков В. И., Воль-Эпштейн Г. Л., Сахаров В. А. Пороки развития легкого у человека. М., 1969.

*Ekspérimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut*

Vabariiklik Tuberkuloositõrje Dispanser

UDK 617.7-003.6-089.878:617.7-072.1

ORIGINAALSE OFTALMOENDO- SKOOBI KASUTAMINE SILMA- SISESE VÖÖRKEHA EEMALDAMISEKS

LEO SCHOTTER ALEKSEI PANOV . TARTU

silmasisene võõrkeha, kirurgiline abi, oftalmoendoskoopia, diaskleraalne luup

Huvi mittemagnetiliste kildude silmast eemaldamise vastu on viimastel aastatel tõusnud tingituna järjest suurenevast metallisulamite ja plastmasside kasutamisest rahvamajanduses. Ka sõjaolukorras võib mittemagnetiliste sekundaarsete kildude arv suureneda (8). Mittemagnetilisi kilde silmast kätte saada on raske, eriti siis, kui nad on tunginud silmamuna sügavusse, eemale kestadest. Selliseid võõrkehi võib juhdlemisi hõlpsasti eemaldada vaid juhul, kui nad on oftalmoskopeeritavad, kui nad on nähtavad läbi silmaava oftalmoskoobi abil. Läbistavate vigastuste korral ei osutu selliste kildude eemaldamine oftalmoskoobi kontrolli all sageli võimalikuks silma optiliste keskkondade hägustumise, eriti traumaatilise katarakti tõttu.

Mittemagnetiliste ja mitteoftalmoskopeeritavate kildude eemaldamiseks kasutatakse kontrolli kahe röntgeniekraani abil, ultraheli lokaatoreid jt. Nimetatud meetodid on keerukad ja on veel lõplikult välja arendamata.

Selliste kildude eemaldamiseks on kasutatud ka erilisi instrumente — oftalmoendoskoope (1, 2, 3, 4, 7).

Järgnevalt tuuakse andmeid originaalse ehitusega oftalmoendoskoobi — diaskleraalse luubi* — kasutamise kohta Tartu Kliinilise Haigla silmaosakonnas. Diaskleraalne luup koosneb korpusest ja vahetatavast läätsest, mis anuvad suurenduse 2...3 korda.

Instrumenti kasutamise võimalusi on uuritud isoleeritud seasilmadel eksperimentaalselt ja loomkatsetes (6, 7).

Käesolevaga kirjeldame üht silma-trauma juhtu.

Haigusjuht. Kohtla-Järve Linna Haigla silmaosakonnast saadeti Tartu Kliinilise Haigla silmaosakonda 15-aastane noormees A. K. (haiguslugu nr. 25378/1978. a.), kellel kapsliplahvate tagajärjel olid vigastada saanud vasak silm ja käed. Kohalikus haiglas eemaldati labakätest mitu kildu ja patsient saadeti silmaraviks Tartusse.

Saabudes oli haigel üldseisund hea. Mõlema silma nägemisteravus 1,25. Parema silma leid normis. Vasaku silma laud normis. Silmamuna sidekesta hüpereemia sidekestaäärise läheduses kella 9 suunas, killu arvatava sisenemise kohas. Sarvkest läikiv, läbipaistev. Pupill mõõdukalt laienenud. Vikerkesta joonis selge, patoloogiliste muutusteta. Klaaskeha piki killu sisenemise teed üksikud õrnad hägused. Silmapõhjas kella 6 suunas, 3 diskuse läbimõõtu sellest allpool, paiknes kolm vaskse läikega umbes $\frac{1}{3}$ diskuse läbimõõdu suurune ümmargune lame võõrkeha, mis osaliselt oli verevalumiga kaetud.

Vasaku silmakooa piirkonnas röntgenogrammide külgprojektsioonis on nähtav õhukese plaadi kujuline ümar röntgenkontrastne võõrkeha. Lokaliseerimisel Combergi-Baltini meetodil asetseb see silmamunas kella 6 suunas, 12 mm anatoomilise telje projektsioonist ja 17 mm limbuse tasapinnast.

Et kild paiknes silmamuna tagumise poolse läheduses, ei ole näidustatud tavaline diaskleraalne killu eemaldamise operatsioon. Killu ettetoomiseks (kaheetapiline meetod Poljaki järgi) tehti oftalmoskoobi kontrolli all maksimaalsel voolurežiimil mitu traktsiooni elektrilise hiidmagnetiga. Kild pöör-

* (L. Schotter, autoritunnistus nr. 13116 1960. aastast)

dus veidi, seades end magneti tungjoone suunas, kuid loožist väljatõmbamiseks osutus magneti jõud liiga nõrgaks. Viimane on seletav sellega, et magneti kildu pöörav jõud osutus samalt kauguselt palju tugevamaks kui selle külgetõmbav jõud (9).

Pärast ühte traktsiooni tekkis uus verevalum, mis kattis võõrkeha üleni nii, et see enam oftalmoskopeeritav ei olnud. Killu ette-tõmbamise katsed lõpetati. Et verevalum oli tekkinud klaaskehasse killu ette, võis arvata, et vaadates ülalt, läbi kõvakesta lõikesse paigutatud diaskleraalse luubi, peaks kild nähtavale tulema. Seepärast otsustati kild eksta-hererida magnetsondiga diaskleraalse luubi kontrolli all.

Operatsiooni käik oli järgmine. Pärast tavalist vasaku silma lokaalset tuimastamist kinnitati laud Filatovi-Kalfa diadeemile ja asetati hoideniit ülemise sirglihase kõõlusele. Tehti silmamuna sidekesta kaarjas lõige silmamuna ülemises osas alusega kõvakestale, mis järgnevalt paljastati. Kella 12.30 suunas (kontsentriselt limbusele ripskeha lameda osa piirkonnas), 6 mm limbusest tehti kõvakesta poolkihis 6 mm pikkune lõige. Lõike ümber tehti kõvakesta profülaktiline diatermokoagulatsioon. Haava servadest viidi läbi kaiks provisorset niiti. Kõvakesta haava piirkonna soonkest kauteriseeriti termokauteriga pindmiselt ja lõige lõpetati odanoaga. Haava viidi diaskleraalne luup nii, et ta oleks kokkupuutes klaaskehaga, ja fikseeriti eelnevalt läbiviidud niidiga. Silma valgustati fokuseeritud valgusega läbi pupilli. Läbi diaskleraalse luubi oli nähtavus silmakoopas hea. Silma kontrolli all avastati võõrkeha silmamuna tagaseinas kella 6 suunas. kusjuures verevalumi tagant oli nähtav vaid selle ülemine serv. Kuigi paistis vaid osa võõrkehast, oli nähtavus väga selge. Hästi oli märgatav killu kollakas metalne läige ja veidi hambuline servajoon. Läheldes killu asukohast, nähtavusest ja selle magnettraktsioonidel kindlakstehtud ferromagnetilistest omadustest, otsustati operatsiooni jätkata magnetsondi abil.

Vastavalt ripskeha lamedale osale tehti kella 2 suunas 3 mm pikkune kõvakestalõige, mille ümber tehti diatermokoagulatsioon ja läbi haava servade viidi kaiks provisorset siidniiti. Läbi avause viidi silmamuna kestadesse Brodski püsिमagnet sondiotsikuga ja nihutati seda silma kontrolli all ettevaatlikult läbi diaskleraalse luubi klaaskehasse killu suunas. Võõrkeha tõmbus sondi otsikule umbes 5 mm kauguselt. Haavast eemaldati sond koos killuga, haav suleti servi läbivate niitidega. Eemaldati ka diaskleraalne luup ja haav suleti niitidega, kusjuures lisati veel üks niit. Ömmeldi kinni lõige kestades kella 2 suunas. Sidekesta haavadele asetati siidniidid. Subkonjunktiivselt manustati *Sol. Cortisoni* 0,2 ja *Penicillini* 50 000 üh., *Gtt. Atropini sulfurici* 1%, *Pulvis Sulfadimezini*. Binokulaarne side.

Eemaldatud kild osutus nõrgalt magnetiliste omadustega vasetatud rauaks. Tema läbimõõt oli 0,6 mm, paksus 0,2 mm, kaal 7,8 mg.

Ordineeriti tavaline lokaalne ja üldine põletikuvastane ravi. Operatsioonijärgne periood möödus tüsistusteta. Viimendal operatsioonijärgsel päeval tehti monokulaarne side. Seitsmendal päeval silm rahulik, nägemisteravus 0,8 (diafragmaga 0,9). Kümndal päeval niidid eemaldati. Silm rahulik. Nägemisteravus 1,0 (diafragmaga 1,25). Veri klaaskehast osaliselt resorbeerunud, silmapõhjas, killu endises asukohas, kollane loož, mille ümber algav pigmentatsioon.

Järell kontrolli kuue kuu pärast. Opereeritud silma nägemisteravus 1,25, silm on rahulik, ärritusnähte ei esine. Silmapõhjas võõrkeha endises asupaigas kahvatu loož, mis ümbritsetud pigmendiga. Verevalumit ei ole, klaaskeha üksikud hägusused.

Antud juht näitab, et kuigi autor on diaskleraalse luubi konstrueerinud mittemagnetiliste ja oftalmoskoobiga mittenähtavate võõrkehade eemaldamiseks, võib seda vajaduse korral kasutada ka magnetiliste kildude eemaldamiseks juhul, kui nende ettetoimine magnetiga ei õnnestu, eemaldamine magnetsondiga visuaalse kontrolli all läbi pupilli aga ei ole võimalik.

KIRJANDUS: 1. Bignell, Tsit. Stallard, H. B. *Eye Surgery*. Bristol, 1958, — 2. *Leydhecker*, F. K. *Graefes Arch. Ophthalmol.*, 1940, 141, 4—6, 665—701. — 3. *Strampelli*, B., *Marshi*, V., *Valvo*, *Ann. Ottol.*, 1967, 93, 1999—1404. — 4. *Thorpe*, H. E. *JAMA*, 1945, 127, 197.

5. *Панов А. В.* В сб.: *Материалы конференции, посвященной 100-летию глазной клиники и кафедры офтальмологии Тартуского университета.* Тарту, 1968, 283—285. — 6. *Панов А. В.* В сб.: *Материалы конференции, посвященной 110-летию глазной клиники и кафедры офтальмологии Тартуского университета.* Тарту, 1968, 286—289. — 7. *Полтинников И. X.* Извлечение немагнитных осколков из стекловидного тела прибором для внутриглазных операций. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Л., 1956. — 8. *Поляк Б. Л.* Военно-полевая офтальмология. Л., 1953. — 9. *Шоттер Л. X.* Топография поля глазных магнитов и ее значение для удаления ферромагнитных осколков из глаза. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Тарту, 1964.

TRÜ arstiteaduskonna otorinolaringoloogia ja oftalmoloogia kateeder

Kaadri ettevalmis- tamine

TERVISHOIUÜLIKOOLI TÖÖ- HÜGIEENI- JA KUTSEHAIGUSTEOSAKOND

Teist aastat on Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis töötanud tööhügieeni ja kutsehaiguste terviseülikooli osakond. Õppetöö toimus kord kuus 3 tundi.

Osavõtjateks olid arstid, lektoriteks peamiselt instituudi teadurid, kuid esinejaid oli ka väljastpoolt instituuti. Käsitleti kutsehaigusi põhjustavaid tegureid, kutsehaiguse mõistet ja kutsehaiguste klassifikatsiooni, infektsioosseid

ja allergilisi kutsehaigusi, vibratsioonitöbe, mürakahjustusi, pneumokonioosi, tolmubronhiiti, mürgitusi ja kutsevähki.

Et kuulajate hulgas oli rohkesti tsehiarste, siis pöörati erilist tähelepanu tööeelsete ja perioodiliste meditsiiniliste läbivaatuste korraldamisele ning kutsehaiguste diagnoosimisele ja profülaktikale. Käsitlemist leidsid ka veekogude saastumine ja sanitaarkaitse, tervislik toitumine, meditsiinipsühholoogia, seksuoloogia. Praktilised tööd hõlmasid allergoloogilisi ja psühholoogilisi teste, kopsuhaiguste funktsionaalset diagnoosimist, mürgituste varajast diagnoosimist, tasakaaluhäirete määramist. Käidi tööstusettevõtetes ning Vabariiklikus Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamas, tutvuti instituudi tähtsamate osakondade ning laboratooriumidega. Demonstree-riti filme, diapositiive ja haigusjuhte. Toimus küsimuste ja vastuste õhtu.

Ülikooli lõpetas 52 kuulajat. Instituudile anti üle rahvaülikooli sotsialistliku võistluse võitja vimpel (1978... 1980) ja ühingu «Teadus» tänukiri.

Naomi Loogna



Tööhügieeni ja kutsehaiguste alase tervishoiuülikooli lektorid ja kuulajad. M. Mällo foto

A**biks** velskritele ja ödedele

UDK 616-56.3:616.24-002

EOSINOFIILNE INFILTRAAT

ELGA MESIMAA · TALLINN

eosinofiilne infiltraat, põhjused, sümptoomid, diferentsiaaldiagnostika

Löffleri sündroom, mida esmakordselt kirjeldati 1932. a., on kogu organismi allergiline haigus, mille korral tavaliselt kõige varem ja sagedamini reageerib kopsukude. Haigust esineb sagedamini 15...55 aasta vanustel. Haigetest on mehi 82% ja naisi 18%. Eosinofiilse infiltraadi kulu järgi eristavad J. Grofton ja A. Douglas (7) kolme vormi: 1) tavaline vorm, kestus kuni üks kuu, kulgeb afebriilse või subfebriilse kehatemperatuuriga; 2) raske kuluga vorm, sagedased retsidiivid, remissioonide kestus kaks-kolm kuud; 3) krooniline vorm, mille puhul pidevalt eosinofiilia, sageli tekivad astmahood.

Krooniline eosinofiilne pneumoonia on tuntud ka Harkavy sündroomi nime all.

Etioloogia. Eosinofiilsed infiltraadid tekivad allergilise reaktsiooni tõttu. W. Löffleri andmetel on nende põhjuseks 23%-l askaridoos (4). Solkmed kutsuvad eosinofiilse pneumoonia esile ainult siis, kui nende suhtes esineb allergia. Ka teised parasiidid võivad eosinofiilset infiltraati põhjustada (1, 3, 10). Eosinofiilset infiltraati põhjustavateks mitteparasitaarseteks allergeenideks võivad olla toit, ravimid ja tolm.

Patogenees. Tänapäeva seisukoha järgi on eosinofiilne infiltraat kopsu parenhüümi angioneurootiline reaktsioon. Ülitundlik kopsukude reageerib allergeenile Arthuse fenomeni tüüpi reaktsiooniga. Hüperergilise reaktsiooni tõttu kahjustuvad veresoone alates alveoolide kapillaaridest kuni jämedamate soonteni, samuti parenhüüm.

Patoanatomia. Mikroskoopiliselt on kopsu interstitsiaalkoes eosinofiilne infiltratsioon. Veresoonte intima on paksenenud, palju on perivaskulaarseid infiltraate, mis sisaldavad peamiselt eosinofiilseid leukotsüüte. Kohati on arterioolid oblitereerunud, täheldatakse nekroosi. Kui infiltraat on olnud pikemat aega, leitakse fibroblaste, kollageenseid fibrille ja hüaliini. Iseloomulik on, et infiltraadi rakkudest moodustavad 70...100% eosinofiilid, mis paiknevad kas ühtlaselt, kontsentriselt või üksteise peal.

Sümptomatoloogia. Haigus algab sageli kõrge palavikuga, lisanduvad üldine jõuetus, väsimus, valud nimme- ja oimupiirkonnas, tugev pisara- ja süljevoolus, iiveldus, oksendamine, metalli maitse suus. Kliiniline pilt sarnaneb gripoosse seisundi või trahheobronhiidi kliinilise pildiga — valud rindkeres, mõnikord tugev köha.

Auskultatsioonileid: hingamiskahin vesikulaarsest kuni bronhiaalseni. Rägina on kuivad või väikesemullilised, märjad ja harva helilised. Infiltraadi kadumise korral hingamiskahin normaliseerub. Kui haigus kulgeb normaalse temperatuuriga, siis auskultatoorseid ega perkutoorseid muutusi ei esine. Närvisüsteemi häiretest esinevad vahel astenia, peavalu ja ajukelme ärritusnähud, erutatavus on suurenenud. Tahhükardia, südametoonid on tuhmid. Võib täheldada endokardiidi-, perikardiidi- ja arteriidijuhte (2, 8, 9, 10). Arteriaalne rõhk tõuseb. Esineda võivad düspepsia, meteorism, valulikkus palpeerimisel, tugev isutus, kõhnumine (1, 5). On esinenud tüüpilisi neerukoolikuid. Infiltraat võib kopsudes paikneda paljudes kohtades, kas hiiluses või selle lähedal, südame lähedal,

rangluu all. Vari on erisuguse suurusga: pähklist kuni lapsepeani, erinevat kuju ja ebaselgete piiride ning erisuguse intensiivsusega. Harva tuleb ette hästi piiristunud ümarinfiltraati.

On täheldatud haigusjuhte, kui ühes kopsus on palju infiltraate, samaaegselt võivad eosinofiilne pleuriit ja eosinofiilne eksudaat olla teises kopsus. On diagnoositud ka miliaarset eosinofiilset pneumooniat. Eosinofiilne infiltraat on vasakus kopsus 40%-l ja paremas 60%-l kõikidest juhtudest. Röntgenoloogiliste muutuste ja veres oleva eosinofiilia vahel valitseb parallelism. Eosinofiilia ilmub verre peaaegu üheaegselt infiltraadi tekkega, saavutab kõrgema astme infiltraadi maksimaalsete mõõtmete ajaks, seejärel aga imendumise algaasis pikkamööda väheneb. Eosinofiilia kaob alles siis, kui ka infiltraat on täielikult kadunud. Infiltraadi ulatus on suurim enamasti 4...11. haiguspäevani, täielik kadumine võtab aega 8...15 päeva. Infiltraadi tekkimise alguses ulatub eosinofiilide arv 300...2500 1 mm³ veres, maksimaalselt 1700...3800-ni. Kui infiltraat on täielikult kadunud, küünib eosinofiilide arv 250...2000-ni. On ette tulnud juhte, et eosinofiilia on püsinud mõne nädala või isegi mõne kuu pärast infiltraadi täielikku kadumist. Haiguslele on iseloomulik eosinofiilse infiltraadi kiire imendumine kõikides varjustusalades korruga, mida aga ei esine tuberkuloosi ega pneumoonia korral, kui infiltraadi vähenemine algab enamasti perifeeriast.

Diferentsiaaldiagnoosimine. Eosinofiilse infiltraadi saab kindlaks teha järgmistest tunnustest varal: 1) kopsuinfiltraadi homogeenne struktuur, ebaselge kontuur ja lühike kulg; 2) progresseeruvalt suurenev eosinofiilia; 3) hingamisteede haigusnähud; 4) enamasti healoomuline haiguse kulg.

Eosinofiilset infiltraati on vaja diferentsida järgmistest kopsuhaigustest.

1. Tuberkuloosne infiltraat võib alata ägedalt või alaägedalt ning sarnaneda gripi või eosinofiilse infiltraadiga. Algu

võib olla märkamatu, eriti väikeste infiltraatide korral. Kehatemperatuur kõigub 37,0...37,5° C piires. Intoksikatsioon võib olla suhteliselt tugevalt väljendunud, samal ajal kui köha, rögaeritus ja valud algul puuduvad või on nõrgalt väljendunud. Pilvesarnased infiltraadid lagunevad kiiresti, rögaga erituvad tuberkuloosi mükobakterid. Infiltratiivne vari ei ole ühtlase struktuuriga, vaid on mitmefookuseline. Infiltraat kaob aeglaselt (5, 7, 8).

2. Hiiluselähedane vähk. Eosinofiilia vähi korral ei suurene, settereaktsioon kiireneb mõnikord tugevasti. Tugeva ja spastilise köha korral täiskasvanuil tuleb mõelda ka kopsuvähi võimalusele.

3. Esmane, atüüpiline pneumoonia kestab 8...15 päeva, mille algus on alaäge või märkamatu. Raskendatud on diagnoosimine normaalse temperatuuri puhul. Haiguse algul on pulss aeglane, haige on väsinud ja jõuetu. Tuberkuloosi mükobaktereid rögas ei leidu, verepildis muutusi ei ole või on verevalemis nihe vasakule. Veres on monotsütoos ja lümfotsütoos, settereaktsioon on kiirenenud. Röntgenoloogiliselt: piiristunud infiltratiivne vari, mis kõige sagedamini on hiiluses bronhide lähedal, sagedamini paremas kopsus. Protsess võib kesta mitu päeva. Vari on enamasti ümmargune, keskelt intensiivsem.

4. Eosinofiilne kopsu granuloom. Etioloogiat ei teata. Kõige sagedamini on granuloom allergilist päritolu. Kusjuures esineb mõningane parallelism eosinofiilse granuloomi, sõlmilise periarteriidi ja Löffleri infiltraadi vahel. Haigus algab kas ägedalt või hiilivalt. Tekivad subfebriilne kehatemperatuur, köha seroos-mädase röga eritusega ja tugevad valud rindkeres. Rögas eosinofiilia. Interstitsiaalne kopsupõletik, mille puhul on eosinofiilne ja ümarakuline infiltratsioon, nekroos ja fibroos keskel ning emfüseem ümbritsevas koes. Granuloomid kahjustavad kõige enam arterioole, kus areneb produktiivne endarteriit.

Eosinofiilse infiltraadi prognoos on enamikul juhtudel hea. Harva kulgeb

raskelt, sagedaste retsidiivide ja lühikeste remissioonidega.

Sõltuvalt infiltraadi põhjustest on ka ravi. Ravimiallergia juhtudel tuleb ravimite manustamine katkestada. Vajaduse korral dehelmintiseerida. Raskematel haigusjuhtudel kasutada steroidhormoone, lisaks vitamiine, desensibiliseerivaid vahendeid jm.

Profülaktikaks vältida kokkupuudet allergeeniga, vajaduse korral kasutada antibiootikume, seda võib teha ainult antibiogrammi alusel. Hoiduda allergiat põhjustavatest toiduainetest ning täita hügieeninõudeid.

KIRJANDUS: 1. *Dammann, H. G., Morr, H., Runge, M. Böcker, W.* Dtsch. Med. Wochenschr., 1979, 104, 10, 355—360. — 2. *Haegi, V., Wegmann, T.* Tsit. Sylla, A. Lungenkrankheiten, Leipzig, 1978, II. — 3. *Harkavy, J. J.* Aller. Clin. Immunol., 1978, 62, 6, 378—380. — 4. *Löffler, W.* Tsit. J. Croftoni ja A. Duglase (7) järgi.

5. *Билык М. А., Дудчик Г. Х.* Врачебн. дело, 1977, 1, 101—102. — 6. *Йонков И. Й., Тодоров С. Т.* Болезни системы дыхания. София, 1966. — 7. *Крофтон Дж., Дуглас А.* Заболевания органов дыхания. М., 1974. — 8. *Курашова М. В., Белова Е. В.* Клин. мед., 1975, 3, 13—15. — 9. *Масленникова А. А., Баргутина Т. Г.* Клин. мед., 1977, 8, 129—130. — 10. *Хегглин Р.* Дифференциальная диагностика внутренних болезней. М., 1965.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Immuniseerimine rasestumise vastu? New-castle'i ülikooli teadlane B. Böttcher ja tema kaastöötajad on arvamusel, et tõenäoliselt 3 ... 5 aasta jooksul läheb korda valmistada vaktsiin, mis naise organismi viiduna kutsub esile sperma-antikehade tekkimise. Sel viisil oleks naisel võimalik omandada piiratud ajaks «rasestumisimmuunsus».

Ärzt. Praxis, 1979, 68.

Arsti- teaduse ajaloost

UDK 614.2«1950/1980»(091)

30 AASTAT TALLINNA VABARIIKLIKU HAIGLA TRAUMATOLOOGIAOSAKONDA

ARNE KÜÖP · TALLINN

Tallinna Vabariikliku Haigla traumatoloogiaosakond, ajalugu, konservatiivne ravi, kirurgiline ravi, aparaatravi

Esimene traumatoloogiaosakond Eesti NSV-s moodustati Tallinna Vabariiklikus Haiglas 1. jaanuaril 1950. aastal haigla II haavaosakonna baasil. Osakonna juhatajaks määrati B. Äniline, kes pikemat aega oli töötanud II haavaosakonna juhatajana, ning arstideks A. Tuch ja A. Zolodko.

Juba enne traumatoloogiaosakonna avamist oli Tallinna Vabariiklikul Haiglal traditsioone ja kogemusi traumatoloogiliste haigete ravi alal: haigla II haavaosakonnas raviti 1947. aastal 113 luu- ja liigesehaigusi põdevat haiget, 1948. aastal 339 luuvigastustega haiget. Neid ravisid J. Ennulo, kes konstrueeris reieluukaela osteosünteesi aparaadi, ja G. Järvekül, kes tegi *bolzung*-tüüpi osteosünteesi transplantaadi kasutamisega ning rangлуу osteosünteesi originaalse õmblusega.

Vastavatud traumatoloogiaosakond alustas tööd haigla III korruse ruumes. Eialgu oli voodikohti 75, osakond võttis iga päev vastu haigeid Tallinnast ja Põhja-Eestist.

Algul töötasid kirurgid vaheldumisi

traumatoloogia- ja haavaosakonnas tsüklite viisi. Et arstidest oli puudus, siis töötasid ordinaatoritena ka täiendusel viibivad arstid M. Kippasto, D. Dubas ja J. Luberg. 1950. aasta sügisel asusid osakonda tööle arstid V. Požarski ja L. Martõnenko (Mihhailova).

Tingituna neurokirurgiaosakonna avamisest Tallinna Vabariiklikus Haiglas 1950. aasta detsembris jäi traumatoloogiaosakonna kasutada vaid 55 voodikohta.

Uutest ravimeetoditest võeti esimesel tööaastal kasutusele intramedullaarne osteosüntees, L. Šostaki reieluukaela mediaalsete murdude kirurgilise ravi meetod (osteosüntees puusa kipsmähis) ja torakobrahhiaalne kipsmähis õlavarreluu murdude raviks. Esimesel tööaastal raviti 1431 haiget, neile tehti 549 operatsiooni, sealhulgas osteosünteesi 31.

30 aasta jooksul on traumatoloogiaosakonnas ravitud üle 36 000 haige, neist opereeritud 11 600, osteosünteesi tehtud ligi 3000 haigele.

Püsiv kaader osakonnas võimaldas tõsta arstide erialakvalifikatsiooni ja spetsialiseeruda kitsamatel traumatoloogia erialadel: D. Dubas spetsialiseerus luupatoloogia, L. Riisalu ja M. Mägi lasteortopeedia, V. Trudnikov ortopeedia, A. Kõöp põletuste ravi, E. Kolk osteosünteeside, J. Norman konservatiivse ravi, M. Kusik funktsionaalse ravi ja ravikehakultuuri ning E. Annus sporditraumade alal.

1958. aastast võib osakonda nimetada traumatoloogia-ortopeedia osakonnaks, sest 65 voodikohast oli 10 eraldatud ortopeedilistele haigetele.

Piiratud võimalustele vaatamata on osakonnas saadud häid tulemusi koksartrooside kirurgilises ravis. Selleks on kasutatud peamiselt osteotoomiat, kahepoolse koksartroosi puhul aga Sivaši totaalset endoproteesi. Kokkuvõtte koksartrooside ravi tulemustest esitati Balti liiduvabariikide traumatoloogide ja ortopeedide III kongressi kogumikus (V. Trudnikov).

Osteoplastiliste operatsioonide puhul oleme konserveeritud luutransplantaate

kasutanud 1962. aastast alates. Transplantaate oleme saanud peamiselt Tartust, üksikjuhtudel ka Riist ja Leningradist. Homotransplantaatide kasutamise tulemused esitati Tallinna Vabariikliku Haigla III teaduslikul konverentsil 1969. aastal, sealhulgas ka reieluu proksimaalse poolligese siirdamise hea tulemus aastast 1965 (B. Äniline, D. Dubas).

1966. aastast on käekirurgiaga tegelenud B. Äniline ja R. Raie. On tehtud sõrme transpositsioone, pöidla ja sõrmede opositsiooni parandavaid operatsioone, kõõluste vigastuste korral hakatud kasutama Bunnelli blokeerivat, eemaldatavat traatõmblust.

Luuplastika Phemisteri järgi on kasutusel 1958. aastast. Sel meetodil oleme ravinud pikke toruluude ebaliigeseid. Kokkuvõttes sellest tööst esitati vabariiklikul kirurgide VIII konverentsil 1962. aastal ning Eesti NSV traumatoloogide ja ortopeedide I teaduslik-praktilisel konverentsil 1963. aastal (B. Äniline, A. Kõöp).

Reieluukaela mediaalsete murdude kirurgilise ravi meetodite täiustamisega on Tallinna Vabariiklikus Haiglas tegeldud juba pikemat aega. Enne osakonna moodustamist konstrueeris J. Ennulo aparaadi, mis oli ette nähtud sisseviidava traadi suunamiseks. Selle kohta sai ta 1951. aasta! autoritunnistuse. Aparaat täiustasid hiljem L. Šostak, B. Äniline ja Š. Gulordava.

Reieluukaela mediaalsete murdude ravi meetodika ja tulemused esitati Balti liiduvabariikide traumatoloogide ja ortopeedide III kongressil 1978. aastal (Š. Gulordava, B. Äniline, A. Kõöp) ning Eesti NSV Traumatoloogide ja Ortopeedide Teadusliku Seltsi koosolekul 1978. aastal. Reieluukaelast osteosünteesinaela väljatulekut takistava tugiplaadi kasutamise kohta esitas ratsionaliseerimisettepaneku E. Kolk. Üldse on osakonna arstid esitanud neli ratsionaliseerimisettepanekut.

Haigete ravimisel laialdaste süvapõletuste korral (IIIB—IV järgu põletus, 20...30% kehapiinast) oleme saanud häid tulemusi, kui oleme kasutanud

keratolüütilisi preparaate nekrektoomiaks ja dermatoomiga võetud võrgustatud autotransplantaate nahadefektide katmiseks.

Sporditraumade korral on tehtud 314 operatsiooni, sealhulgas ka operatsioonine meniskivigastuse ja kannakõõluse rebendi tõttu. Sporditraumade ja sportlaste haiguste parema diagnoosimise tulemusena oleme hakanud opereerima ka kannakõõluse ümbrise põletiku, sääreluu periostiidi ja põlvekedrasideme tendinoosi korral.

Kompressioon-distraktsioonosteosünteesi aparatuuridest kasutasime episoodiliselt Gudušauri aparati 1970. aastani ning hiljem Ilizarovi aparati ja Riia Traumatoloogia- ja Ortopeediainstituudi kompressioon-distraktsioonosteosünteesi aparati. Nende aparatuuride kasutamine on osutunud eriti efektiivseks sääreluu infitseerunud ebaliigete ravimisel.

Organisatsioonilis-metoodilist tööd on osakond teinud juba asutamisest peale. Rajoonihaiglate kirurgiaosakondadele on antud konsultatsiooni vältimatus traumatoloogias, on korraldatud plaanilisi väljasõite. Metoodilist ja konsultatiivset abi on antud Pärnu, Kohtla-Järve ja Narva traumatoloogiaosakondadele. Neid osakondi on abistatud ravi hilistulemuste ekspertiisil.

Traumatoloogiaosakonnas on täiendusel ja esmasel spetsialiseerumisel viibinud mitmed meie vabariigi traumatoloogid, kirurgid ja ortopeedid. Osakond on olnud menetluspraktika, internatuuri ja kliinilise ordinatuuri baasiks.

Eesti NSV teeneline arst B. Äniline juhatab traumatoloogiaosakonda 1977. aastani. Sellest ajast peale töötab ta osakonnas konsultandina.

Luumurdude ravis on osakonna töö põhialuseks klassikaline traumatoloogia, mis seisneb oskuslikus konservatiivses ravis (skelettvenitus ja kipsmähis, ravi-kehakultuur), mida näidustuste korral täiendab kirurgiline ravi.

Tallinna Vabariiklik Haigla

Konverentsid ja nõupidamised

Eesti NSV meditsiinitöötajate vabariiklik konverents «Nõukogude meditsiinitöötaja kohusest ühiskonnas» toimus 24. aprillil 1980 Tallinnas. Konverentsiga tähistati V. I. Lenini 110. sünniaastapäeva ja Eesti NSV 40. aastapäeva.

Eesti NSV tervishoiuminister V. Rätsep andis konverentsi avades ülevaate nõukogude tervishoiusüsteemi rajamisest ja V. I. Lenini ideede elluviimisest tervishoiu alal, rõhutas tema ideede iganematust tänapäeval. Samuti käsitles ta meditsiiniakaadri ettevalmistust meie vabariigis, nende ideelis-poliitilist ja kõlbelist ühtset kasvatust, teaduslik-materialistliku maailmavaate ning kodanikutunde kujundamist.

Pikema ja kuulajat köitva ettekande meditsiinitöötajate tegevuse kutse-eetilistest aspektidest esitas NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige professor J. Saarma. Ta analüüsis meditsiinitöötaja vastutust rahva tervise eest hoolitsemisel, rõhutas tema poliitilist missiooni, samuti analüüsis meditsiinitöötaja suhteid abivajajaga ja nende suhete olemust sotsialistlikus ühiskonnas. Ta selgitas nõukogude meditsiini leninlikke põhimõtteid ja nende rakendamist, nõukogude meditsiini humanistlikku olemust. Üksikasjalikult peatus professor J. Saarma meditsiinitöötaja suhtel ühiskonnaga, lahti mõtestades Nõukogude Liidu arsti ametivande teksti ja olemuse.

Tervishoiutöötajate Ametiühingu Keskkomitee esimees L. Novak kõneles ametiühinguorganisatsiooni osast meditsiinitöötajate kommunistlikul kasvatamisel, sotsialistliku võistluse põhjendatusest ja tulemustest, pidades oluliseks kõlbelse kasvatuse veelgi suuremat tähtsustamist.

Eesti NSV tervishoiuministri esimese ase-

täitja E. Väärti ettekandes «Tervishoiuasutuste juhtide osatähtsusest meditsiinitöötajate kompleksel kasvatamisel» oli väga huvitavaid tähelepanekuid tööpsühholoogia, juhi omaduste, tema käitumise ja suhtlemise alalt.

Tartu Riikliku Ülikooli NLKP ajaloo kaatedri juhataja professor J. Kalits käsitles väga huvipakkuvalt ideelis-poliitilise kasvatus aktuaalseid küsimusi. Et ideoloogiline võitlus globaalses ulatuses üha teravneb, rõhutas kõneleja, on tähtis olla teoorias tugev, on vaja suuta diskuterida ja argumenteerida mis tahes küsimuses. Meditsiinitöötaja on ideoloogiatöötajate esiridades, sest ta suhtleb vahetult kõigiga. Ka siin on tähtis inimese psühholoogia tundmine. «Just teooria põhjalikus, mitte pealiskaudses tundmises, teadlikkuses on meie riigi tugevus», rõhutas professor J. Kalits oma ettekannet lõpetades.

Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi peateapeut professor N. Elštei arendas mõtteid arsti autoriteedist, arsti ja haige suhteist, naisarstide suurest osatähtsusest ning selle nähtuse erilaadsetest ilmingutest. Meditsiinitöötajate argipäevast, tervishoiutöö aktuaalsetest ülesannetest, haiglatöö iseärasustest tänapäeval ning meditsiinikaadriga tegelemisest kõnelesid Tartu Kliinilise Haigla parteiorganisatsiooni sekretär J. Lepp, Tallinna Pelgulinna Haigla peaarst V. Ilmoja, Tallinna Vabariikliku Haigla osakonna-vanemõde M. Hallik ja Narva Linna Haigla komsomoliororganisatsiooni sekretär L. Moltšanova.

Konverentsil esitatu võttis kokku tervishoiuminister professor V. Rätsep, rõhutades meditsiinitöötajate kõlbelise ja ideelis-poliitilise kasvatus erakordset tähtsust just sel põhjusel, et nende argitöös on tegemist ju haigete inimestega. See aga nõuab suurt teadlikkust kõiges ning laitmatut käitumist ja suhtlemist just kutse-eeetika aspektist.

Meditsiinitöötajate ideoloogiakonverentsist võtsid osa EKP Keskkomitee sekretär R. Ristlaan, EKP Keskkomitee büroo liige, Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu esimees L. Lentsman, Eesti NSV Ministrite Nõukogu esimehe asetäitja A. Green ning EKP Keskkomitee teaduse ja õppeasutuste osakonna juhataja E. Gretškina.

Vastastikuse Majandusabi Nõukogu liikmesriikide ekspertide vähiepidemioloogia alane nõupidamine ja meetodiline seminar teemal «Pahaloomuliste kasvujate analüütiline epidemioloogia» toimusid 18..21. märtsini 1980. a. Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis.

Vähiepidemioloogiline uurimistöo Vastastikuse Majandusabi Nõukogu maades on muutunud laiaulatuslikuks. Seda on soodustanud nende haigete kohustuslik registreerimine, kellel on avastatud pahaloomuline kasvaja, samuti väliskeskkonna tegurite ja eri vähi-vormide esinemissageduse vahel olevate seoste väljaselgitamine ning ühtsete vähivastase võitluse programmide koostamine. Koopereeritud uurimistöo organisatsiooniliseks vormiks on kujunenud epidemioloogiaosakondade rajamine mitmetes instituutides (Moskva, Alma-Ata, Varsavi, Berliin jm.) ning komplekssete uurimisprogrammide juurutamine.

Nõukogude Liidu vähiepidemioloogia uurimise keskused on edu saavutanud vähivormide leviku kindlakstegemisel. Huvipakkuvad on maovähi (Vilnius), maksvähi (Tjumen), nahavähi (Kiiev) ja rinnavähi (Tallinn) epidemioloogia uurimise keskuste töö tulemused.

Vähiepidemioloogia alaste ühisuurimiste esimene etapp VMN liikmesriikides oli kirjeldavat laadi. Tänaeks kogutud andmestikust osa on aluseks VMN liikmesriikide vähiatlase koostamisel.

Nõupidamisest võtsid osa Nõukogude Liidu, Poola, Saksa DV, Tšehhoslovakkia ja Ungari teadlased. Sissejuhatava sõnavõtuga esinesid Z. Peter (Ungari), V. Staneczek (Saksa DV), H. Gadomska (Poola), I. Pleške (Tšehhoslovakkia) ja A. Tšaklin (NSV Liit), kes käsitlesid ühtsete uurimisprogrammide täitmist ja epidemioloogilist uurimistööd omal maal.

A. Tšaklin (Moskva) tutvustas kollektiivset monograafiat «Vähiepidemioloogia VMN maades», samuti jagati kokkutulnuile VMN maades ilmunud olulisemate vähiepidemioloogiliste tööde bibliograafiaid, süvendamiseks koopereerivate maade teadlaste vastastikust informeeritust.

T. Šeljagina (Rostov Doni ääres) tutvustas kopsuvähi epidemioloogia uurimise keskuse tegevust ning andis ülevaate monograafia «Kopsuvähi epidemioloogia ja genees» ettevalmistamisest.

Vello Laos



Vastastikuse Majandusabi Nõukogu liikmesriikide ekspertide vähiepidemioloogia alasest nõupidamisest osavõtjad. M. Mällo foto.

Teemal «Pahaloomuliste kasvajate levikuatlas VMN maades» sõnavõtnud teatasid, et atlase jaoks andmete statistiline töötlus on lõppenud ning materjalid raalkaardistamiseks üle antud.

A. Tšaklin pidas loengu «Pahaloomuliste kasvajate etioloogiliste hüpoteeside kontroll epidemioloogilisel meetodil», milles ta vaatles kasvajate tekke hüpoteeside kontrolli võimalusi epidemioloogilistel meetoditel. Üks niisuguse kontrolli moodusi on haigete ja tervete võrdlev jälgimine ning mõlema rühma iseloomulike tunnuste väljaselgitamine.

V. Dolgintsev (Tjumen) andis ülevaate matemaatilise modelleerimise võimalustest vähiepidemioloogia alastes uurimustes. Te selgitas kokkutulnuile matemaatiliste mudelite kasutamise meetodikat eri kasvajaaliikide puhul.

Huvipakkuv oli J. Pawlega (Poola) ettekanne statistiliste meetodite kasutamisest vähahaigestumuse uurimisel ja prognoosimisel.

V. Smulevitš (Moskva) esitas sisuka ja rikkalikult illustreeritud loengu «Kutsetöölise rühmad kui pahaloomuliste kasvajate analüütilise epidemioloogia uurimise objekt».

Et Eestis on rinnavähiprobleem seni üks aktuaalsemaid, käsitles Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teadurite M. Purde, E. Hindi ja M. Rahu ettekanne rin-

navähi epidemioloogia uurimise meetodeid ja tulemusi.

Pärast loenguid toimusid diskussioonid. Vaeti erinevaid seisukohti vähiepidemioloogilise uurimistöö metoodikas, rõhutati matemaatilise modelleerimise laialdase rakendamise suurt tähtsust vähiepidemioloogias.

Nõupidamise lõppedes toonitati senisest veelgi tihedama koostöö vajadust VMN liikmesriikide vähiepidemioloogide ning samuti eksperimentaatorite ja kõigi teiste vähivastasesse võitlusesse lülitunud spetsialistide vahel.

Häidi Kolle

Konverents teemal «Nüüdisaegse polikliiniku probleeme» toimus 27...28. septembrini 1979. a. TRÜ-s ning sellega tähistati Tartu ambulatoorse abi 175. aastapäeva.

Konverentsi avas Eesti NSV tervishoiuministri esimene asetäitja E. Väärt, kes rõhutas Tartu Linna Polikliiniku suurt osa arstiteaduskonna õppebaasina ja arstiabi arendamisel üldse. Polikliiniku peaarst S. Aru rääkis üksikasjalikult polikliiniku tööst selle algusest tänaseni. Teatavasti avati 1. mail 1804. a. Tartu ülikooli polikliinik, mida peetakse esimeseks polikliinikuks Venemaal.

Ambulatoorsest abist ja selle arengu pers-

pektiividest Eesti NSV-s andis ülevaate E. Väärt. Eesti NSV peaterapeut professor N. Elštein peatus terapeutilise abi vaieldavatel küsimustel polikliinikutes, professor K. Kõrge rääkis sisehaiguste arsti kohustustest ja spetsialiseerumisest. Tartu linna tervishoiuosa-konna juhataja M. Sikk vaagis kogu elanikkonna dispansseerimisele ülemineku teid ja perspektiive.

Järgneval kolmel istungil arutati ambulatoorse abi korralduse ja dispansseerimise probleeme kardioloogias, reumatoloogias ja gastroenteroloogias. Vaatluse all olid ka noorukite arstiabi Eesti NSV-s (T. Vaasna), suhkruhaigetekabineti (E. Kõrda ja V. Sepp) ja geriaatriakabineti töö (O. Vaitkavičene jt.). Huvitava ettekande Tartu üliõpilaste haigestumisest viimase 25 aasta jooksul esitasid M. Miidla, H. Kivivare ja A. Landör.

Konverentsil oli külalisi Moskvast, Riias, Vilniusest ja mujalt. Ettekannete materjalid avaldati kogumikus («Проблемы современной поликлиники»). Материалы конференции в Тарту, посвященной 175-летию амбулаторной помощи в Тарту, 1979). Kõik osavõtjad said mälestuseks juubelisuveniiri. Konverentsi ajal oli TRÜ peahoones avatud näitus polikliinilise abi ajaloost Tartus.

Reinhold Birkenfeldt

Eesti NSV ja Ungari RV teadlaste sümposiooni peeti 23. ja 24. oktoobril 1979 Tallinnas. Arutusel olid Ungari ravimpreparaatide kasutamise tulemused meie vabariigi tervishoiuasutustes.

Koostöösümposiooni avas Eesti NSV tervishoiuministri esimene asetäitja E. Väärt. Meie vabariigi meedikuid tervitas Ungari RV farmaatsiakoondise «Medimpex» direktori asetäitja doktor G. Lajos.

Esimesel istungil kuulati ettekandeid, milles meie vabariigi ja külalisteadlased analüüsisid viskeeni mõju stenokardia ja hüpertooniatõve ravis, levamüsooli toimet reumatoidartriidi korral, samuti ferroleksi, konfeerooni jt. ravimite toimet eri haiguste ravis. Professor J. Riiv jt. peatusid arteriaalse hüpertensiooni senegüütravil, B. Liberman jt. analüüsisid lidokaiini ja viskeeni kasutamist



Foto 1. Eesti NSV tervishoiuminister professor V. Rätsep ja Ungari koondise «Medimpex» direktori asetäitja doktor G. Lajos raviminäitust avamas.

kardioloogiapraktikas, H. Pärna kaasautoriga tutvustas peritooli, reaseki kasutamist gastroenteroloogiapraktikas.

Teisel istungil esitati ettekandeid mitmelt erialalt. E. Mihkelsoo jt. kõnelesid gramuriini, magurliidi kasutamisest uroloogias, M. Abram ja A. Kivik leksiiri toimest kombineeritud anesteegas, B. Gur-Arje sama preparaadi kasulikkusest traumatoloogiapraktikas, E. Annus esitas andmeid nikofleksi rakendamise kohta spordimeditsiini praktikas. E. Pe-



Foto 2. Kaks päeva kestnud sümposionist osavõtt oli elav. J. Maisma fotod.

termann käsitles prostaglandiinidega ravimisel saadud kogemusi.

Kolmandal istungil olid kõne all psühhiaatrias kasutatavad ravimid. Professor J. Saarma ja kaasautorid selgitasid peritooli toimet neurootiliste sündroomide ja peavalude puhul ning semaanilise mõju skisofreenia ravis. Professor L. Allikmets kaasautoritega analüüsis grandaksiini trankvilliseerivat toimet eksperimendis ja kliinilise praktika seisukohalt, V. Vahing jt. trembleksi toimet neuroleptilise sündroomi korral. Külalisteadlased peatusid mitmete neuroleptikumide kliinilis-farmakoloogilistel aspektidel ja andsid hinnangu uutele psühhofarmakonidele.

Sümposiooni eelpäeval avas Eesti NSV tervishoiuminister koos doktor G. Lajosiga Ungari ravipreparaatide näituse, kus võis tutvuda kuue Ungari RV farmaatsiatehase toodanguga, mis oli väga huvitav.

Natan Elštejn

TRÜ arstiteaduskonna teaduslik konverents «Arstiteaduskond tervishoiule» toimus 23... 24. aprillini 1980. a. Tartus.

Konverents andis ülevaate TRÜ arstiteaduskonna ja TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi viimaste aastate teaduslikust produktioonist. Esitatud oli üle 180 töö tervishoiu organisatsiooni, meditsiinibioloogia ning haiguste etioloogia, patogeneesi, kliiniku, profülaktika ja ravi alalt.

Huvi äratas professor K. Villako ja kaastöötajate ettekanne kroonilise gastriidi epidemioloogia alalt, mis on eriti tähtis maovähi patogeneesi selgitamisel.

Professor A. Jannus mainis, et viroloogiline uurimis- ja laboratoorne töö on viimasel ajal põhjendamatu soikunud. Tegelik elu aga nõuab hoopis vastupidist.

Dotsent V. Kiik andis ülevaate hambakaariese levikust Eestis ja tõi esile tegurid, mis seda mõjutavad.

Meditsiinibioloogia alalt pakkus suurt huvi arstiteaduse kandidaat A. Žarkovski ning kaastöötajate ettekanne neuroleptikumide toimemehhanismist dofamin- ja serotoninergilistesse protsessidesse, arstiteaduse kandidaat E. Karelsoni ja kaastöötajate ettekanneaju

adenosiintrifosfataassüsteemide osatähtsusest psühhotropsete ainete toimemehhanismides ning nooremteadur A. Metspalu ning kaastöötajate ettekanne madalmolekulaarsete ribonukleiinhapete ja ribosomaalsete valkude seosest.

Tähelepanu pälvis samuti professorite Ü. Arendi ja A. Truupõllu poolt väljatöötatud originaalne eksperimentaalne mudel epiteel- ja sidekoe reparatiivse ning füsioloogilise regeneratsiooni üheaegseks uurimiseks.

Allakirjutanu ja kaastöötajad esitasid oma uurimistulemusi vere viskoossuse muutuste kohta dissemineerunud intravaskulaarse koagulatsiooni korral. Et viimati mainitud seisundit esineb raskete haiguste puhul sageli, on küsimusel suur praktiline tähtsus. Nii tõi dotsent H. Tihane veenvaid statistilisi andmeid selle kohta, et äge neerupuudulikkus, mis tekib pärast traumasid, pärast operatsioone, seoses raseduspatoloogia või nakkushaigustega, on suurel määral tingitud dissemineerunud intravaskulaarse koagulatsiooni tekkest.

Kliinilise meditsiini alastest ettekannetest käsitlesid paljud diagnoosimeetodite täiustamist, haiguste patogeneesi uurimist ning uute ravimeetodite kasutuselevõttu ja täiustamist.

Suure praktilise väärtusega ja perspektiivikas on professor T. Karu süsteem füsioloogiliste ja kliiniliste andmete massiliseks säilitamiseks ja nende automaatseks töötlemiseks elektronarvutil M-4030. Suureks sammuks edasi südame isheemiatõve diagnoosimisel tuleb pidada arstiteaduse kandidaat J. Eha ja kaastöötajate poolt kasutuselevõetud korduva koronarograafia meetodit ning dotsent J. Maarooši andmeid EKG ST-segmendi muutuste dünaamika kohta koormuskatsude puhul pärast müokardiinfarkti põdemist. Olulist tähtsust pakuvad kahtlematult dotsent P.-H. Kingisepa ja kaastöötajate sihikindlad püüdlused luua töökindel spirogramme automatischeeritud analüüsi elektronsüsteem. Suurt huvi äratasid veel dotsent B. Luige ja kaastöötajate ettekanne Tartu Riiklikus Ülikoolis sünteetiliselt uue röntgenkontrastaine uurimisest, professor Ü. Hussari ja kaastöötajate andmed nahatesti kasutamise kohta T-rakulise immuunsüsteemi uurimiseks ning dotsent L. Tamme ja kaastöötajate uurimise tulemused hemodünaamika iseloomulike muutuste kohta kaasasündinud ja omandatud südamerikete puhul lastel.

Professor V. Saarma ja kaastöötajad selgitasid, milliseid humoraalse immuunsuse kahjustusi esineb kroonilistel alkohoolikutel.

Professor L. Pää ja kaastöötajad rääkisid oma paljude aastate tähelepanekute põhjal reumatoidartriidi ja süsteemsete sidekoehaiguste ravist organismi immuunsüsteemide farmakoloogilise mõjutamise teel.

Somaatilisi haigusi põdejate ravist psühho-farmakonidega neuroidse sündroomi eri vormide korral kõneles dotsent L. Mehižane, hingamisteede haiguste ravist aeroiono- ja elektroaerosoolimeetodil professor E. Siirde.

Paljud esinejad põhjendasid kirurgilise ravi efektiivsust väga erisuguste haiguste puhul, nagu südamerikked ja rütmihäired (professor A. Kliiman ja kaastöötajad), koronaarvereringe äge puudulikkus (arstiteaduse doktor T. Sulling ja kaastöötajad), suurte vere-soonte obliteratsioon ja aneurüsm (professor E. Tünder ja kaastöötajad), maohaavandtõbi (professor J. Sarv ja kaastöötajad), jäsemete liigete patoloogia (professor E. Sepp ja kaastöötajad), lühinägelikkus (professor L. Schotter).

Taolisi ülevaatekonverentse otsustati korraldada üle aasta, kuna see aitab suurel määral kaasa uurimistemaatika edasisele komplekseerumisele ja uurimistöö tõhustumisele. Kriipsutati alla teadustööde kõrget taset eriti fundamentaalsete distsipliinide osas. Soovitati edaspidi rohkem tähelepanu pöörata profülaktilise ja terapeutilise kallakuga uurimistöödele. Otsustati pöörduda Eesti NSV tervishoiuministri poole palvega võtta kasutusele organisatoorsed abinõud virooloogilise uurimisuuna ja laboratoorse teeninduse tugevdamiseks.

Konverentsi ettekannete teesid ilmusid trükis «Медицинский факультет — здравоохранению».

Robert Looga

XII Baltimaade teaduse ajaloo konverents peeti 23...26. oktoobri 1979. a. Vilniuses. Konverents toimus V. Kapsukase nimelise Vilniuse Riikliku Ülikooli 450. aastapäeva juubeliürituste ajal.

Plenaaristungitel väarisid enam tähelepanu ettekanded B. Kedrovilt (Moskva) loodusteaduse ajaloo marksistlikust kontseptsioonist ja

J. Stradinilt (Riia) Baltimaade ja Euroopa vahelistest teadusalastest kontaktidest XVII...XX sajandil, G. Bõkovi (Moskva) teemaks oli teadusajalugu ja nüüdisaeg, A. Samin (Moskva) rääkis loodusteadusliku ja meditsiinilise sisuga inkunaablitest Balti liiduvabariikide raamatukogudes, V. Nalimov käsitles inimese probleemi teaduses ning Vilniuse ülikooli rektor J. Kubiliuselt jt. oli ettekanne ülikooli ajaloost ja tänapäevast.

Arstiteaduse ajaloo sektsiooni juhatasid J. Markulis (Vilnius), V. Siudikas (Kaunas) ja allakirjutanu.

H. Petlem ja A. Kliiman rääkisid esimestest maoreseksioonidest ja iluuseprobleemi uurimisest Tartu ülikooli kirurgiakliinikus. T. Meriloo esitas andmeid koolide sanitaarjärelevalve ja õpilaste arstiabi algpäevilt Põhja-Eestis. Rõugetevastane vaktsineerimine Eestis XIX sajandi esimesel poolel oli L. Rootsmäe ettekande teema. H. Gustavson vaatles Leedu ja Eesti farmatseutide kontakte kuni 1917. a. Allakirjutanu esitas uusi andmeid ämmaemandate koolitamise ajaloost Baltimaadel XIX sajandil. Eesti arstiteaduse ajalugu puudutati ka mõnedes Läti NSV uurijate töödes. V. Derums käsitles 4500 skeleti põhjal antropomeetrilisi ja röntgenomorfoloogilisi paralleele Baltimaade elanike alajäsemete luudel neoliitikumist alates. S. Magilnitski esitas ülevaate Baltimaade oftalmoloogide konverentsidest aastail 1928...1938 ja A. Miltinš analüüsis suguhaigustesse haigestumist Baltimaades ajavahemikul 1919...1940.

Vilniuse ülikooli juubelile pühendatud arstiteaduse ajaloo sektsiooni istungi ettekanded käsitlesid eri meditsiinidistsipliinide õpetamise ja arendamise ajalugu selles kõrgkoolis ning arstiteadlaste elu ja tegevust seal. Allakirjutanu ja R. Talimaa (Vilnius) ühistöös oli vaatluse all veterinaaria õpetamine Tartu ja Vilniuse ülikoolis kuni veterinaariakooli asutamiseni Tartus 1848. aastal.

Ettekannete teesid avaldati kogumikes «Vilniuse ülikooli osa teaduse arengus» ja «Baltimaade meditsiini ja bioloogia ajaloo küsimusi».

Osavõtjail oli võimalus tutvuda eeskujulikult restaureeritud Vilniuse ülikooli hoonete ja ülikooli ajaloomuuseumiga.

Viktor Kalnin

Meie juubilare

EESTI NSV TERAPEUTIDE SELTSI AULIIGE AKADEEMIK F. KOMAROV 60-AASTANE



Tänavu 26. augustil tähistab meie maa meditsiiniüldsus NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliikme, NSV Liidu Kaitseministeeriumi Sõjaväemeditsiini Keskvalitsuse ülema, Üleliidulise Terapeutide Seltsi esimehe professor Fjodor Komarovi 60. sünnipäeva.

Eesti NSV terapeutidel on eriline põhjus tähistada lugupeetava juubilaril tähtpäeva, sest akadeemik F. Komarov on Eesti NSV Terapeutide Seltsi auliige. Teda tuntakse meil hästi. Ta on korduvalt esinenud sisukate ettekannetega meie teaduskonverentsidel, esines ka Eesti NSV terapeutide VI kongressil. Juubilar on alati mõistvalt suhtunud meie vabariigi terapeutide vajadustesse ja probleemidesse.

Akadeemik F. Komarovi elutee on olnud raske, kuid kaunis. Alustades Suurt Isamaasõda kahurväelasena, sai ta raskelt haavata.

Pärast paranemist saadeti ta õppima Sõjaväemeditsiini Akadeemiasse, mille lõpetas 1947. aastal kiituse ja kuldmedaliga. 1967. aastal oli ta juba samas akadeemias teraapiakateedri juhataja. 1972. aastal edutati F. Komarov NSV Liidu Kaitseministeeriumi Sõjaväemeditsiini Keskvalitsuse peaterapeudi ametikohale, samal aastal valiti ta ka I. M. Setšenovi nimelise I Moskva Meditsiiniinstituudi hospitaalteraapiakateedri juhatajaks. 1977. aastast on juubilar praegusel ametikohal.

Akadeemik F. Komarov on enam kui 200 teadusliku töö, sealhulgas 7 monograafia ja õpiku autor. Tema teadustöös on peamine huviala gastroenteroloogia, pulmonoloogia, kliiniline farmakoloogia ning sõjaväemeditsiini probleemid. Tema teaduslikul konsulteerimisel ja juhendamisel on kaitstud 12 doktori- ja 40 kandidaadiväitekirja.

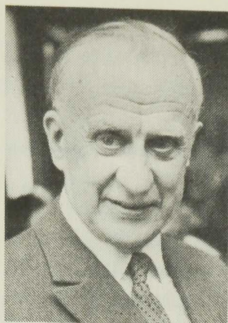
Juubilaril ühiskondlik tegevus on laialdane: ta on NSV Liidu Lenini ja Riikliku Preemia- te Komitee liige, NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni täiskogu liige, paljude teadusseltside juhatause, mitmete ajakirjade toimetuskolleegiumide liige jne.

Akadeemik F. Komarov on NLKP liige 1945. aastast. Teda on autasustatud paljude NSV Liidu ordenite ja medalitega, ta on kindralpolkovniku auastmes, mis on kõrgeim auaste sõjaväemeditsiini teenistuses. Ta on valitud Greifswaldi Ülikooli audoktoriks.

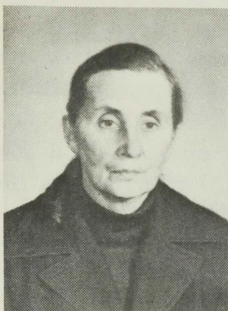
Auväärne juubilar on erakordselt südamlilik ja meeldiva iseloomuga, ta on korrektsuse ja põhimõttelisuse näide, väga võimekas organisaator, silmapaistev teadlane, talendikas arst, kes läheb oma juubelile vastu parimas loomeas.

Meie vabariigi terapeutid soovivad Eesti NSV Terapeutide Seltsi auliikmele Fjodor Ivanovitš Komarovile veel palju eluaastaid, tugevat tervist ja uut edu nõukogude arstiteaduse ja rahva tervise hüvanguks.

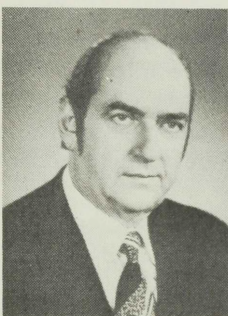
Natan Elštein



Feliks Raudkepp, Eesti NSV teeneline arst, sai 4. juunil 1980. a. 80-aastaseks. Arstitööd alustas ta 1926. a. Tartu ülikooli neuroloogia-kliinikus professor L. Puusepa assistendina, kellega koos aitas rajada eesti neurokirurgiat, millel on oma ajalugu ja traditsioonid. Ligi kuus aastakümnet kestnud arstitöö jooksul on F. Raudkepp töötanud neurokirurgina. 1940. a. organiseeris ta Tallinna Neurokirurgia Haigla ning oli esimeseks neurokirurgiks Tallinnas. 1950. a. reorganiseeriti neurokirurgiahaigla Tallinna Vabariikliku Haigla neurokirurgiaosakonnaks, mille juhataja ta oli aastakümneid. Juubilar oli 1950. a. asutatud L. Puusepa nimelise Eesti NSV Neuroloogide ja Psühhiaatrite Teadusliku Seltsi loomise initsiaator ning selle esimene esimees. Praegu seltsi auliige. Juubilari hoolitseva käe all on kasvanud terve põlvkond neurokirurge, kes jätkavad oma õpetaja traditsiooni. Tema töö on pälvitud mitmeid autasusid. F. Raudkepp kirurgimeisterlikkus ja julgus, erakordne inimesemõistmine ja tagasihoidlikkus, eruditsoon, jäägitu heatahtlikkus ning mõnus huumor on võlunud kõiki, kes temaga on kokku puutunud.



Maria Epler, TRÜ arstiteaduskonna füsioloogia kateedri dotsent ning biofüüsika- ja elektrofüsioloogialaboratooriumi teaduslik juhendaja, sai 7. aprillil 1980. aastal 60-aastaseks. Sündinud 1920. aastal Tartus. Alg- ja keskkariduse omandas Paides. 1938. aastal astus Tartu ülikooli, mille arstiteaduskonna lõpetas 1946. aastal. 1944. aastal alustas üliõpilasena tööd füsioloogia kateedris, kus oli assistendi kohusetäitjaks, 1946. a. samas assistent, 1947. a. vanemõpetaja. Dotsendikutses anti M. Eplerile 1959. aastal. Kandidaadiväitekirja «Okulokardiaalrefleks ja selle alusel kujundatavad tingitud seosed inimesel» kaitses ta 1954. aastal. Avaldanud üle 50 teadusartikli, on mitmete teaduslike ja populaarteaduslike raamatute autor ning kaasautor. M. Epler on mitme autoritunnistuse omanik. Tema leiutised on pälvitud üleliidulisi medaleid ning vabariiklikke aukirju. NSV Liidu Rahvamajanduse Saavutuste Näituse medal anti talle keskmise arteriaalse rõhu registreerimise aparadi eest. Aparati kasutatakse nii füsioloogilises eksperimentis kui ka meditsiinipraktikas ning see on seeriatootmises.



Joosep Beltšikov, Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri peaarsti asetäitja, Eesti NSV teeneline arst, arstiteaduse kandidaat, sai 11. mail 1980. a. 60-aastaseks. Sündinud 1920. a. Tartus proviisori perekonnas. 1938. a. lõpetas Tartu Linna Vene Gümnaasiumi. Võttis osa Suurest Isamaasõjast. Pärast demobiliseerimist jätkas õpinguid 1951. a. TRÜ arstiteaduskonnas, mille lõpetas 1957. a. Järgnes töö uroloogina Tallinna III Haiglas. 1960. a. läks uroloogiks Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanserisse, täites samal ajal ka dispanseri organisatsioonilis-metoodilise kabineti juhataja ülesandeid. 1966. a. alates on dispanseri peaarsti asetäitja. J. Beltšikov on esimese kategooria onkouroloog. 1971. a. kaitses kandidaadiväitekirja, mis käsitles meeste profülaktiliste läbivaatuste tähtsust esnäärmevähi avastamisel. Avaldanud ligi 40 teadusartiklit ja kolm populaarteaduslikku brošüüri. On kasutusele võtnud mitmeid uusi diagnoosi- ja ravimeetodeid onkouroloogiliste haigete ravis, esmakordselt Nõukogude Liidus loodi tema osavõtul onkoloogiliste haigete tsentraliseeritud arvestuse süsteem. NLKP ridadesse kuulub 1965. a. alates.



Leo Päi, TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateedri juhataja, professor, Eesti NSV teeneline arst, sai 8. juulil 1980. a. 60-aastaseks. Sündinud 1920. a. Tallinnas teenistuja perekonnas. 1938. a. astus Tartu ülikooli. Ajavahemikul 1941...1945 töötas NSV Liidu tagalas velskrina. TRÜ arstiteaduskonna lõpetas 1950. a. Aastail 1950...1952 oli Tartu Linna Kliinilise Haigla peaarst ning 1952...1955 Leningradi I Meditsiiniinstituudi aspirant. 1955. a. alustas tööd hospitaalsisehaiguste kateedris assistendina. 1957. a. alates on kateedrijuhataja. 1955. a. kaitses kandidaadiväitekirja ning 1968. a. doktriväitekirja «Mõningaid reuma ja mittespetsiifilise infektsioosse polüartriidi immunopatoloogia küsimusi». 1963. a. anti L. Päile dotsendining 1970. a. professorikutses. Üks reumaatiliste haiguste immunosupressiiv- ja immunomodulatsiooniravi pioneere Nõukogude Liidus. On Rahvusvahelise Reuma Vastu Võitlemise Liiga Alalise Komitee liige.



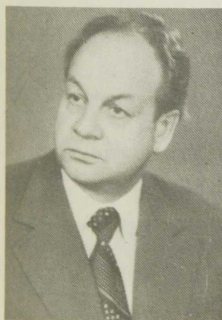
Helga Lenzner, TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi mikroobide ökoloogia laboratooriumi juhataja, arstiteaduse kandidaat, sai 19. märtsil 1980. aastal 50-aastaseks. Sündinud 1930. aastal Tallinnas teenistuja perekonnas. 1948. aastal lõpetas Tallinna 3. Keskkooli. TRÜ arstiteaduskonnas õppis aastail 1948...1954 ning lõpetas selle kiitusega. Järgnes töö assistendina TRÜ arstiteaduskonna mikrobioloogia kateedris, seejärel aspirantuur Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi protozooloogiasektoris, kus valmis kandidaadiväitekiri «Komplemendi sidumise reaktsioon ja intradermaaltest urogenitaaltrakti trihhomoncoosi korral», mida kaitses 1965. aastal. Pärast seda asus H. Lenzner vanemteadurina TRÜ Meditsiini Kesklaboratooriumi mikrobioloogia-sektori juhataja ametikohale. Osaleb arstiteaduskonna õppetöös. Trüki avaldanud üle 90 teadustöö, esinenud arvukatel üleliidulistel ja rahvusvahelistel konverentsidel ning sümposiumidel. Aktiivne ühiskondlikus töös ning spordis. Juubilari on autasustatud mitme aukirjaga.



Ants Haavel, Kingissepa Rajooni Keskhaigla kirurgiaosakonna juhataja, sai 5. mail 1980. aastal 50-aastaseks. Sündinud 1930. aastal Tallinnas teenistuja perekonnas. Tallinna 2. Keskkooli lõpetas 1949. aastal ning TRÜ arstiteaduskonna 1955. aastal. Samal aastal asus tööle Kingissepa Rajooni Keskhaiglasse kirurgina. 1959. aastast on ta kirurgiaosakonna juhataja. Kandidaadiväitekirja, mis käsitles sapiiteede kirurgilist ravi rajoonihaigla tingimustes, kaitses 1971. aastal. A. Haavel on kõrgema kategooria kirurg. Ta on avaldanud üle 60 teadusliku artikli ja korduvalt osa võtnud üleliidulistest ja rahvusvahelistest teaduskonverentsidest. Ühiskondlikus töös väga aktiivne. A. Haavel on Kingissepa Arstide Teadusliku Seltsi esimees ja ühingu «Teadus» hinnatud lektor. Juubilari on autasustatud V. I. Lenini juubelimedaliga ja NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi aukirjaga.



Naomi Loogna, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kutsepatoloogiaosakonna juhataja, arstiteaduse doktor, sai 24. juunil 50-aastaseks. Sündinud Tallinnas teenistuja perekonnas. Keskkooli omandas Tallinna 10. Keskkoolis, TRÜ arstiteaduskonna lõpetas 1954. a. Samast aastast on töötanud instituudis, 1974. a. alates on osakonnajuhataja. Kandidaaditöö valmis 1961. aastal, doktoriväitekirja «Keemilise etioloogiaga kutse dermatosidide patogeenar, kliinik, ravi ja profülaktika Eesti NSV-s» kaitses 1970. a. Juubilarilt on ilmunud 110 teaduslikku publikatsiooni, sealhulgas neli monograafiat («Allergoloogia» jt.). Aastaid on teinud koostööd soome teadlastega. Osaleb TRÜ õppetöös. On Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi mittekooresseelise peakutsepatoloog ning Tallinna Vabariikliku Allergoloogia-keskuse juhataja. Võtab aktiivselt osa ühingu «Teadus» organisatsioonilisest ja loengulisest tööst ning Vabariikliku Dermatoveneroloogide Teadusliku Seltsi tegevuse juhtimisest. NLKP liige 1968. a. alates.



Vello Ilmoja, Tallinna Pelgulinna Haigla peaarst, Eesti NSV teeneline arst, sai 11. juulil 1980. a. 50-aastaseks. Sündinud 1930. a. Jõgeva rajoonis kooliõpetaja perekonnas. 1948. a. lõpetas Tartu 1. Keskkooli ning 1954. a. TRÜ arstiteaduskonna. Järgnes töö terapeudina, hiljem paarstina Valga Rajooni Keskhaiglas. 1962. a. alates on praegusel ametikohal. V. Ilmoja on I kategooria terapeut ning kõrgema kategooria tervishoiuorganisatsioon. Haiglatöö ratsionaalsete organiseerimismeetodite eest on talle antud NSV Liidu Rahvamajanduse Saavutuste Näituse pronksmedal. Ta on viie ratsionaliseerimistepaneku autor, on avaldanud 15 artiklit. Ta on olnud Valga Rajooni TSN saadik ning Tallinna Kalinini Rajooni RSN saadik ja täitevkomitee liige. On tervishoiutöötajate ametiühingu vabariikliku komitee presiidiumi ja Eesti NSV Punaise Risti Seltsi Keskkomitee ning ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetuse nõukogu liige. Juubilari on autasustatud V. I. Lenini juubelimedaliga ning tervishoiu eesrindlase ja NSV Liidu sanitaarkaitse eesrindlase rinnamärkidega.

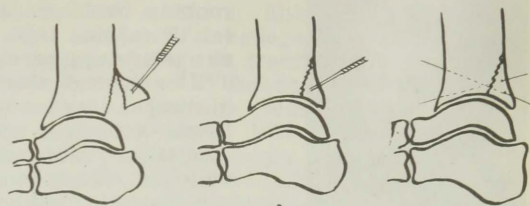
UDK 616.71-001.5-089.22

SÄÄRELUU DISTAALOTSA EESMISE JA TAGUMISE SERVA LUUFRAGMENTI REPONAATOR

PEETER NUIAMÄE · TARTU

Sääreluu distaalotsa eesmise ja tagumise metaepifüsaarosa murdude puhul, kui luufragment võtab enda alla liigesepinnast $\frac{1}{4}$ või enam, on luufragmenti paigaldamiseks konstrueeritud mitmeid seadeldisi. Nende kõikide negatiivseks küljeks on see, et puudub reponeerimise täpsus. Selle puuduse kõrvaldamiseks konstrueerisime järgneva seadeldise.

Luufragmenti reponeerimise täpsuse saavutamiseks sel teel, et seadeldise reponeerimissangas, milles on piklik lõhe,



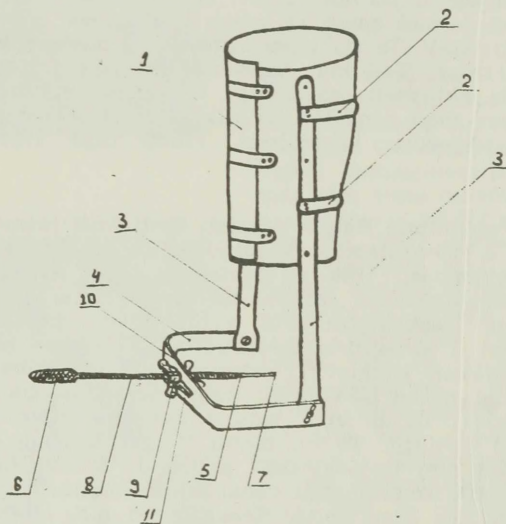
Joonis 2. Sääreluu distaalotsa tagumise serva luufragmenti reponeerimise ja fikstsiooni skeem.

läbib reponeeriv varras käepidemega, on vint ning fikseerivad mutrid, mis asetsevad teine teisel pool reponeerimissangas (vt. joonis 1).

Seadeldis töötab järgmiselt: lahtikäiv fikseeriv sääreümbris 1 kinnitatakse vigastatud säärele nii, et metallšiinid 2 asetseksid reponeeritava luufragmenti vastaspoolel, külgmistele metallšiinidele 3 kinnitub reponeerimissang 4. Reponeerimissangale antakse teatud kalle, arvestades murdunud fragmendi kuju, ja kinnitatakse mutritega külgmistele metallšiinidele. Reponeerivat varrast on võimalik liigutada külgsuunas mööda reponeerimissangas 4 olevat lõhet 11. Seejuures reponeerimisvarda fikseerivad mutrid 9 ja 10 paiknevad reponeerimissangast eemal. Kui on kätte saadud reponeeriva varda õige asend 5, peab tema telg ühtima suunaga, kuhu reponeeritav luufragment soovitakse viia. Seejärel viiakse reponeerivat varrast 5 käepideme abiga läbi naha seni, kuni ta oma kaheharulise teravikuga 7 toetub luufragmentile. Seejärel tehakse mutri 10 abil luufragmenti täpne repositsioon. Kui luufragment on reponeeritud — ülemisest hüppeliigesest tehakse röntgenogramm kahes suunas —, siis fikseeritakse reponeeriv varras reponeerimissangas 4 külge mutri 9 abil. Luufragment fikseeritakse kahe toetusplaadiga Kirschneri varraste abil (vt. joonis 2).

Seadeldis võimaldab sääreluu distaalotsa eesmist ning tagumist serva täpselt reponeerida kinnisel teel.

TRÜ arstiteaduskonna hospitaalkirurgia
kateeder



Joonis 1. Sääreluu distaalotsa eesmise ja tagumise serva luufragmenti reponaatori skeem.

Quaestiones linguae Estonicae in medicina

ORGANISMI C-VITAMIINI-VAJADUSEST JA A-VITAMIINI HULGAST VERESEERUMIS

ESTER KINDLAM · TALLINN

Pealkirjas eri kirjaga esiletõstetud keelendite kirjakuju on meie trükisõnas olnud kõikuv: mõnikord C-vitamiini vajadus ja A-vitamiini hulk, teinekord C-vitamiinivajadus ja (vereseerumi) A-vitamiinihulk resp. A-vitamiinisisaldus ning lõpuks ka C-vitamiini-vajadus ja A-vitamiini-hulk.

Nagu näha, on kõibel kõik võimalused. Tarvituse kirevust, juhuslikkust ning vigasustki näikse tinginud olevat lahkarmused selle õigekirjaseiga lahkimõtestamisel. Siinse kirjutise autori laual on kiri 4. aprillist 1980, milles teatatakse kirjastuse «Valgus» toimetustöötajate seisukohast kõnealuste keelendite ortograafia lahendamisel. Mitme keeleinimese üksmeelsel soovitusel võetavat kasutusele järgmised kirjakujud: vitamiinipuudus, -vaegus, -sisaldus, -vajadus, -tarve jne., aga D-vitamiini puudus, vaegus jne., samuti happevaegus, aga nikotiinhappe vaegus. Omaette rühmaks on eraldatud vereseerumi A-vitamiinisisaldus, loomade K-vitamiinivajadus jts.

Et kõnealuste keelendite ortograafia läbimõtlemaatus on ajendanud kõhklust ja mõnigi kord ebaõige kirjakuju valikut — paraku mitte ainult redigeerijate-toimetajate tasemel, kelle vähene orienteeritus niisugustes peensustes on heatahtliku suhtumise korral vabanda-

tav, vaid kahetsetavalt isegi keeleinimeste hulgas, kes ka õigekirja pisiseikades on kohustatud kodus olema — püüdkem küsimusse süveneda.

Igal kodanikul võib (vähemalt ajuti) olla *rahapuudus*; raha puuduseks on muidugi eeskätt see, et teda kunagi küllalt pole, aga ka tema määrdumine, vahel paberi madal kvaliteet jms. Nagu juba neistki näiteist selgub, kannab sõna *puudus* kahesugust tähendust: 1) nappus, vähesus, ilmaolek, vaesus, kehvus; 2) ebakoht, halbust, viga. Kui on tegu esimese tähendusega, kaldutakse enamasti kokku kirjutama (toidupuudus, leivapuudus, ajapuudus; esikomponendi erilise rõhutamise korral on küll mõeldav ka lahusasend: leiva puudust me ei tundnud, kuid piima oli vähevõitu). Teise tähendusega *puudus* kipub omaette seisma (ihu puudused, ehituse puudused, ravimi puudused). Eelkäsitletut aluseks võttes on loogiline kirjutada *vitamiinipuudus* (=avitaminoos). Mis puutub teistesse sõnadesse (vaegus, tarve, tarvidus, vajadus, sisaldus), siis moodustavad ka need ainsusliku liitsõnaga liitumeid: (organismi) *vitamiinivaegus*, *vitamiinitarve*, *vitamiinivajadus*, *vitamiinisisaldus* (vitamiin sisaldub kuskil; vrd. vitamiini sisaldus — vitamiin sisaldab midagi). Kokkukirjutamisnõue on obligatoorne eriti siis, kui esikomponent (vitamiini) annab edasi mitmuslikku sisu (vitamiinide) nagu sõnades *r a a m a t u* kogu, *t o o l i r i d a*, *s õ n a* raamat, *t i k u* toos, *m a r g i k o g u j a*.

Eesti liitsõna ortograafia on teatavasti väga keeruline. On olemas nn. püsi-kindlaid liitsõnu (supitaldrik, seapraad), aga ka ebakindlaid liitsõnu, nagu näiteks mullaniiskus ja õhutemperatuur, mida vabalt võib lahkugi kirjutada (mulla niiskus, õhu temperatuur). Sõnade kokkukirjutamisel on väga tähtis osa nende vormil. Mida lühemad on komponendid, seda hõlpsamini nad liituvad. Nii kuuluvad kindlate liitsõnade hulka näiteks metsatukk, pliatsijupp, klaasitükk, kartulikuhi. Kui aga esikomponent ise on juba liitkeelend, on võimalik moodustada ka sõnaühendi.

Õiged kirjakujud on niihästi kasemet-satukk kui ka kasemetsa tukk, niihästi värvipliatsijupp kui ka värvipliatsi jupp, niihästi seemnekartulikuhi kui ka seemnekartuli kuhi. Siinjuures väärrib arvessevõtmist siiski üks seik: lahku-kirjutamine on kõige enam näidustatud just hulka ja määra väljendavate sõnade ees (nagu tükk, kild, kuhi, hunnik, tukk, saak jts.).

Kui meid huvitavatel juhtudel eel-öeldust vormianalogiat otsida, oleksid mõeldavad ka kirjapildid *nikotiinhappe vaegus*, *C-vitamiini vaegus*, *K-vitamiini vajadus*. See oleks siiski mõnevõrra erandlik lahkukirjutus, mida terminite fikseerimisel erialasõnavara ühtluse ning süsteemsuse seisukohast pole võimalik päris põhjendatult pidada (ei ole ju kõnealuste keelendite puhul tegu hulka ega määra tähistavate põhisõnadega). Terminoloogiat ei saa teha, ainult tollipulk pihus. Kui *puudus*, *vaegus*, *tarve*, *tarvidus*, *vajadus*, *sisaldus* kirjutatakse kokku lihtsõnadega, siis on loomulik, et nad kirjutatakse kokku ka lihtsõnadega. Järelikult ikkagi niihästi organismi *happevajadus* kui ka tema *nikotiinhappevajadus*. Küll on mõõndav paralleeltarvitus *happehulk* — *happe hulk*; *nikotiinhappehulk* — *nikotiinhappe hulk* (kui põhisõnaks on *hulk*, *kogus* vms.).

Ühtegi kirjamärki ei ole ökonoomne kasutada ilma vajaduse ja põhjenduse-ta. Mõtestatud olgu ka sidekriipsu tarvitamine. Viimasel ajal ongi ilmnunud tendents varem üsna rohkearvulisest sidekriipsuga kirjutatud keelendeist teha kompaktsed liitumid. ÕS-ist võib tuua näiteid murdeesinemus, lameepiteel, ladinameerika (tants), sinepiiva, reheesine, teatriinstituut, tomatiistik, teede-ehitaja, füüsikaaparaat, fotoobjektiiv jpt. Sidekriips pole järelikult vajalik ka h e s u g u s e v o k a a l i vahel ka sõnades *stomatoortopeed* ja *töövõimeeks-pertiis*.

Olgu märk ise tilluke, täita aga tuleb tal mitmeid funktsioone:

1) hõlbustada lugemist (ketas-juurviljalõikur; jää-äädikhape; fotogramm-meetria);

2) liigendada liitsõna komponente kokkukuuluvuse järgi ja nii edastada sisulist informatsiooni (maa-rahvama-jad, elektronkiir-keevitus);

3) ühendada keelendite komponente, mida kompaktselt ei liideta (Kreutzwaldi-nimeline, Lõuna-Eesti, päev-päevalt, TV-programm);

4) moodustada väärkontaktide vältimiseks nn. kontekstiliitsõnu (olgu selgituseks ÕS-ide traditsiooniline näide: Sellest linnast-tulnud arveametnikust...).

On juhtumeid, kus grammatika näeb ette sidekriipsu kõrvalekalduvat kasutamist. Üks niisuguseid on siis, kui liitumi algsosaks on täht, täheühend, silp, mitteäänatav sõna või mingi tähis (x-kiired, TV-programm, *ne*-sufiks, *puudus*-tüüp, 5-kohaline, +-poolus).

Segadus ja väärilahendused on seotud just selle juhuga, kuhu kuuluvad C-vitamiin, D-penitsilliin, RS-viirus jpt. Kuidas neid liitumeid seostada põhisõnaga? Kas vahetult (kokkukirjutamise teel), nagu eelmainitud 4. aprilli kirjas teha soovitatakse (A-vitamiinisisaldus, K-vitamiinivajadus), või teise sidekriipsu abil?

Liitterminites rakendatakse liigendavat sidekriipsu (seda võiks nimetada ka selgusesidekriipsuks) siis, kui peetakse vajalikuks täpselt näidata komponentide kokkukuuluvust, s. t. eraldada täiend- ja põhisõna. Et on olemas taimahaigus *lehemädanik*, siis *kartuli-lehemädanik* moodustab selle alaliigi; samal põhimõttel on moodustatud terminid *mets-kassiurb* (vrd. metskass), *mets-seahernes* (vrd. metssiga), *õuna-lehekirp*, *õuna-õieõikaja* jne.

Sisulise liigendamise funktsiooni täitva sidekriipsuga soovitatakse üldiselt olla säästlik ja loota, kui vähegi loota võib, lugeja arukusele, seega pole vaja kirjutada kutse-nahahaigused, vaid võib julgesti juurutada sidekriipsuta *kutse-nahahaigusi*, *kutsekopsuhaigusi* jts.

Meie huvialustel juhtudel kuulub liittermini täiendkomponendi kirjapilti vältimatu ühendussidekriips (C-vitamiin). Põhikomponenti (*puudus*, *vajadus*, *sisaldus* jne.) ei tohi selle si-

dekriipsulise täiendkomponendiga vahetult liita, sest nii moodustuv termin (C-vitamiinivajadus) siirdub otsekohe *kartuli-lehemädanik-tüüpi*, mis teisisõnu tähendaks, et C-1 on äkki vitamiinivajadus või et on olemas mingi eriliiki vitamiinivajadus, mida tähistatakse C-tähega!

Möõngem: sidekriips pole teksti kaunistusvahend. Ent kõnesolevatel juhtudel on ta kahekordselt paratamatu. Nii nagu ei ole lubatav kirjutada kirde-ees-timurdeline, renessanss-stiilialane, jää-äädikhappesisaldus, Kolga-Jaanilähedane, edasi-tagasiliikumine, edasi-tagasipilet, vaid peab kirjutama *kirde-ees-timurdeline, renessanss-stiili-alane, jää-äädikhappe-sisaldus, Kolga-Jaani-lähedane, edasi-tagasi-liikumine, edasi-tagasi-pilet*, nii on õiged (s. t. loogilised) kirjapildid üksnes

C-vitamiini-puudus, PP-vitamiinivajadus, D-vitamiini-resistentne, A-vitamiini-rikas, C-vitamiini-ainevahetus, K-vitamiini-preparaat, B-hepatiidi-viirus (ka B-hepatiidi viirus), RS-viiruse nakkus, D-penitsilliin-ravi.

Sellele ergu õigekirjatajuga kirjutajale, kes peab kahe sidekriipsu panemist kas tülikaks või sõna välimust rikkuvaks, võib soovitada sõnastust varieerida. Näiteks selle asemel, et tapva järjekindlusega väita «vereseerumi A-vitamiini-sisaldus tõusis», sobiks vahelduseks kirjutada «A-vitamiini hulk vereseerumis suurenes», «vereseerum sisaldas A-vitamiini rohkem kui enne», «vereseerumis leidis A-vitamiini enam»; «laste päevane A-vitamiinivajadus on 0,5—1,5 mg» võiks mõnikord kõlada tavalise inimese keeli «lapsed vajavad A-vitamiini 0,5—1,5 mg päevas»; «patsiendile teostati D-penitsilliin-ravi» oleks võimalik ümber öelda «patsiendi raviti D-penitsilliiniga».

Kuigi vaadeldavatel juhtudel on tegemist terminitega, on neid lausete kokkuseadmisel võimalik ja koguni soovitatav vaheldada täpselt sama sisu väljendava, kuid stiililt lahedama sõnaseadega. Terminitest ragisev tekst ei ole teaduskeele esmatunnus.

Ajakirja «Keel ja Kirjandus» toimetuse

Uusi ravimeid

ORAASI GRAANULID

(Granulae orazi, гранули оразы)

Oraas on happe suhtes resistentne amülaasi ja proteolüütiliste fermentide kompleks, mida saadakse seenest *Aspergillus Oryzae*. Ta sisaldab põhiliselt amülaasi, maltaasi, proteaasi ja lipaasi.

Meditsiinis on oraas kasutusel vees kergesti lahustuvate meeldiva maitsega helepruunide graanulitena. Pankreatiinist erinevalt ei lõhustu oraas mao happelises keskkonnas, ta säilitab aktiivsuse ka sooltes. Ravim ei ole toksiline. Ta on hästi talutav ka pikaajalise kasutamise korral.

Oraas on näidustatud seedehäirete ravis, kui seedenäärmete talitus on pärsitud, anatsiidse ja hüpatiidse gastriidi, kroonilise hepatokoletsüstiidi, mao ja kaksteistsõrmiksoole haavandtõve, alaaegeda ja kroonilise pankreatiidi korral, samuti spastilise koliidi puhul, kui esineb kalduvus kõhukinnisuseks.

Pool kuni üks teelusikatäis oraasi graanuleid võetakse kolm korda päevas kas söögi ajal või pärast sööki (üks teelusikatäis graanuleid kaalub umbes 2 g ja vastab 0,2 g oraasile).

Ravi kestab harilikult 2...4 nädalat, mida vajaduse korral võib kas pikendada või korrata.

Kui ravimi võtmisel kõhulahtisus ägeneb, vähendatakse annust või katkestatakse manustamine.

Originaalpakendis 100 g graanuleid, mille 1 g vastab 0,1 g oraasile.

Hind 3 rubla 40 kopikat.

Uus kodumaine ravim.

Aino Jürison

Vastavalt NSV Liidu Tervishoiu-ministeeriumi korraldusele on ravimite nomenklatuurist kustutatud järgmised vananenud ravimid: allilsat, barbitaali tabletid 0,5 g, hekso-barbitaali pulber ja tabletid 0,25 g, konval-latoksiin ja 0,03%-line süstelahus ampullides, kloortetratsükliini (-biomütsiini) silmasalv (5000 TÛ/g ja 10 000 TÛ/g), oksitetratsükliini pulber suspensioonij valmistamiseks (1 miljon ja 2 miljonit TÛ), ridinool, ka tablettidena 1 ja 5 mg, adiurekriinisalv 100 ja 150 TÛ/g ning ravimikombinatsioon, mille tablet sisaldab 0,25 g fenüülsalitsülaati, 0,25 g naatriumhüdrokarbonaati ja 0,015 g karumustika (belladonna) ekstrakti.

Экспресс-информация (Новые лекарственные препараты), 1979, 11.

TERVISHOIUMINISTEERIUMIS

20. märtsil 1980. a. toimus Eesti NSV Tervishoiuministeriumi kolleegiumi väljasõiduistung Kohtla-Järvel, kus koos tootmiskoonidise «Eesti Põlevkivi» juhtkonna, Söetööstustöölise Ametiühingu Eesti Territoriaalse Komitee Presiidiumi ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee Presiidiumiga oli arutusel «Eesti Põlevkivi» ettevõtete töötajate ajutise töövõimetusega haigestumine.

Ajutise töövõimetuse juhtude vähendamisel ja arstiabi tagamisel koondise 13 ettevõtte töötajatele on ära tehtud suur töö. On parandatud spetsialiseeritud abi ja meditsiinilise abi korraldust puhkepäevadel. Meditsiinkaadrit on juurde saadud. Kuid edusammudele vaatamata on tööajakaod ajutise töövõimetusega haigestumise tõttu ikkagi suuremad kui teistes sama süsteemi ettevõtetes. Radikuliidist, hüpertooniatõvest ja traumadest põhjustatud haigestumus on suur. Mitte kõigis ettevõtetes ei ole dieettoitlustamist, soovida jäätavad meditsiinilised läbivaatused. Tunduvalt parem peab olema haigete dispanseerimine ja profülaktilise ravi korraldus. Asutuste juhtkonnad ei täida kõiki sanitaarteenistuse ettekirjutusi.

Väljasõiduistungis otsuses fikseeriti mitmed abinõud puuduste kõrvaldamiseks arstiabi korraldamisel ning arstlikus tööekspertiisis, samuti täiendavad ülesanded haigestumise vähendamiseks ning töötajate tervise tugevdamiseks.

Üldarvamus oli, et sellised arutelud «Eesti Põlevkivi» ettevõtete töötajate meditsiinilise abi korralduse ja tervise kaitse teemal peaksid toimuma regulaarselt.

27. märtsil arutati kolleegiumi istungil meditsiinilist abi väikelastekodudes. Väikelastekodude kohtade üldarv on küllaldane, on vaid raskusi mõningatesse erirühmadesse paigutamisel. Kingissepa ja Tallinna väikelastekodudes on suur puudus meditsiiniõdedest. Kolleegium otsustas koostada perspektiivplaani väikelastekodude materiaal-tehnilise baasi tugevdamiseks. Edaspidi tõhustatakse kontrolli haigestunud laste ravi üle.

Samal kolleegiumi koosolekul kuulati ära tervishoiuministeriumi kapitaalehitusosa-

konna juhataja E. Männiku ettekanne 1979. aasta ja 1980. aasta kahe kuu kapitaalmahutuste ning kapitaalmahutuste plaani täitmise kohta. 1979. aasta plaan jäi tervikuna täitmata ja 1980. aasta esimese kahe kuu jooksul ei kulgenud ehitustegevus kõikidel tervishoiuobjektidel plaanikohaselt. Tervishoiuasutuste ehitamiseks kulutati kõikidest finantseerimisallikatest eraldatud kapitaalmahutusi kokku planeeritud vaid 67,7%, sealhulgas ehitusmontaažitööde osas 66%. Anti käiku Tallinna Kiirabihaigla I järk (110 voodit), Haapsalu Rajooni Keskaigla juurdeehitis (110 voodit), Tallinna Kliiniline Lastehaigla (300 voodit) ning Apteekide Peavalitsuse kaarhall. Ekspluatatsiooni jäi suurematest ehitustest andmata kiirabihaigla 690 voodikohaga palatikorpus. Vähe on tehtud tööd Jõgeva Rajooni Keskaigla, Narva Stomatoloogia Polikliiniku, Kohtla-Järve Naistenõuandla ehitamisel, seda kõike ehitajate süü tõttu. Kapitaalmahutuste plaani täitmine vabariigilise alluvusega objektide osas oli rahuldav, kuid juurdeehituste osas tunduvalt halvem.

1980. aastaks on tervishoiuehitusteks eraldatud kokku ligi 9 miljonit rubla, sealhulgas ehitusmontaažitöödeks üle 6 miljoni rubla. On ette nähtud käiku anda Tallinna Kiirabihaigla II järk, Põlva Rajooni Keskaigla (200 voodit), Narva Stomatoloogia Polikliinik, Tallinna Vabariikliku Haigla kõõgiblokk jt.

Otsuses nähti ette mitmeid teid, kuidas ehitustempot kiirendada ja tervishoiuehitusi lõpule viia. Asjakohaste taotlustega pöörduti ka ehitusministeriumi, elamu- ja kommunaalmajandusministeriumi ning teenindusministeriumi poole, et tagada ehitustööde plaanipärane kulg ning 1980. a. riikliku plaaniga ettenähtud tervishoiuasutuste õigeaegne käikuandmine.

Järgmisena arutati töötingimuste parandamise, töökaitses ja sanitaartervistavate ürituste kompleksplaanide täitmist tervishoiuministeriumi süsteemis. Töökaitses viidi kavandatu ellu Tartu linnas, Kohtla-Järvel jm., kuid sellega ei tulnud toime Kingissepa ja Rakvere rajooni ning Pärnu linna tervishoiuasutused. Mullu toimunud juhtivate ja insener-tehniliste töötajate töökaitsesealane väljaõpe ning atesteerimine. Kahjuks ei ole siiani suudetud luua ventilatsioonisüsteemide pidevat hooldusteenistust ega laiendada elektrimajanduse hooldamist.

1980. aastal otsustati korraldada tervishoiuministeriumi süsteemi asutuste ja ettevõtete töötingimuste ning töökaitses olukorra ühiskondlik ülevaatus. Kinnitati ülevaatuses põhimäärus ja vabariiklik komisjon. Ülevaatuses materjalid tuleb vabariiklikule komisjonile esitada hiljemalt 25. detsembriks 1980.

Arutati töödistsipliini tugevdamist ja kaadrivoolavuse vähendamise võimalusi tervishoiuasutustes.

Kaadrivoolavus on endiselt eriti kõrge meditsiiniõdede ja hoolduspersonalil osas.

Kolleegium kohustas tervishoiuorganisaato-

reid rohkem tegelema töödistsipliini tugevdamisega, sotsialistliku võistluse arendamise ning kommunistliku töösse suhtumise liikumise edendamisega tervishoiutöötajate hulgas.

Analüüsiitü tuberkuloosihagustumuse vähendamisel esinevaid puudusi ja märgiti, et selles töös saavutatud edusamme on veel vara küllaldasteks pidada. Kinnitati tuberkuloosihagustumuse edasise vähendamise plaan.

10. aprillil toimunud kolleegiumi istungi põhiküsimus oli tervishoiuministeeriumi isemajandavate organisatsioonide ja vabariigilise alluvusega riigieelarveliste asutuste finantsmajanduslik tegevus ning raamatupidamisarvestus 1979. aastal.

Põhilised plaaniülesanded ja kohustused riigieelarve osas täideti. Saadi üleplaaniilist kasumit 514 tuhat rubla. Juba teist aastat on kahjumiga töötanud Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla abimajand. 1978. a. tulemustega võrreldes vähenes vabariiklikes raviasutustes voodikoha keskmine koormus. Mitmes ettevõttes oli üleliigseid materjali-varusid, tuli ilmsiks puudusi töötasustamises, laomajanduses ja kapitaalremontitööde akteerimises.

Kolleegiumi otsuses fikseeriti puuduste kõrvaldamise teed ning tervishoiuasutuste peaarstide ja isemajandavate ettevõtete direktorite otsesed kohustused selle kõrvaldamiseks. Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla peaarstil on vaja haigete tööravi korraldus otstarbekamaks muuta.

Inge Plakso

TARTU RIIKLIKUS ÜLIKOOLIS

15. aprillil 1980. a. toimus arstiteaduskonna nõukogu järjekordne koosolek. Kuulati farmaatsiakateedri dotsendi kt. Ilmar Kruse *venia legendi* loengut «Füüsikaliselt ning keemiliselt sobimatud ravimkombinatsioonid» ning sama kateedri dotsendi kt. Ivar Tammaru loengut «Ravimite tootmine taimekuultuuridest».

Järgnevalt tutvustas täiendusteaduskonna dekaan professor H. Tikko arstide, stomatoloogide ja farmatseutide täiendamise ja spetsialiseerimise teaduskonna kontrolli tulemusi. Teaduskonna tööd igakülgsest kontrollitud komisjon jäi tehtavaga üldjoontes rahule, kuid tegi ka mitmeid ettepanekuid tegevuse parandamiseks. Komisjoni ettepanekute täitmiseks on juba koostatud abinõude plaan. Täiendusteaduskonna töö edasiseks parandamiseks võeti vastu otsus, mis näeb ette teaduskonna materiaalse baasi tugevdamise, samuti dekanaadi ja kateedrite kontrolliva ja suunava funktsiooni tõhustumise.

Nõukogu ei saa nõustuda kontrollaktis toodud väitega, et arstiteaduskonna kirurgiliste erialade õppebaas ei vasta oma mahult tööks täienduskursuslastega. Kirurgiliste erialade

baas Tartu Kliinilises Haiglas on ju üks moodsamaid ja nüüdisaegsemaid meie vabariigis ning sinna on praktiliselt koondatud tänapäeva kirurgia kõigi erialade õpetamine. Õppetööga tegelevad seal mitmesugustel kirurgiaerialadel 7 professorit ja 14 dotsenti. 1980/1981. aastal on esmakordselt meie vabariigis ette näha doktoridissertatsioonide kaitsmine (samuti TRÜ õppejõudude poolt) ka uroloogia, anesthesioloogia, lastekirurgia ja traumatoloogia erialal.

Psühhiaatria kateedri tegevusest andis nõukogule aru professor J. Saarma. Nõukogu nentis, et kateeder on õppe- ja kasvatustöös ning teadustegevuses silmapaistvat edu saavutanud. Kateedri ruumid on täielikult remonditud ja eeskujulikult korras. Väga hästi on kulgenud õppevahendite trükis avaldamine. ÜTÜ ringide üleülikoolilisel konkursil osutus psühhiaatriaring parimaks, kateeder võitis 1979. aastal TRÜ kateedritevahelise sotsialistliku võistluse.

Ain-Elmar Kaasik

Kauaaegse kohusetruu töö eest ja seoses pensioniikka jõudmisega autasustati NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidiumi nimel Tööveterani medaliga järgmisi tervishoiutöötajaid:

Tallinna Linna Tuberkuloositõrje Dispanser

Lidia Agafonova, Olga Ilves, Valve Kaunis-saar, Johanna Kivistik, Ilo Kleitsmann, Anna-Elisabeth Krims, Ilmi Laigar, Elka Levina, Mira Levina, Laine Lohk, Asta Mets, Sinaida Metsalu, Hilja Pärn, Ingrid Rei, Silvia Rondik, Helmi Saul, Laine Valmet, Anna Volkonskaja.

Vabariiklik Tuberkuloositõrje Dispanser

Taissia Borodina, Zoja Ditina, Maria Kaplan, Hilja Karlson, Ljudmila Merkulova, Nina Moskvina, Aino Männi, Akte Ollino, Nina Pikaleva.

Tallinna Keemia- ja Farmaatsiatehas

August Aasvee, Margarita Baševa, Maria Boiko, Valentina Epro, Nadežda Ess, Leida Granber, Paul-Johannes Heinlaid, Vilma Jaana, Silvi Justi, Helbe Kaarna, Anna Kalde, Johannes Kivilaan, Klavdia Kolmõtševskaja, Naima Kovalenko, Elviine Laast, Asta Lehtla, Leida Lember, Maria Liik, Maria Martjanova, Helja Männik, Leida Noot, Ellen Norman, Maria Ossipova, Kuzma Remets, Ernst Riismandel, Benita Robas, Vera Rubtsova, Laine Sooraud, Leida Tasane, Agnes Teesalu, Aino Torga, Arvo Truumäe, Vera Tšernjavskaja, Adele Visman, Nina Volossova.

Jämejala Vabariiklik Psühhoneuroloogiahaigla

Erna Aavik, Eleonore Allas, Armanda-Maria Ansmitt, Linda Anton, Konstantin

Ganitšev, Eva Ganitševa, Magda-Irene Hallik, Elvine Ink, Linda Ispert, Aleksandra Ivantšikova, Liia Jaansoo, Alevtina Jents, Anastassia Järv, Alide Kaares, Linda Kaasik, Hilda Kallak, Vaške Kallaste, Linda Kangilaski, Elma Kask, Juuli Kask, Aleksander Kaup, Marie Kaup, Nadežda Keerd, Alma Kehkla, Raja Kevandi, Johan-Voldemar Kiilaspää, Meeta Kiiler, Adeele Kikas, Leo Kirotar, Meeta Kivikas, Marie Kivikink, Peeter Koll, Helmi Koortmann, Rosalie Kravets, Johannes Kree, Leida Kõplak, Elvi-Maria Kähär, Helmi Kärbis, Jaan Käärik, Linda Laabus, Lidija Laagus, August Laino, Erna Liivamägi, Maimu Lill, Linda Lindepuu, Eili-Johanna Linnutaja, Johanna Lips, Jevdokia Ljuhhanova, Marta Lohu, Aleksandra Lääts, Laine Madisson, Adele Maidessoo, Ilse-Marie Malin, Vilma Malling, Alfred Margna, Johanna Martsepp, Maria Mosolainen, Helmi Murd, Salme Must, Anni Nugis, Hilda Nälk, Peet Oja, Alice Paju, Leida-Johanna Paltsmar, Jaan Paluste, Olga Pedak, Alma Peips, Stella-Renate Peta, Veera Pikk, Maris Pikkor, Ella Pikkur, Aino Pilvre, Helga Pree-salu, Elmi Päss, Linda Ramjalg, Hilja Raudsik, Ella Reintam, Asta Rohula, Karl Ronk, Erna-Margareta Rosson, Linda Roosi, Irene Ruut, Hilma Rõseva, Juuli Saagpakk, Erna Saar, Linda Saar, Maimo Saar, Jaan Saarmo, Asta-Amilde Saarmäe, Ano Sark, Leontin Savu, Diotima-Tiiu Selmet, Alide Sibul, Marge Silk, Anna Sova, Linda Susi, Meta Sõlg, Herta Säde, Lempi Tamman, Alma Teder, Linda Tirka, Naindra Tobreluts, Linda Toss, Linda Trover, Alide Tšekulit, Arnold Urboja, Meeta Urva, Anne Vaarpuu, Aino Vaharo, Leida Valk, Johanna Varblane, Ilse Veidenberg, Leili Veiper, Leena Viks, Elfriede Vill, Leida Voivod, Elfriede Värimäe.

Tallinna Desinfektsioonijaam

Jevgenia Adov, Aleksandra Andrejeva, Helgi Aur, Fernanda Bochmann, Nikolai Goromulinski, Natalja Guritševa, Ella Ignaševa, Selma Kala, Meta Kaupmees, Salme Koch, Aino Laigu, Ida-Elise Lellep, Gita Levina, Hilda Liiva, Aili Lõokene, Emilie Mardimets, Elviina Mägi, Valentina Pill, Linda Rada, Edith-Renate Sillenberg, Ludmilla Sion, Erna-Elise Suits, Salme Tubala, Hilja Vahemaa, Alma Vellepere.

Narva Linna Haigla

Marfa Ababkova, Maria Aksjonova, Aleksandra Balahnitševa, Jevgenia Boikova, Raissa Davõdova, Jelena Didenko, Aleksandra Ivanova, Jelena Ivanova, Zinaida Ivantšenko, Jelena Kalinina, Maria Kollegina, Aleksandra Krasnova, Raissa Kurman, Nina Kuznetsova, Antonina Magdina, Aleksandra Mašjanova, Maria Mitrohhina, Jelena Nikehhina, Semjon Noskov, Vera Orlova, Vera Popova, Tatjana Predina, Raissa Pronina, Raissa Ždanova, Zoja Terentjeva, Galina Tihhonova, Maria

Tjutjunnik, Zinaida Tsvetkova, Zinaida Vladimirova.

Narva Sanitaar- ja Epidemioloogijaam

Valentina Izlentjeva, Anna Ivahnova, Maria Rogožkina, Praskovja Semjonova.

Tartu Kliiniline Haigla

Erna Boston, Marie Holm, Liidi Kiidjärv, Marija-Tatjana Kossenko, Salme Leibur, Leida Liiv, Jelena Liivat, Alli Ojasild, Helga Ojaverre, Maija Org, Alma Pahker, Hilda Palsi, Erika-Helmrud Parras, Tatjana Parveots, Linda Pastel, Alviine Piho, Amanda Porgasaar, Rein Purre, Salme Raid, Hilda Raidla, Aade Raunvee, Hilda Reimand, Elviine Rinne, Anette Roos, Leena Roosaar, Ella Roosalu, Evald Ruussaar, Helme Rüütel, Amilde Sepp, Aline Simm, Elviira Sirel, Aino-Regina Sokolova, Meetha Soodla, Irina Stenberg-Kivimägi, Amanda Suits, Gerta Säägi, Emma Tamm, Ella Tamsalu, Lilli Tigane, Liisbeth Tiidemaa, Agnes Torim, Natalia Tšernuhha, Elfrieda Tuvik, Virve Vahtra, Hilda Valtmann-Valdson, Maria Visnapuu, Herta Visser, Johan Võngerfeld, Salme Öun.

Tartu Kliiniline Sünnitusmaja

Leo Alev, Aino Blaubrük, Ludmilla Laats, Armilde Peterson, Endla Prakson, Anni Raiste, Christel Raud, Helgi Reinhold, Lilian Savomägi, Sinaida Sildre, Loreida Vaikmaa.

Tartu Linna Kliiniline Nakkushaigla

Silvia Helmik, Konstantin Juhansoo, Liidia Juurikson, Maie Kivivare, Helju Liiv, Elmar Mikkell, Linda Ronk, Aino Rein, Oie Saavo, Elly Taaramäe, Hilja Vaikre, Veera Viilup.

15. aprillil toimus Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumis koos paljude ametkondade esindajatega järjekordne vabariikliku sanitaarhariduse nõukogu istung, mida juhatas Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee esimees I. Galanin. Arutati tervishoiupropaganda kompleksplaani täitmist aastail 1976...1980, arutati ka toitlustusala ja toidukaupluste töötajatele sanitaarminimumi kursuste korraldamist ning õppeprogrammide täiendamist ja nais paranduste tegemist. Samuti vaeti muude sanitaarkultuuri tõstvat ürituste korraldamist, sealhulgas vabariiklikke ülevaatusi, võistlusi puhtaima tsehhi või ettevõtte väljaselgitamiseks, puhtusnädate ja -kuude korraldamist. Räägiti tervisliku toitumise propagandast.

Hügieeninõuete rikkumine toitlustusettevõtetes ja toidukauplustes võib tekitada kahju tarbijate tervisele (toidumürgitused ja soolenakkushaigused), võib alandada ka toiduainete toiteväärtust tingituna mõnede toit-

ainete, nagu vitamiinide, mineraalsoolade lagunemisest või kaotusest. Toiduainete ja valmistoitide riiknemine on otseses seoses ettevõtte sanitaarolukorraga. Sanitaarteadlikkuse vajalik eeltingimus laohoidja, koka, ettekandja, müüja, koristaja ja nõudepesija töös.

Ettekannetest ja arutelust selgus, et Eesti NSV Kaubandusministeerium ja ETKVL on rakendanud abinõusid tervishoiupropaganda kompleksplaani täitmiseks. Aktiivsemalt on tegutsenud tarbijate kooperatiivid. Passiivsust heideti ette Eesti NSV Kaubandusministeeriumile.

Mitmes toidukaupluses ja ühiskondliku toitlustamise ettevõttes on plaanilised sanitaarmiinimumi kursused hästi organiseeritud. Kahjuks puuduvad meil kursuste korraldamises ühtne süsteem ja tase. Sanitaar- ja epidemioloogijaamade andmetel ei täitnud 1979. a. sanitaarmiinimumi kursuste plaani Tartu linna ja Viljandi rajooni toidukauplused, samuti Tartu linna ning Viljandi ja Kingissepa rajooni toitlustusettevõttes. Seetõttu jäid kursused korraldamata rohkem kui 600 toidukaupluse töötajale ja ligikaudu 700 toitlustusala töötajale.

Lisaks sanitaarmiinimumi kursuste korraldamata jätmisele tuleb ette vastutustundetust ka nende korraldamisel. Näiteks on nõuetest süstemaatiliselt üle astunud Tallinna I Toitlustustrust, kes sanitaarmiinimumi eksami komisjoni ei ole arvatud linna sanitaar- ja epidemioloogijaama esindajat. Linna sanitaar- ja epidemioloogijaamal on pretensoone ka piimakombinaadi ning kalakombinaadi juhtkonnale, kes jätsid 1979. a. sanitaarmiinimumi kursuste täitmata.

Ametkondadevaheline sanitaarhariduse nõukogu töötas ametkondadele välja soovitud töö parandamiseks, samuti võeti meetmeid tervishoiupropaganda kompleksplaani täitmiseks käesoleva aasta lõpul.

Evi Striz

Käesoleva aasta 27. märtsil avas Eesti NSV tervishoiuministri asetäitja O. Tamm koos Lääne-Berliini kirjastuse «Springer Verlagi» müügiosakonna direktori H. Drescheriga Riiklikus Teaduslikus Meditsiiniaraamatukogus «Springer Verlagi» arstiteaduslike raamatute ja ajakirjade näituse.

27. märtsist kuni 5. aprillini oli arstidel võimalus tutvuda enam kui 400 raamatu ja ajakirjaga arstiteaduse erinevatel erialadel. Näitusel käis palju inimesi ning rohkearvuliselt vormistati raamatutellimusi.

«Springer Verlag» on asutatud 1842. aastal ja on tänapäeval üks tuntumaid teaduskirjandust väljaandvaid kirjastusi. Raamatuid kirjastatakse meditsiini, psühholoogia, bioloogia, matemaatika, informatsiooniteooria, füüsika, keemia, tehnika jm. erialadel. Seda raamatutoodangut müüakse rohkem kui sajale riigile, 60% väljaantavatest trükistest on ingliskeelsed. Kirjastuse prospektid tutvustavad lugejale ligi 7000 raamatut, igal aastal täie-

nevad kataloogid enam kui 600 uue nime-
tusega.

«Springer Verlagi» raamatukaubanduslikud suhted NSV Liiduga on ammusel. Viimastel aastatel on nad eriti elavnenu. Nii toimus näiteks 1978. a. raamatunäitus Moskvas, Kiievis, Minskis, tänavu Moskvas, Tallinnas ja Riias. «Springer Verlag» ei propageeri mitte ainult oma väljaandeid meie maal, vaid tutvustab ka NSV Liidus väljaantavat kirjandust Lääne-Berliinis, kus möödunud aastal oli Nõukogude raamatunäitus. Oma töös juhindub ta Moskva rahvusvaheliste raamatumesside deviisist — raamat rahu ja progressi teenistuses.

Milvi Tedremaa

Riikliku Teadusliku Meditsiiniaraamatukogu fondid täienesid järgmiste atlastega:

Anderson, J. Grant's atlas of anatomy. Baltimore, 1978. 305 p.

Atlas of histology. New York, 1979. 355 p.

Schade, J. Anatomischer Atlas des Menschen. Stuttgart, 1973. 192 S.

Wicke, I. Atlas des Röntgenanatomie. München, 1977. 240 S.

Roo, T., Schröder, H. Pocket atlas of skeletal age. Hague, 1976. 128 p.

Zollinger, R. Atlas of surgical operations. New York, 1975. 393 p.

Walker, W. A colour atlas of general surgical diagnosis. London, 1976. 448 p.

Inokerchi, K., Kusaba, A. Atlas of applied vascular surgery. Tokyo, 1975. 198 p.

White, R. Atlas of pediatric surgery. New York, 1978. 622 p.

Watanabe, M., Takeda, S., Ikerechi, H. Atlas of arthroscopy. Tokyo, 1978. 156 p.

Conway, N. An atlas of cardiology. Electrocardiograms and chest x-rays. London, 1977. 752 p.

Treip, C. A colour atlas of neuropathology. London, 1978. 208 p.

Hinderer, K. Fundamentals of anatomy and surgery of the nose. Birmingham, 1971. 193 p.

Atlas of the ocular fundus. München, 1977. 160 p.

Rassner, G. Atlas der Dermatologie und Venerologie. Mit differentialdiagnostischen Hinweisen. München, 1978. 200 S.

Lees, D., Singer, A. A colour atlas of gynecological surgery. London, 1978. Vol. I. Vaginal operations. 1978. 224 p.

Sani, G., Kos, L. Atlas of vaginal surgery. New York, 1977. 201 p.

Nelson, J. Atlas radical pelvic surgery. New York, 1977. 365 p.

Hafez, E. Scanning electron microscopic atlas of mammalian reproduction. Tokyo, 1975. 429 p.

Otto, P., Ewe, K. Atlas of rectoscopy and colonoscopy. Berlin, 1977. 104 p.

Bauer, H., Schaetzing, A. Colour atlas of colposcopy. New York, 1979. 163 p.

Nõukogude Eesti Tervishoid

[ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ]

**Медицинский журнал Министерства
здравоохранения Эстонской ССР**

№ 4, июль, август 1980 г.

Л. Х. Алликметс — Медицинский факультет Тартуского государственного университета в 1940 — 1980 гг.

В 1940 г. после восстановления Советской власти в Эстонии первоочередная задача медицинского факультета состояла в решении актуальных проблем народного здравоохранения республики, подготовке кадров нового типа для социалистической реорганизации сети лечебно-профилактических учреждений. Война и немецко-фашистская оккупация нанесли факультету огромный ущерб. В послевоенные 35 лет на факультете произошли существенные изменения. Количество преподавателей увеличилось с 78 в 1945 г. до 200 в 1980 г., число студентов соответственно с 503 до 1770. Кроме лечебного и фармацевтического отделений, были открыты отделения стоматологии, педиатрии и спортивной медицины. Последнее готовит в настоящее время кадры для всех республик Советского Союза. Общее число выпускников за 40 лет Советской власти достигает 6300 человек. В 1970 г. был открыт факультет усовершенствования и специализации врачей, стоматологов и фармацевтов, слушателями которого ежегодно является 400 человек. Постоянно повышаются научная активность преподавателей факультета, научная подготовка студентов. На базе проблемных лабораторий факультета в 1979 г. был создан НИИ общей и молекулярной патологии, лаборатории которого совместно с 25 кафедрами факультета ведут активную исследовательскую работу в области иммуно- и гормональной патологии и сердечно-сосудистых заболеваний. Коллектив факультета широко участвует в практической работе лечебно-профилактических учреждений как в Тарту, так и во всей республике. Многие профессора являются главными специалистами Министерства здравоохранения

Советской Эстонии. В статье рассматриваются качественные сдвиги, которые произошли в подготовке новых кадров.

А. Э. Лейманн, П. К. Нуйамяе, В. П. Полянский — Использование внеочагового остеосинтеза в лечении переломов костей

В работе изучены результаты лечения больных с переломами костей и патологией суставов методом внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза аппаратом Илизарова. Данный метод применен у 35 больных.

Данный метод остеосинтеза обеспечивает стабильную фиксацию отломков с умеренной компрессией их, и позволяет устранить ложный сустав, а также и имеющийся остеомиелит. Аппарат Волкова-Оганесяна использовался у 5 больных с контрактурами и анкилозами суставов с хорошими результатами. Этот аппарат также позволяет полностью восстановить суставную щель с постоянными движениями в суставе.

М. А. Роосааре — О направлении больных радикулитом на грязебальнеологическое лечение

В статье излагаются основные требования к отбору больных люмбаго-сакральным радикулитом при направлении на грязебальнеологическое санаторное лечение.

Больные радикулитом, направляемые на грязелечение, должны предварительно пройти курс систематического лечения в поликлинике или больнице, и острый период болезни у них уже должен закончиться. Больных дискогенным радикулитом следует направлять на грязевое лечение прежде всего в начале или конце II стадии патологических изменений интервертебрального диска, а также в начале III стадии, но не в самый тяжелый с клинической точки зрения период, т. е. не во II^б стадии, поскольку эффективность лечения при этом неудовлетворительна. Осенью нежелательно направлять на грязелечение больных со II стадией диска и больных, выполняющих тяжелую физическую работу, ибо непосредственные и более поздние результаты лечения оказываются в этом случае плохими.

Я. Э. Эха, А. Р. Лейссо, Э. М. Алтрая, О. А. Луха — Временная электростимуляция предсердий в качестве нагрузки при диагностике ишемической болезни сердца

Проанализированы результаты применения электростимуляционной нагрузки сердца у 18 больных ишемической болезнью. У

всех проведена левая венстрикулография и селективная коронарография, а также повторная венстрикулография в конце электростимуляционной нагрузки. Авторы отмечают, что электростимуляционный тест легко выполним при ангиографическом исследовании. Этим способом можно проводить возникновение асинергии левого желудочка (ЛЖ) в ряде зон миокарда, в которых артерии имеют стенозы просвета свыше 75%. Авторам удалось также выявить переход гипокинезии в акинезию и увеличение аконтрактильной зоны ЛЖ. Тесно связаны между собой возникновение асинергии и стенокардический приступ. При ангиографически нормальных венечных артериях частота сердечных сокращений, равная 150—160 уд./мин., в течение 5—7 мин. не вызывала ни асинергии ЛЖ, ни стенокардии.

В. Й. Рятсеп — Возможности применения эмбриональных антиген

Т. А. Покк, Л. Р. Покк — Множественные злокачественные опухоли

В прозектуре г. Тарту за последние 12 лет у 33 (2,33%) из 1414 умерших от опухолевых заболеваний внутренних органов были обнаружены множественные злокачественные опухоли. В 12 случаях имели место синхронные опухоли, в 21 случае — метакронные опухоли.

Л. Л. Лутс, А. В. Пашков — О диагностике синдрома Морганьи-Стюарт-Морель

С 1968 г. по 1977 г. клинически обследовано 89 больных с лобным гиперостозом. В 50 случаях (56%); 44 женщины и 6 мужчин) у них была обнаружена эндокринная и неврологическая симптоматология, в 37 случаях оказалось возможным поставить диагноз синдрома Морганьи-Стюарт-Морель (МСМ), в 13 случаях наблюдались стертые формы этого синдрома.

При постановке диагноза синдрома МСМ авторы считают необходимым условием, наряду с лобным гиперостозом, ожирением и вегетативной неврологической симптоматикой, наличие по крайней мере одного добавочного симптома в виде гирсутизма, сахарного диабета, артериальной гипертонии или нарушения менструального цикла. Установлено, что первые клинические проявления нейроэндокринного синдрома наиболее часто появляются в возрасте 21—30 лет и сопровождаются быстрым повышением веса тела и головной болью. Больных с ожирением и лобным гиперостозом следует диспансеризовать для раннего выявления сахарного диабета и артериальной гипертонии.

И. А. Калитс, У. Т. Лейснер — Вес новорожденного и число родов как фактор риска сахарного диабета

Авторы изучали результаты пробы на толерантность к глюкозе (ПТГ) у 3028 женщин в зависимости от возраста и числа родов, в том числе от повторности родов крупным плодом и от веса первого ребенка. Положительная корреляция между числом родов и выявлением сахарного диабета была отмечена лишь среди женщин в возрасте до 40 лет (одни роды — 2,1%, двое родов — 5,2%, трое и более родов — 7,0% диабетических ПТГ). Подобная же корреляция наблюдалась между наличием сахарного диабета и числом родов крупным плодом (одни роды — 6,3%, двое родов — 9,4%, трое родов — 18,8% диабетических ПТГ). Фактором риска в отношении сахарного диабета является также рождение новорожденных с малым весом.

С. Й. Тамм, Т. Е. Ольм, Р. А. Марди, К. К. Кутсар, Л. И. Коок, Ю. Э. Мяннисте, А. Ю. Варес, Я. Ю. Эннуло — Функциональные изменения сердечно-сосудистой системы студентов в процессе обучения в вузе

Результаты исследования показали, что в период адаптации к учебному процессу в вузе нагрузка на сердечно-сосудистую систему студентов значительно увеличивается. Это сопровождается появлением функциональных изменений в деятельности сердца и сосудов, а при недостаточности адаптационных механизмов организма — развитием заболеваний. Отсюда вытекает вывод о большом значении регулярной двигательной активности в учебном процессе. На физически активном фоне адаптация организма студентов к специфическим факторам высшей школы протекает более благополучно.

С. Д. Коппель — Здоровье как потребность и ценность

Здоровье человека непосредственно зависит от его образа жизни. Автор рассматривает образ жизни как систему сознательно-волевого удовлетворения потребностей человека. Согласно этой точке зрения, отношение социального субъекта к своему здоровью характеризуется следующими параметрами образа жизни: потребностями, ценностями, интересами. Целью социалистического общества и каждого его члена является здоровый человек, а следовательно, и здоровый образ жизни, т. е. удовлетворение только здоровых, нормальных, разумных потребностей. Хотя понятие «здоровый» в настоящее время точно определить невозможно, диагностика патологиче-

ских потребностей не вызывает сколько-нибудь серьезных затруднений. Сложнее оценить меру «здоровых», нормальных, разумных потребностей. Решающими при такой оценке являются прогрессивные интересы, обусловленные внутренними законами развития общества как целостной системы. Следует учитывать, что вместе с ростом потребностей повышаются и способности общества, в том числе и здоровье. Неоднократно подчеркивалось, что врачи и ученые-медики должны более активно участвовать в решении этих вопросов. Особое внимание уделялось анализу понятий «интерес» и «заинтересованность», причем при их определении исходили из позиций Ф. Энгельса, В. И. Ленина и Программы КПСС. Опросные данные показали, что интерес студентов Таллинского педагогического института к своему здоровью является пассивным, а соответственно потребность в здоровье малоосознанной и оценка здоровья низкой. По мнению автора, подобно тому как в сфере материального производства возможно повысить заинтересованность работников путем разумного сочетания материальных и моральных стимулов, это возможно и необходимо осуществлять и в практической медицине. Мощным моральным стимулом автор считает убежденность населения в том, что здоровье не является личным делом каждого, что в нем заинтересовано все общество и что в каждом необходимом случае людям доступна квалифицированная и бесплатная медицинская помощь.

Р. Х. Цуппинг — Лекарственная дисциплина больных

В последние годы проблеме лекарственной дисциплины больных посвящается много работ. Найдено, что от 25 до 50% амбулаторных больных принимают гораздо меньше лекарств, чем предписано. Большинство врачей недооценивает нарушения лекарственной дисциплины больными. Факторами, от которых зависит лекарственная дисциплина, являются характер болезни, личность больного, режим лечения и личность врача. Соблюдение больными лекарственной дисциплины свидетельствует о понимании ими характера своей болезни, действия принимаемых лекарств и возможных последствий пренебрежения лечением. Режим лечения должен быть по возможности простым. Лекарственную дисциплину повышает, в частности, письменная инструкция о лечебном плане. Выбранная стратегия для повышения лекарственной дисциплины должна базироваться на особенностях личности больного.

Р. В. Тезалу — Соотношение периода предызгнания и фазы изгнания

В статье изложен краткий обзор литературы по указанной проблеме.

Р. В. Силла, С. Ш. Уманский — Проблема преморбидных состояний

На материале литературы и собственных исследований авторы обосновывают актуальность изучения проблемы предболезни в диалектической взаимосвязи с уровнем заболеваемости населения. Существующая в нашей стране система здравоохранения, направленная на профилактику заболеваний, весьма благоприятствует изучению проблемы предболезни. Предболезнь и болезнь суть один взаимосвязанный процесс, носящий конкретный причинно-следственный характер. Часть предболезненных состояний может переходить в болезнь, а развившаяся болезнь рассматриваться как предболезнь. Например, язвенная болезнь желудка может быть отнесена к преморбидным состояниям, если затем она переходит в рак.

Предболезненные состояния обнаруживаются как старыми клиническими и лабораторными способами исследования, так и новыми, более информативными. Большое значение в выявлении лиц с преморбидными состояниями имеет диспансеризация всего населения и выработка «норм». Последнее затрудняется тем, что при обследовании больших контингентов населения, в частности детей и подростков, средние показатели или «нормы» (стандарты физического развития и т. д.) устанавливаются на основании данных не только здоровых людей, но и людей с определенными отклонениями в состоянии здоровья (практически здоровых), а при повторных обследованиях отмечается изменение «нормы» (например, акцелерация), повышение частоты отклонений здоровья вместе с акцелерацией.

В статье затрагиваются также вопросы саногенеза.

В. А. Ильмоя — О влиянии идейно-политического и трудового воспитания на эффективности работы медицинского учреждения

М. Э. Линтси, Э.-А. Кыйв, В. В. Корровитс, М. О. Талур — Острый септический эндокардит

Л. Х. Пракс, А. Н. Вапра — Синдром Сьегрена

Дается обзор симптоматики и лечения синдрома Сьегрена. Описываются проявления синдрома Сьегрена у 57-летней женщины, у которой данное заболевание наблюдается свыше 5 лет.

М.-А. Ф. Рийкярв, Р.-Х. О. Лойт, А. И. Кюнг — Случай бронхокарциноида у ребенка

В статье описывается случай бронхокарциноида у 12-летнего мальчика. Приводятся

литературные данные о частоте аденомы бронха у детей. Обсуждаются вопросы гистологической классификации аденом бронхов, кратко освещаются вопросы их клиники и лечения.

Я. Я. Карусоо, К. Й. Саралуу — Случай врожденных бронхоэктазов

Описывается случай врожденных бронхоэктазов IV сегмента правого легкого, протекавший без клинической симптоматики.

Л. Х. Шоттер, А. В. Панов — Случай удаления внутриглазного инородного тела с применением оригинального офтальмоэндоскопа

Удаление внутриглазных неоптальмоскопируемых амагнитных осколков возможно с помощью офтальмоэндоскопов. В глазном отделении Тартуской клинической больницы для этой цели используется сконструированный Л. Х. Шоттером офтальмоскоп — диасклеральная лупа. Описывается случай ее применения в клинике. Мелкий, слабомангнитный, фиксированный в области заднего полюса глазного яблока и не поддающийся тракциям гигантского магнита осколок не был виден через зрачок из-за возникшего при тракциях кровоизлияния. Осколок был успешно удален магнитным зондом под визуальным контролем через диасклеральную лупу.

Н. А. Лоогна — Отделение гигиены труда и профессиональных болезней в народном университете здоровья

Э. О. Мезимаа — Эозинофильный инфильтрат

В статье представлены основные данные об этиопатогенезе и дифференциальной диагностике эозинофильного инфильтрата легких.

А. А. Кезап — 30 лет травматологического отделения Таллинской республиканской больницы

Первое травматологическое отделение в Эстонской ССР было создано в Таллинской республиканской больнице 1 января 1950 года.

Отделение имело 75 коек. Первым его заведующим, который руководил отделением до 1977 г., был заслуженный врач ЭССР Б. Х. Энилине.

Для улучшения качества работы к отделению прикрепили постоянные кадры, что позволило осуществить специализацию врачей по отдельным разделам травматологии.

С 1958 года по настоящее время в отделении выделено 10 ортопедических коек.

Отделение оказывает организационно-методическую и консультативную помощь травматологическим отделениям г. Пярну, Нарвы и Кохтла-Ярве, а также хирургическим отделениям больниц этих городов.

Из новых методов лечения внедрен компрессионно-дистракционный остеосинтез, применение эндопротезов тазобедренного сустава.

Основным в лечении переломов костей является так называемая «классическая травматология» — качественное консервативное лечение (скелетное вытяжение, гипсовая техника, ЛФК) и при показаниях оперативное вмешательство.

В. А. Лаос — Республиканская конференция «О долге советского медицинского работника в обществе» медицинских работников Эстонской ССР

Х. А. Колле — Совещание по вопросам эпидемиологии рака и методический семинар

Р. Р. Биркенфельдт — Конференция по теме «Проблемы современной поликлиники»

Н. В. Эльштейн — Симпозиум ученых Эстонской ССР и Венгерской Народной Республики

Р. Ю. Лоога — Научная конференция «Медицинский факультет здравоохранению» медицинского факультета Тартуского госуниверситета

В. В. Кальнин — XII конференция по вопросам истории наук республики Прибалтики

Юбилейные даты

П. К. Нуймяэ — Репонатор костных фрагментов переднего и заднего края дистального конца большеберцовой кости

Э. К. Киндлам — Толкование вопросов эстонского языка

**Новые лекарственные препараты
Хроника**

В Министерстве здравоохранения Эстонской ССР

В Тартуском государственном университете

Nõukogude Eesti Tervishoid

[SOVIET ESTONIAN HEALTH]

Medical Journal of the
Ministry of Health of the Estonian SSR

No 4. July, August 1980

L. Allikmets — The Faculty of Medicine
of Tartu State University

In 1940, after the reestablishment of Soviet power in Estonia, the Faculty of Medicine of Tartu State University started solving important problems in the field of public health, training new medical cadre for the socialist reorganization of medical care and preventive medical service.

When in 1945 the Faculty of Medicine has only 78 teachers and 503 students, then in 1980 the respective therapeutics figures are 200 and 1,770. Besides the therapeutics and pharmacology departments, the department of stomatology and dentistry, pediatrics and sports medicine were set up. In the course of the past forty years the Faculty of Medicine turned out approximately 6,300 graduates.

In 1970, the Department of Advanced Training and Specialization for physicians, dentists and pharmacists was opened. In 1978 the Institute of General and Molecular Pathology was set up and its laboratories, along with 25 Chairs of the Faculty of Medicine, are carrying out research in the field of immunology and humoral pathology and into cardio-vascular diseases. The personnel of the Medical Faculty of Medicine participate actively in practical work at health care centres both at Tartu and in the Republic as a whole.

A. Leimann, P. Nuiamäe, V. Polyansky —
The Use of Extra-Focal Osteosynthesis in
the Treatment of Bone Fractures

In this article the authors evaluate the results of an extra-focal method of osteosynthesis used in the treatment of various bone and joint lesions and they also list several indications and contraindications of extra-focal osteosynthesis.

Between 1976 and 1978, at the traumatological department of the Tartu Clinical Hospital, 35 patients were treated by this method. It was found that extra-focal osteosynthesis was effective in 25 patients (71.4 per cent) suffering from pseudoarthroses and poorly consolidated bone fractures, whereas 35.8 per cent of them were suffering from osteomyelitis. 5 patients had various joint lesions and were treated successfully with the help of the Volkov-Oganesyan appliance. In fresh fractures extra-focal osteosynthesis was used in 4 patients.

M. Roosaare — The Referral of Patients
with Radiculitis to Mud-Balneotherapy

This article presents the chief requirements for a selective referral to mud-balneotherapy of patients suffering from lumbo-sacral radiculitis. The author points out that, prior to the referral to the mud-balneotherapy, the patients should undergo a systematic outpatient or hospital treatment at the acute stage of the disease, and only after a lessening of the severity of the disease the patients are suitable for the referral to mud-balneotherapy. Mud-balneotherapy can be used in cases of discogenous radiculitis, especially at the onset or at the end of stage II. of pathological lesions in the intervertebral disc, and also at the onset of stage III., but never at the climax of clinical symptoms, at stage II.^b, because of unsatisfactory cure rates. It is considered that mud-balneotherapy is not satisfactory in autumn especially in patients engaged in strenuous manual work, because of poor immediate and late treatment results.

J. Eha, A. Leissoo, E. Altraja, O. Luha —
Atrial Tachypacing as a Loading Test for
Ischemic Heart Disease

Electrostimulation analysis was made during angiography in 18 patients with coronary disease. As a result, it has been found that this kind of loading test can produce asynergy in the left ventricle of the heart. The appearance of asynergy was linked with a narrowing (more than 75 per cent) of the coronary artery in the corresponding area. As a rule, asynergy was often accompanied by stenocardia. An enlargement of acontractile areas and transition from hypokinesia to akinesia were also observed during the loading test. The stimulation at a frequency of 150–160 beats per minute, over a period of 5–7 minutes produced neither stenocardia nor asynergy in the absence of narrowings in the coronary arteries.

V. Rätsep — Prospects of Using Embryonal
Antigens

T. Pokk, L. Pokk — Multiple Malignant Tumors

The records of the necropsies performed in Tartu in the past 12 years (1966—1968, incl.) have been analyzed. The total number of malignant tumors was 1,414. In 33 cases there were multiple malignant tumors, constituting 2.33 of all patients with malignant growths. In 12 cases there were synchronous multiple tumors and in 21 cases metachronous multiple tumors.

L. Luts, A. Pashkov — The Diagnosis of Morgagni-Stewart-Morel's Syndrome

A clinical analysis of 89 cases of frontal hyperostosis is given in this article. Neuroendocrine syndrome was observed in 50 cases (in 56 per cent). The authors also present some diagnostic criteria which made it possible to diagnose this syndrome in 37 patients. The disease is more frequently observed in females. Its first clinical signs are obesity and headaches which most frequently appear between 21 and 30 years of age.

I. Kalits, U. Leisner — Child's Birth Weight and the Number of Childbirths as Risk Factors for Diabetes

In this article the authors analyse the results of glucose tolerance test (GTT) carried out in 3,028 mono- and multiparas with particular reference to the effect of the number of childbirths and the age of the mother, including the number of the deliveries of an overweight child and the first child's weight. As a result, a positive correlation between the number of childbirths and the incidence of diabetes was observed only in the age group up to 40 years. Diabetic GTT was observed in 2.1 per cent of women who had given birth to one child, in 5.2 per cent of women who had delivered two children and in 7.0 per cent of women who had given birth to three and more children. Strikingly analogous correlation was observed in women who had given birth to overweight children. In this group of women the diabetic GTT was observed in 6.3 per cent of women who had delivered one child, in 9.4 per cent of women who had delivered two children and in 18.8 per cent of women who had given birth to three and more children. It is concluded that both a low birthweight and overweight of the newborn infant represent a risk factor for diabetes.

S. Tamm, T. Olm, R. Mardi, K. Kutsar, L. Kook, J. Männiste, A. Vares, J. Ennulo — Functional Changes in the Cardio-Vascular System of Students Continuing their Studies in Higher Schools

The findings of a survey among university students suggest that the acquisition of skills

and habits for further studies at a higher school involves additional physical stress on the cardio-vascular system which inevitably leads to certain functional changes in the cardio-vascular activity or even diseases due to poor adaptability.

Taking account of students' needs the authors point out that regular physical exercise produces better adjustment to several specific factors which occur in higher schools.

S. Koppel — Health as Necessity and Value

Man's health largely depends on the way of life. The author deals with the way of life regarding it as a system of conscious and intentional satisfaction of human needs. From the point of view of philosophy of our time, the social subject's attitudes towards his or her health is characterized by the following parameters: needs, values and interests. One of the important tasks facing the organisers of socialist society is to create the healthy man, sound of body and mind, who leads a good life and satisfies only so-called normal and sensible needs. Although it is not easy to define the notion "healthy" at present, the diagnosis of a pathological need is not that difficult. However, it is difficult to assess the scope of a "healthy", normal and sensible need. The ability to assess human requirements is contained in the progressive interests which depend upon the intrinsic laws of the development of society. It has been suggested that an increasing variety of needs leads to an improvement of society's health and abilities. The author points out that doctors and medical scientists are responsible for the promotion of health. The author also elucidates the concepts "interest" and "interestedness" in the light of Engels' and Lenin's conceptions. New data obtained by a questionnaire, circulated at the Tallinn Pedagogical Institute, suggests that students' attitudes towards their health problems are passive and discounted.

Advances of preventive medicine seem to be more closely related to various material and moral stimuli. The most important stimulus in this respect is the belief that health is not only a personal matter, but also a matter of importance to the whole society. Every person in this society is guaranteed the right to free health care.

R. Zupping — Patients' Compliance with Drug Therapy Regimen

In recent years patients' compliance with medication regimen has received widespread attention. A number of studies have shown that a complete refusal to take medication occurs between 25 and 50 per cent of all outpatients. Physicians, generally, grossly un-

derestimate the rates of non-compliance in their practice. This adverse tendency is dependent upon the illness itself, the patient's character, drug regimen and the patient-doctor relations. The author suggests that the drug regimen should be as simple as possible. The patient should have a proper understanding of the illness he is suffering from, and should not underestimate its seriousness and consequences. The patients who receive written instructions in drug regimen are more compliant with the doctor's requests. The strategy chosen to deal with stubborn patients should be based on their individual desires.

R. Teesalu — The Ratio of Pre-Ejection Period to Left Ventricular Ejection Time (PEP/LVET) as an Index of Left Ventricular Function

A short review of the literature regarding PEP/LVET is presented in this article.

R. Silla, S. Umansky — Problems Concerning Various Premorbid States

On the basis of relevant literature and personal studies, the authors elucidate the importance of the investigations concerning various premorbid states. A premorbid state and a disease are both dialectically related phenomena which are mutually linked with each other, whereas a preceding disease may represent a premorbid state for a following disease, e.g. a peptic ulcer may occur prior to the carcinoma of the stomach. A clinical and laboratory evaluation can be recommended for the diagnosis of a premorbid state. The authors also point out that more sensitive tests are required to detect premorbid states and certain diagnostic criteria (mean values) should be worked out for a timely detection of premorbid states. The authors recommend mass surveys (follow-up examinations) among population. Acceleration among adolescents should also be taken into account in the assessment of premorbid states. Problems of sanogenesis are also dealt with.

V. Ilmoja — The Effect of Ideological Education and Specialization on the Efficiency of Work at Public Health Institutions

M. Lintsi, E.-A. Kõiv, V. Korrovits, M. Talur — Acute Septic Endocarditis

L. Praks, A. Vapra — Sjögren's Syndrome

In this article the symptoms and therapy of Sjögren's syndrome are given. It also

describes this syndrome in a woman, aged 57 years, who had been suffering from it for more than 5 years.

M.-A. Riikjärv — Childhood Bronchocarcinoid

This article describes the case of a boy aged 12 who developed bronchial adenoma (carcinoid). The authors present some literature data on the incidence of bronchial adenoma in children. Some aspects of the histological classification of the adenomas of the bronchopulmonary system are also discussed.

Y. Karusoo, K. Sarapuu — A Case of Congenital Bronchioloectasia

L. Schotter, A. Panov — The Use of an Original Ophthalmoscope for the Removal of Intraocular Foreign Bodies

The authors describe the case of a successful removal of an intraocular foreign body by the ophthalmoscope fitted with a diascleral lense, created by L. Schotter at the eye department of the Tartu Clinical Hospital. The tiny, slightly magnetic foreign body, at the bottom of the eye, was not visible through the pupil, because of a hemorrhage on tractions. The foreign body was removed by a magnetic sound through the diascleral lense under visual observation.

Training of Personnel

L. Mesimaa — Eosinophilic Infiltration

A. Kõöp — The 30th Anniversary of the Traumatological Department of the Tallinn Republican Hospital

Conferences and Medical Meetings

Our Heroes of the Day

P. Nuiamäe — An Appliance for the Reposition of the Bone Fragments at the Distal Portion of the Tibia

E. Kindlam — Linguistical Notes

New Drugs

Chronicle

English text edited and translated by E. Saarnok

KES KOOLIST KAASA
ANTUD TEADMISI
EI TAHA TÄIENDADA,
JÄÄB PARATAMATULT
AJAST MAHA,
SEST ARSTITEADUS
TOOB IGA PÄEVAGA
JUURDE PALJU UUT.
SEDA UUT ON VAJA
TEADA IGAL MEDITSIINI-
TÖÖTAJAL.

**«NÕUKOGUDE
EESTI
TERVISHOIU»**

TELLIMISE VIIMANE
TÄHTAEG 1981.
AASTAKS ON

I. NOVEMBER



CHOLESTYRAMIN

Kolestüramiin on stürooli ja divi-nüülbensooli polümerisaat alifaatselt seotud kvaternaarse ammooniumi rühmadega. Anioonvaik, mis seob sapphappeid ja takistab kolesteriini imendumist seedekulglast.

Näidustatud kiheluse korral, mis on tingitud sapipeetusest (sapikivitõbi, kartsinoom, traumaatilised ja operatsioonijärgsed striktuurid), hüperkolesterineemia ning digitaalisemürgituste puhul.

Ravimit võetakse sisse 4 g kaks korda päevas kaks nädalat (vajaduse korral 16...20 g päevas).

NB! Muid ravimeid võib kasutada alles neli tundi pärast kolestüramiini manustamist.

Pakendis 500 g preparaati.

Toodetakse Saksa DV-s.