



# ÕUKOGUDE EESTI **TERVIS- HOID**



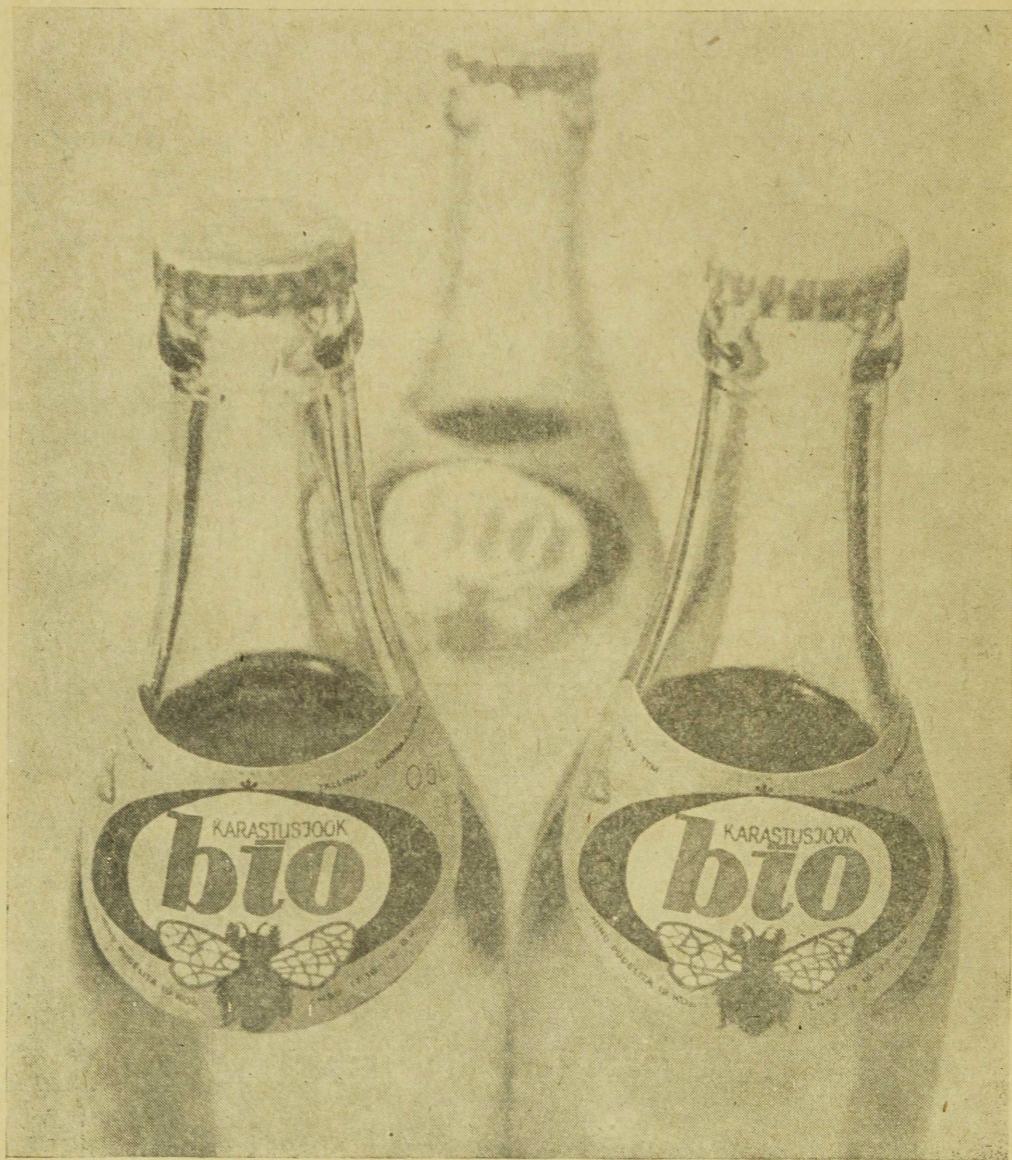
EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

**1 / 70**

# Tallinna Limonaaditehas

soovitab oma ostjaskonnale uut karastusjooki

## Bio



**Bio on valmistatud bioaktiivsest meest  
ja  
vaarikamahlast.**

# NÕUKOGUDE EESTI TERVIS- HOID

EESTI NSV TERVISHOIU  
MINISTEERIUMI AJAKIRI

1/70  
13. AASTAKÄIK

Toimetuse kolleegium

**N. AJASTA, N. ELSTEIN, A. JANNUS, V. KÜNG, A. LINKBERG, U. MEIKAS, E. RAUDAM, H. ROOTS** (peatoimetaja asetäitja), **V. RÄTSEP, J. SAARMA, O. TAMM** (peatoimetaja)

Toimetuse nõukogu

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

\* Tehniline toimetaja H. Känd. Keeleline toimetaja E. Martson.

\* Toimetuse aadress: Tallinn 1, postkast 19, Tartu maantee 16. Telefonid 220-07 ja 233-98. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pikk t. 37, tel. 483-37.

Ladumisele antud 9. XII 1969. Trükkimisele antud 16. I 1970. Trükiarv 5200. Kohila Paberivabriku kalandreeritud trükipaber nr. 2 70×108, 1/16. Trükipoognaid 5,25+2 kleebist. Tingtrükipoognaid 7,7. Arvutuspoognaid 8,57. Tellimise nr. 7556. MB-00918. H. Heidemanni nim. trükikoda, Tartu, Ülikooli 17/19. I.

\* Журнал «Ньюкогуде Ээсти Тервисхойд» (Здравоохранение Советской Эстонии). Выходит 6 раз в год. На эстонском языке. Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР. Издательство «Периодика», Таллин.

# Sajand V. I. Lenini sünnist

## V. I. LENIN JA SANITAARIA

OKU TAMM

Tallinn

V. I. Lenini nimega on seotud nõukogude tervishoiukorralduse rajamine ja selle areng. V. I. Lenini töödes ja esinemistes, tema initsiatiivil väljatöötatud ja vastuvõetud dekreetides, samuti tema ametlikus kirjavahetuses on töötajate tervise kaitset väga mitmekülgsest käsitlitud. Lenin rõhutas profülaktika tähtsust, mis on nõukogude meditsiini ja tervishoiu juhtiv suund. N. A. Semashko kirjutab mälestustes: «Võib-olla kõige sügavama jälje meie tegevusse jättis Vladimir Iljitš Lenin just sanitaaria ja epidemioloogia valdkonnas. Kõik meie tähtsamad sanitaariaalased dekreedid, kaasa arvatud viimane dekreet vabariigi sanitaarorganite rajamisest, töötati välja pärast temaga kooskõlastamist, viidi ellu tema aktiivsel toetusel.»<sup>1</sup>

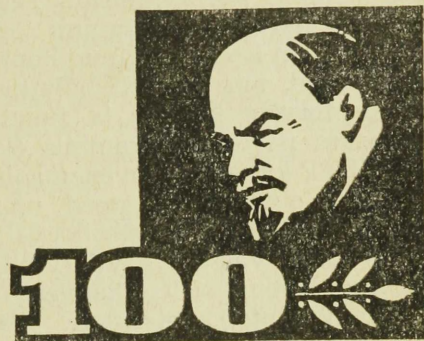
Oktoobrirevolutsiooni-eelsel Venemaal oli tervishoiusüsteemil klassiline iseloom. Arstiabi oli tasuline ja enamikule peaaegu kättesaamatu. Puudus ühtne riiklik sanitaar- ja epidemioloogiategenistus.

Rasked sotsiaal-majanduslikud olud ja halb sanitaarne seisund kogu riigis, linna- ja maaelanike rõhutus, nende ekspluateerimine ja äärmine vaesus, sagedased sõjad ning üksteisele järgnevad ikaldus- ja nälja-aastad, puudulik arstiabi, profülaktikaabinõude puudumine ja revolutsioonieelse Venemaa rahva sanitaarkultuuri üldine madal tase — see kõik põhjustas sageli epideemiaid, mis tõi tohutut kahju rahva tervisele ja mille tagajärjel hukkusid sajad tuhanded inimesed.

Nendel rasketel aegadel ei väsinud V. I. Lenin kordamast, et Venemaal valitseva raske sanitaarse olukorra otsene süüdlane on tsaristlik kord. Lenin kirjutas: «Et neid tingimusi

<sup>1</sup> Н. А. Семашко. Воспоминания о Ленине. Партиздат, М., 1933, стр. 26—27.

<sup>2</sup> V. I. Lenin. Teosed, 5. köide. Tln., 1951, lk. 15.



UDK 614.3/4 V. I. Lenin (092)

muuta, on vaja pidada revolutsioonilist võitlust kogu tänapäeva ühiskondliku ja poliitilise korra vastu...»<sup>2</sup>.

XIX sajandi teisel poolel ilmus trükist arvukalt töid, milles käsitleti tööliste, käsitöölise ja talupoegade töö sanitaarolusid. Märkimisväärse osa nendest töödest olid teinud semstvoarstid. Töodes esitatud arvude tulpade varjus nägi Vladimir Iljitš Venemaa rahvaste kannatusi. Ta nägi ka seda, mida ei näinud ega mõistnud paljud semstvoarstid.

Suurepärases teoses «Kapitalismi arenemine Venemaal» toob V. I. Lenin hulgaliselt andmeid tööliste ning varatu talurahva mandumisest üle jõu käiva töö, alalise nälgimise ja kvalifitseeritud arstiabi puudumise tõttu. Ta kirjeldas täpselt tööliste ja talurahva sanitaarset olukorda, kusjuures esitas hulgaliselt meditsiinilis-statistilisi andmeid, semstvoarstide ja semstvo omavalitsuste aruannetes toodud tõsiasju. V. I. Lenin pööras erilist tähelepanu naiste ja laste ekspluateerimise paljastamisele. Eespool nimetatud teoses antakse marksistlik põhjendus profülaktilisele meditsiinile, mis töölistele ja varatutele talupoegadele nii ränkadel aegadel tegelikult veel puudus.

Aastail 1895...1896 kirjutas V. I. Lenin «Sotsiaaldemokraatliku partei programmi projekti ja seletuse», milles formuleeris proletariaadi tervishoiualased nõudmised: kaheksatunnilise tööpäeva kehtestamine, öise töö keelamine, seadusega fikseerida puhkepäevad, vabrikuseaduste ja vabrikuinspeksiooni kehtestamine kõikides tööstusharudes, järelevalve tööliste vabriku-

korterite üle; tühistada seadused vabrikantide vastutusest tööliste vigastuste korral ning vabrikantide kohustusest koolide ülalpidamisel ja tööliste arstiabi andmise korraldamisel. Teises töös «Meie partei programmi projekt» (1899. a.) on Lenin esitanud konkreetseid nõudmised, mis otseselt hõlmavad töötajate tervise kaitset ja tugevdamist. Esimeses partei programmis (1903. a.) ja VSDTP kuuenda ülevenemaalise konverentsi otsustes on need nõudmised veelgi täpsemalt ja üksikasjalikumalt sõnastatud. Vastavalt VSDT(b)P seitsmenda ülevenemaalise konverentsi (aprillikonverentsi) otsustele valmistas V. I. Lenin ette ja avaldas «Materjalid partei programmi revideerimise kohta». Selles kajastusid juba tervishoiu uued nõudmised ning nende alusel töötatigi hiljem välja nõukogude tervishoiu põhiprintsipiidid.

Suur Sotsialistlik Oktoobrirevolutsioon lõpetas mitte ainult poliitilise rõhumise, vaid ka tööliste ja talupoegade majandusliku orjuse ning viis kiiresti ellu mitmed sotsiaal-majanduslikud abinõud. Need olid elanike tervise tugevdamise ja nende elu-olu parandamise aluseks edaspidi. Nõukogude tervishoiukorralduse peamised ülesanded ja selle kujunemise teed olid fikseeritud Venemaa Kommunistliku (bolševike) Partei programmis, mille oli välja töötanud V. I. Lenin ning mis võeti vastu VK(b)P kaheksandal kongressil 1919. aastal.

Tööliste tervise kaitse profülaktiline suund, väliskeskkonna, s. o. pinnase, vee, õhu kaitsmine saastamise eest, samuti haiguste, eriti nakkushaiguste ärahoidmine ja nende leviku tõkestamine, kõigile kättesaadava, tasuta ja kvalifitseeritud arstiabi andmine — niisugused printsipiidid olid nõukogude tervishoiu vundamendiks.

11. juulil 1918. aastal avaldati Vene NFSV Rahvakomissaride Nõukogu dekreet Vene NFSV Tervishoiu Rahvakomissariaadi asutamise kohta. Dekreedile kirjutas alla V. I. Lenin. Juba esimestel päevadel moodustati rahvakomissariaadi koosseisus sanitaar- ja epidemioloogiaosakond. See oli sanitaar- ja epidemioloogiasteenistuse esimene lüli riiklikus tervishoiusüsteemis.

Lenini algatusel oli Koduõja ja välismaise interventsiooni rasketel aastatel

Rahvakomissaride Nõukogu istungitel väga sageli päevakorras epideemiatõrje. Nimelt sel perioodil kirjutas V. I. Lenin alla suurele hulgale Nõukogude valitsuse dekreetidele, mis vahetult puudutasid hügieeni ja epidemioloogiat. Muu hulgas anti sel ajal välja dekreedid tähnilise tüüfuse epideemia tõrje, institutute ja laboratooriumide seadmete ja inventariga varustamise, rüügete vastu kohustusliku kaitsepookimise, elamute sanitaarkaitse, Moskva erakorralise sanitaarkomisjoni loomise, Moskva puhastamise, Moskva raudteejaamades sanitaarkorralduse punktide avamise, kogu noore vabariigi elanike tarvis saunade ehitamise jms. kohta. Sealjuures on suurim tähtsus sellel, et Vladimir Iljitš Lenin selgitas, kuidas tuleb korraldada epideemiatõrjet. Ta seostas tähnilise tüüfuse tõrje kõikide meie majanduslike ja kultuuriliste abinõudega, kogu meie sotsialistliku ülesehitustööga. Tema kuulus ütlus, mis VII nõukogude kongressil kõlas nii teravas vormis: «Kas täid võidavad sotsialismi või sotsialism võidab täid!»<sup>1</sup>, väljendas seda tõde, et elanike tervise kaitset ei saa võtta omaette ja eraldi sotsialistlikel alustel ehitatava ühiskonna peamistest ülesannetest.

19. aprillil 1921. a. N. A. Semaškole saadetud kirjas palub V. I. Lenin talle teatada: «...kas viimasel ajal (ja eriti viimastel päevadel) on Moskvas olnud koolera ja muude nakkushaiguste juhte; kui palju (kui neid oli); kui palju rohkem, võrreldes eelmisega; milliseid linna sanitaarpuhastuse abinõusid ja missuguseid muid sanitaarseid abinõusid on otsustatud rakendada (kui on olnud niisuguseid otsuseid) ja missugused on vastu võetud»<sup>2</sup>. Erakorraliste epideemiatõrje abinõude, samuti rangete karantiinieskirjade kehtestamise tõttu koolera sissetoomise vältimiseks sadamate kaudu jõuti juba 1922. a. järevalt vähendada koolerasse haigestumist.

Epideemiatõrje kõrval kavandati nendel aastatel ka elanike sanitaarkultuuri tõstmist. V. I. Lenin juhtis mitmel korral tähelepanu sellele, et nõukogude tervishoiusüsteemi ülesehitamisele on vaja kaasa tõmmata elanike laialdasi hulki. Niisugusel rahvalikul liikumisel

<sup>1</sup> V. I. Lenin. Teosed, 30. köide. Tln., 1954, lk. 203.

<sup>2</sup> Ленинский сборник, 1945, т. 35, стр. 236.

oli tohutu tähtsus nakkushaiguste leviku tõkestamisel. Luua komisjonid, kes juhiksid võitlust puhtuse eest vabrikutes ja tehastes — see mõte on V. I. Leninilt.

Pärast Kodusõja lõppu ja välismaiste interventide purustamist hakati Nõukogudema rahvamajandust taastama ja üles ehitama. Sel perioodil kirjutas V. I. Lenin alla mitmele Rahvakomisariide Nõukogu dekreedile ja andis juhtnõore ning näpunäiteid profülaktilise töö parandamiseks tööstuses ja põllumajanduses, linnades ja maal. Tol ajajärgul oli tähelepanu keskpunktis ulatuslike sanitaartervendavate abinõude elluviimine. Üleminek plaanipärasele tegevusele nõudis sanitaar- ja epidemioloogiateenistuse täpset reglementeerimist. 1922. a. 15. septembril anti välja dekreet «Vabariigi sanitaarorganitest», milles olid fikseeritud epideemiatorje ja sanitaarorganite eesmärgid ja ülesanded, õigused ja kohustused ning struktuur.

V. I. Lenin käsitles tervishoiu küsimusi vahetus seoses töötajate materiaalse ja kultuurilise taseme parandamisega. Ses suhtes on väga iseloomulik dekreet «Sanitaar- ja raviteenistuse organiseerimisest mäetööstuses» 1921. a. 11. juulist. Dekreedi iga punkt annab tunnistust erilisest tähelepanust, mida Lenin osutas tööliste elu- ja tööoludele. Tähelepanu keskpunktis oli ventilat-

<sup>1</sup> V. Bontš-Brujevitš. Mälestusi Leninist. Tln., 1969, lk. 254.

siooni- ja valgustusseadmete ehitamine tsehhidesse, tööliste ja nende tööpaikade varustamine kvaliteetse joogiveega ning pesemisenõudega ja samuti rõivaste kuivatamise ruumidega. Samas dekreedis nähti ette ühiskondlike saunade, pesumajade ja juuksuritöökodade avamine. Samal ajal pole unustatud sanitaarset heakorrastust, on rõhutatud hügieenialaste teadmiste levitamise tähtsust elanike hulgas.

Leninlikud dekreedid on etendanud silmapaistvat osa nõukogude tervishoiu rajamisel ja arenemisel, samuti tema profülaktilise suuna väljakujunemisel.

V. D. Bontš-Brujevitš toob ära oma huvitavates mälestustes järgmised V. I. Lenini sõnad: «Sanitaaria, see on kõik. See on kõigi haiguste profülaktika. Meile meeldib haigeid ravida, kurvastame surnute pärast, ent teeme väga vähe selleks, et haigusi ja enneaegset surma vältida.»<sup>1</sup>

Nõukogude võimu ajal, sõltuvalt sotsialistliku ülesehituse perioodidest, meie riigi majanduslikust arengust ja arstiteaduse saavutustest, on muutunud nõukogude tervishoiuorganite ja -asutuste töö vormid ning meetodid, samuti struktuur ja juhtimine. Kuid nõukogude tervishoius on tänini vankumatult püsinud leninlikud põhiprintsiibid, teiste hulgas nõukogude tervishoiu profülaktiline printsiip.

*Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium*

## LENINI IDEEDE JÕUD

BENNO KADARIK

Tallinn

Kui meenutada, millises õhkkonnas Tartu meedikud elasid kolmekümnendatel aastatel, ajajärgul enne nõukogude võimu taaskehtestamist, siis ei saa öelda, et see oleks silma paistnud mingi niisuguse kõrgema vaimsuse poolest, mida vana ülikoolilinn oleks väärinud. Igapäevane töö ja praktilised huvid valitsesid kõige üle. Suhteliselt vähe oli neid, keda ei ahistanud majanduslikud raskused. Enamikku üliõpilastest painas

mure, kuidas lõpetamiseni vastu pidada. Noori arste — kust võtta raha kabineti sisustamiseks ja õppimise ajal tehtud võlgade tasumiseks. Arste üldse — kuidas värvata nii palju maksujõulisi patsiente, et viisakalt ära elada.

Tolleaegset Tartut on nimetatud kodanluse tugevaimaks kantsiks, kus poliitilise elu määravamaks kujukaks nelja aastakümne vältel oli eesti kodanliku natsionalismi ägedaim ideoloog Jaan

Tõnisson ja linnapeaks kõige mustasajalise ning kõvakäelise kindral Aleksander Tõnisson.<sup>1</sup>

Arstiteaduskond oli küllalt riigitruult meelestatud, progressiivsete, edasivivate ideede valitsemisest ei saanud ka seal juttu olla. Kandvama akadeemilise koondisena andis teaduskonnas tooni Eesti Üliõpilaste Selts. Seltsi ideoloog oli jällegi seesama rahvaerakonna liider, endine riigivanem, peaminister, välisminister, riigikogu esimees, diplomaat, professor, idealistliku suunitlusega poliitikategelane Jaan Tõnisson, kelle pisut donkihhotlik kuju heitis pika varju kogu kodanliku vabariigi ühiskondlikule elule.

Arstiteadus, luteri usk ja idealistlik filosoofia mahtusid ülikoolis leplikult ühe katuse alla. Pühapäeva hommikul, kui filosoofiaprofessor pritsimehe mundris ja läikima nühitud kiivris reipalt vabatahtliku tuletõrje seltsi paraadile ruttas, liikusid mitmed teised õppejõud kirikukellade helina saatel hoolikalt puhtakspühitud tänavaid pidi ülikooli kiriku poole, et teoloogist rektori jutlust kuulata. Alati oli kirikuliste hulgas ka meedikuid. Veel rohkem — neid istus ülikooli koguduse nõukoguski. Võib küsida: kas nad tõesti olid usklikud? Küllap oli niisuguseid ja teistsuguseid ja küllap oli neidki, kellel ei olnud mingit selget seisukohta. Pärast sõda, kui ülikooli kirik likvideeriti ja õpperaamatukoguks ümber ehitati, ütles üks koguduse nõukogu liige, arstiteaduse professor prorektorile: «Mis usklik ma olen — olen ju arst! Kuid esiteks on kirikuskäimine juba niisugune vana traditsioon ja teiseks armastan ma elus üle kõige orelimuusikat.»<sup>2</sup>

Juba erialase töö tõttu kaldus enamik meedikuid materialismi poole. Neid, kes veendunult kaitsesid idealistlikke või koguni fašistlikke seisukohti, oli

vähe. Nende väljaastumisedki olid täiesti juhuslikku laadi. Kuid meedikute materialism oli ikkagi ainult stiihiline materialism. Dialektilise materialismini, Marxi, Engelsi ja Lenini ideedeni olid jõudnud ainult üksikud, kes teiste hulgas silma paistsid valgete varestena: noor psühhaater ja logopeed Viktor Hion, praktiseeriv arst V. Saulin ja üliõpilane ning ülikooli patoloogiainstituudi ajutine assistent Arkaadi Uibo. Nemadki olid parteitud. Seda üllatavam oli, et Lenini lipu alla astus ka üks naine — endine meditsiiniõde ja paras-tine nõukogude tervishoiuorganisaator Valli Haldre.

Miks üllatav? «Meie praegusaegsetel noortel on võib-olla raske mõista, kui suur oli tol ajal ideoloogiline segadus nende hulgas, kes ei kuulunud tööliklassi ridadesse ja seisid eemal klassivõitlusest»<sup>3</sup>, meenutab Valli Haldre ise. On ilmne, et Tartu töölikonnal oli kolmekümnendate aastate teisel poolel maailma asjadest selgem ja terviklikum pilt kui haritlaskonnal. 1935. aastani oli Eestimaa Kommunistlik Partei intelligentsi progressiivsema osa revolutsioonilisse võitlusse kaasatõmbamiseks vähe ära teinud. Selleks oli mitu põhjust.<sup>4</sup> Alles 1939. aastal ja 1940. aasta algul võeti Eestimaa Kommunistlikku Parteisse sellised Tartu intelligentsi esindajad nagu Ilmar Kruus, Harald Haberman, Leonhard Illisson, Max Laosson ja Arkaadi Uibo.<sup>5</sup> Tuleb arvestada ka seda, et «Tartus töötas kodanlike teoreetikute, ideoloogide ja mitmesuguste aktivistide näol suhteliselt arvukam töemõnuta-jate kaader kui üheski teises Eesti linnas»<sup>6</sup>. Kommunismi ideed murdsid intelligentsi sellesse ossa, kelleni EKP organisatsioonilised sidemed veel ei olnud ulatunud, omal jõul, selle vastupandamatu objektiivse töö võimsusega, mida nad endas sisaldasid. Nii juhtus see ka Valli Haldrega.

Valli-Monika Haldre, neiuna Kosenkranius, sündis 1903. aastal kunagises Kuramaa hertsogite residentsis Kuldigas ja kasvas üles Läti sakslaste hulgas. Ta isa oli üks neid väheseid eestlasi, kellel õnnestus kõrgem haridus omandada juba 19. sajandil. Aastatel 1900... 1920 töötas ta füüsika- ja matemaatikaõpetajana Kuldiga või, nagu sakslased ütlesid, Goldingeni rüütelkonna gümnaasiumis. Koolis õppis palju aad-

<sup>1</sup> Max Laosson. Marksismi propagandast kodanliku diktatuuri aastail. Saabus päev, Tallinn, 1960, lk. 155.

<sup>2</sup> Kõnelusest ETRÜ endise prorektori akadeemik Harald Habermaniga 17. apr. 1969.

<sup>3</sup> Valli Haldre. Haritlasest koduperenaise pilguga. Saabus päev, lk. 354.

<sup>4</sup> Ülevaade Eestimaa Kommunistliku Partei Ajaloost II osa, Tallinn, 1963, lk. 280.

<sup>5</sup> Sealsamas, lk. 307.

<sup>6</sup> Max Laosson, «Sirp ja Vasar», 16. juuli 1965.

like lapsi. Kuigi koht iseendast ei olnud halb, sai eestlasest koolmeister tunda kogu kõrkust, mis balti aadlil ja jõukamal kodanikuseisusel alati oli varuks maa pärisrahvaste, lätlaste ja eestlaste tarvis.<sup>7</sup> Eestlane, olgugi et ülikooli haridusega, oli nende meelest mingi teisejärguline olend.<sup>8</sup>

Üleolev suhtumine sai osaks ka lapsele, kes võoraste hulgas neiuks sirgus. Vähe oli neid baltisakslasi, kelle seltsis ta end hästi ja vabana tundis. Seda enam otsis ta kohalike poolakate ja juutide seltsi<sup>9</sup>, kellele baltlased samuti üle õla vaatasid. «Kogu mu lapsepõlve varjutas võitlus eneseväärikuse säilitamise eest baltlaste tugeva nn. kastivaimu vastu.»<sup>10</sup>

1920. aastal tulid Kosenkraniused Pärnusse.

Kaheksateistaastane Valli-Monika pandi õppima Tartusse Mellini erahaigla juures asuvasse õdedekooli, mille kursus

<sup>7</sup> Kõnelusest Valli Haldrega 18. apr. 1969.

<sup>8</sup> Valli Haldre. Saabus päev, lk. 354.

<sup>9</sup> Kõnelusest Valli Haldrega 18. apr. 1969.

<sup>10</sup> Valli Haldre. Saabus päev, lk. 354.

<sup>11</sup> Kõnelusest Valli Haldrega 18. apr. 1969.

<sup>12</sup> Valli Haldre. Saabus päev, lk. 354.

<sup>13</sup> Kõnelusest Valli Haldrega 18. apr. 1969.

kestis üks aasta. Pärast õppeasutuse lõpetamist leiti talle halastajaõe koht Tartu Naistekliinikus.<sup>11</sup>

Naistekliinikus nägi noor õde sotsiaalset viletsust esmakordselt väga lähedalt. Talle avanes naiste traagika, kes pidid loobuma emaõnnest, kellel töötaolek või raske majanduslik olukord ei võimaldanud lapsi üles kasvatada. Ta nägi vast-sündinuid, keda emad olid poetanud kliiniku ukse taha. Kasvatada väljaspool abielu sündinud last nõudis tol ajal palju julgust ja jõudu, sageli tõi see kaasa peale põlguse veel töölt vallandamise.<sup>12</sup>

Halastajaõde Valli Kosenkranius abiellus sama kliiniku röntgenoloogi, pärastise professori Jüri Haldrega.

Jüri Haldre oli varem lõpetanud õpetajate seminari, meditsiini läks ta õppima matemaatikuna-füüsikuna. Selline ettevalmistus võimaldas tal endal hakata ehitama röntgeniaparaati. Ta konstrueeris neid koguni kaks, ühe kliinikule, teise oma vastuvõturuumi. See tõi talle kaela võlad, mida Valli Haldre veel praegu õudusega meenutab.<sup>13</sup>

Valli Haldre ise sai tunda emaõnne kogu selle täiuses. Abielust Jüri Hald-



1940. a. augustis kuulus Valli Haldre Riigivolikogu delegatsioon, kes Moskvas esitas Ülemnõukogule palve Eesti NSV võtta NSV Liidu koosseisu. Vasakult: N. Tihhanova (Veimer), V. Haldre, P. Keerdo ja G. Abels miitingul ühes Moskva pargis.

rega sündis tal viis last. Ta ei töötanud enam haiglas. Kuid ta aitas töö juures meest ja nägi jälle masendavat viletsust, mis tabas inimesi siis, kui nad haigestusid ning kui puudus raha, et end ravida. Röntgenoloogi patsientide hulgas oli alati vähihaigeid, kes vajasisid kulukat ravi. Sageli võis näha, kuidas haige rahapuuduse tõttu arsti juurde tulekuga hilines. Eriti palju juhtus seda maainimestega. Mõnigi neist laostas oma majapidamise loomade müügiga, kui häda läks päris suureks, kuid siis oli sageli juba liiga hilja.<sup>14</sup>

Lenini ideede juurde jõudis Valli Haldre Marxi ja Engelsi teoste kaudu ning üllatavalt lihtsal viisil. Ta ei leidnud vastust oma laste küsimusele «miks on olemas vaesed?» ning hakkas seda otsima kirjandusest. Selleks hankis ta endale linna raamatukogust Karl Marxi «Kapitali» saksakeelse väljaande.

«Kui lõpetasin peatüki lisaväärtusest, oli mul tunne, nagu oleksin järsku nägijaks saanud,» meenutab ta. Oma naabri, onupoja Viktor Kosenkraniume laual nägi ta «Kapitali» eestikeelse väljaande vihikut. Teine naaber, Arkaadi Uibo, luges F. Engelsi töid. Nad soovitasid tal lugeda kõigepealt Engelsi ja siis juba Lenini töid.<sup>15</sup> Nende sündmuste loomulikuks jätkuks oli üha tihenev kontakt marksistidega ja süvenemine keelatud kirjandusse, teiste sõnadega, kommunismi ideedesse.

Kirjanik Aira Kaal meenutab oma mälestustes<sup>16</sup>, kuidas ta oli sagedane külaline Valli Haldre korteris Ülikooli tänaval, kus esmaspäeviti söögitoa ümarguse laua ümber istus koos iganädalane marksismi õpiring. Ta oli äsja abiellunud ja tuli koos mehega, kes oli rahvuselt inglane ja oskas tollal veel halvasti eesti keelt. Mees oli Suurbritannia Kommunistliku Partei liige ja oma kodus harjunud tänavanurgal kõnesid pidama. Kuid nagu teistelgi välismaale sõitvatel inglise kommunistidel, oli tal oma keskkomitee poolt juhend — mujal poliitilisest tegevusest mitte osa võtta. Meil, kus partei oli nii rangelt illegaalne, ei olnud see õieti võimalikki. Õpiringi liikmed tol ajal isegi ei tead-

nud, kes ringi juhtivatest seltsimeestest kuulub põrandaalusesse parteisse, kes mitte.

Kord oli lektoriks elutark ja humoorikas Viktor Kosenkranium, kes analüüsis Lenini teost «Imperialism kui kapitalismi kõrgeim staadium» ja ühtlasi andis ülevaate kaasaja poliitilistest sündmustest. Teinekord oli see noor, kuid tasakaalukas ja mõtlik Arkaadi Uibo, kelle hooleks oli jäetud Engelsi «Anti-Dühringi» keerdkäikude lahkamine. Kolmas seeria arutlusi algas siis, kui lauale ilmus ÜK(b)P ajaloo lühikursus. Seda teost oli vähe. Teda loeti ja kommenteeriti kollektiivselt.

Ei tarvitse vist lisada, et õpiring ei olnud seaduslik. Sellepärast ei tohtinud tal kunagi puududa kohviõhtu ilme. Suur elektrikohvimasin ilutses alati keset lauda ja igaks juhuks pidi väike maskeerung käepärast olema — mõni nimepäev või midagi taolist.

Haldrete suvemaja Ropkas oli veel avaramate ustega. Seda ümbritses krunt noore aiaga, väikese supelbasseini ja kõrvalhoonetega. Kogu see maja kujunes otsekui pisikeseks kolooniaks, kus oli oma õhkkond. Aira Kaal kehva üliõpilasena oli seal ise veetnud kaks surepärast suve. Seal veetis suvepuhkuse ka kirjandusloolane Alma Selge. Õue majas elasid äsja vanglast vabanenud noored Minna (Melania) ja Eeri (Erhard) Lepik, kes jätkasid õpinguid ning elatusid juhuslikest töödest. Ka Veera ja Arkaadi Uibo leidsid seal peavarju. Üleaedseteks olid Kosenkraniumed, külalistena mäletab Aira Kaal Hioneid, Irdi, Sepret, Johaneid. Veera Kallas-Uibo meenutab Valli Haldret helde südamega lihtsa inimesena, kes alati ja suure taktitundega aitas seltsimehi, kes olid hädas.<sup>17</sup>

Lühidalt, Haldrete suvemaja kujunes kohaks, kus marksistid võisid külalishahkusele alati kindlad olla. Õues sibas ringi kari lapsi, omi ja võõraid. Paistis, et Haldred elavad laialt. Tegelikult oli Valli Haldre hea perenaine ja surepärane konspiraator ning väga truu seltsimees. Ja majajasa, röntgenoloog Jüri Haldre, keda keegi riigikukutamise kavatsustes ei kahtlustanud, pidas soliidset kinni mittevahelasegamise printsiibist.

Milline abikaasadevaheline kokkulepe ka oli, resümeerib Aira Kaal, kuid Tar-

<sup>14</sup> Saabus päev, 354... 355.

<sup>15</sup> Saabus päev, lk. 355... 356.

<sup>16</sup> Sealsamas, lk. 365, 366, 374.

<sup>17</sup> Kõnelusest Veera Kallas-Uiboga 18. apr.

tus mängis nende maja suurt rolli ja kohtamispaigana ning saladuskindla kohana oli sellel hindamatu väärtus.

Saabus 16. juuni 1940. Valli Haldre viibis koos mehega «Vanemuise» restoranis õhtusöögil, mis oli korraldatud haridusminister P. Kogermanni auks. Minister kutsuti lauast telefoni juurde. Tagasi tulnud, oli ta väga murelik, sosistas midagi oma naabrile. Viisakusest püüti siiski juttu jätkata. Siis kutsus keegi naaberlauast Valli Haldre tantsima ja seletas tantsu ajal, milles on asi. Raadios oli teatatud, et sel ööl tulevat Nõukogude vägede täiendavad üksused üle piiri, kuna Eesti on rikkunud pakti Nõukogude Liiduga.<sup>18</sup>

21. juunil kõndis professori naine ja viie lapse ema püstipäi tööliste rongkäigus ja laulis «Punast lippu» ning «Julgesti, vennad, nüüd tööle».<sup>19</sup>

Uue Riigivolikogu valimiste organiseerimisel ühendas Eestimaa Kommunistlik Partei elanike kõik demokraatlikud kihid ühtseks valimisbloki — Eesti Töötava Rahva Liiduks. Liit oli suunatud kodanluse vastu.<sup>20</sup> Tartu ühes valimisjaoskonnas seati Liidu kandidaa-

<sup>18</sup> Saabus päev, lk. 357.

<sup>19</sup> Saabus päev, lk. 358.

<sup>20</sup> Ülevaade Eestimaa Kommunistliku Partei Ajaloost, II osa, lk. 373.

<sup>21</sup> Ülevaade Eestimaa Kommunistliku Partei Ajaloost, II osa, lk. 376.

<sup>22</sup> Kõnelusest Valli Haldrega 18. apr. 1969.

diks Valli Haldre. Samas jaoskonnas laskis oma kandidatuuri üles seada Jaan Tõnisson.

Mis andis tundmatule haritlasest koduperenaisele julguse ja jõu vastu astuda aastakümnete kestel arvukate valimislahingutes karastunud ja oma võitluse õigsuses fanaatiliselt veendunud kodanliku poliitika suurkujule?

See oli Lenini ideede jõud. Tõelise valimisvõitluseni, tõi küll, asi ei läinudki. Koos teiste reaktsiooniliste kodanlike organisatsioonide tegelastega kustutati kandidaatide nimekirjast ka Jaan Tõnisson.<sup>21</sup>

Lenini ideed andsid Valli Haldrele ka jõu viie väikese lapsega Nõukogude Liidu tagalasse evakueeruda. Mida see tähendas, seda teavad kõige paremini need, kes sõja on läbi teinud.

Sõda tungis talvana ema ja laste vahele. Hiljem, pärast sõda, olid ühiskondlikud ülesanded need, mis ema lastest eemale kiskusid. Toid kuhjus tööde otsa. Tartu oli inimestest tühjaks jäänud ja põles, kui Valli Haldre tagasi jõudis. Üks esimesi tuttavaid, keda ta nägi, oli fašistide küüsis just äsja eluga pääsenud psühhiaater V. Grünthal.<sup>22</sup> Paljud, kes varemete vahel liikusid, olid fašistlikust propagandast ära hirmutatud. Seisis ees suur töö inimeste teadvuse kujundamisel, Lenini mõtete rahvahulkadesse viimisel, rahva relvastamisel objektiivse tõe vääramatu jõuga.

## Teooria ja praktika

### DEPRESSIIVSED SEISUNDID

JÜRI SAARMA

Tartu

UDK 616.895.4

Sõnadel «depressioon», «melanhoolia» ja «kurvameelsus» on nii käibekeeles kui ka meditsiinilises kõnepruugis mitu tähendust. «Depressioon» võib tähendada sümptoomi — langenud meeleolu,

sündroomi — meeleolu langust, mõtlemise ja motoorika pidurdust ning ka haigust, näiteks involutsioonidepressiooni, reaktiivset depressiooni jne. Selgemaks vahetegemiseks on sündroomi

märkimiseks otstarbekas kasutada väljendit «depressiivne seisund», haiguse nimetuses ära tuua vastav lisasõna depressiooni nosoloogiliseks iseloomustamiseks ning sõna «depressioon» reserveerida üksnes meeleolu languse kui sümptoomi tähistamiseks. Sellises tähenduses on neid mõisteid alljärgnevas kasutatudki.

Depressiivsete seisundite diagnoosimine on tähtis väga mitmest aspektist. Psühhiaatrias on nende haigete arv ja osatähtsus pidevalt suurenenud, eri maades viimase kümne aasta jooksul kaks kuni viis korda (7, 8). Depressiivsete seisundite osatähtsus on suurenenud ka jaoskonnaarstide, terapeutide, kirurgide ja teiste spetsialistide praktikas (6, 10). Küllalt sageli valmistab õige diagnoosimine suuri raskusi depressiivsete seisundite mitmekesisuse ja ebapädevuse või larveerituse tõttu. Ja mis eriti oluline — depressiivse seisundiga kaasneb õige tihti suitsiidioht. Suitsiidide arv aga on paljudes tsiviliseeritud maades mõtlemapaneva tempoga suurenenud. USA-s on enesetapmised juba esimese kümne surmapõhjuse hulgas (9). Mõõduka intensiivsusega ja visa kuluga depressiivsed seisundid võivad olla kroonilise alkoholismi ja narkomaania lätend (6, 8).

Samal ajal on psühhiaatria käsutuses mitmeid mõjusaad depressioonivastaseid vahendeid — konvulsioonteraapia mitmesugused variandid, antidepressandid, psühhostimulaatorid, trankvilisaatorid, psühhoteraapia jne., mille diferentseeritud kasutamise tulemusena need haiged kiiresti paranevad ja tervistuvad. Suurel osal juhtudest hilineb depressioonivastane ravi tunduvalt, ravi alustatakse alles kas pärast väga sügava depressiooni ja muude sümptomide väljakujunemist või siis pärast enesetapmiskatset.

Depressiivsete seisundite varajast diagnoosimist raskendavad mitmed asjaolud. Mõõdukas meeleolu langus on niivõrd igapäevane nähtus, et ta on minetanud oma alarmeeriva tähenduse. Väga sageli suudavad haiged depressiooni varjata, dissimuleerida ja väliselt kompenseerida. Mitmeid depressiooniga kaasnevaid sümptome, nagu väsimus, unehäired, huvide nõrgenemine, hüpohondrilisus jt., ei analüüsita alati küllalt põhjalikult, mistõttu ei avastata

nende seost depressiooniga. Paljud depressiivsed seisundid kujunevad aeglaselt ning algperioodil ilmnevad ainult üksikud sümptoomid.

Depressiivse seisundi keskne tunnus, sõltumata haiguse vormist, on meeleolu langus. See võib avalduda nukrusena, kurbusena, ahastusena või meeleheitena, iga depressiivse seisundi puhul on ta mingil kujul olemas. Depressiivset seisundit meeleolu languseta ei ole. Kõik muud sümptoomid on mitteobligatoorsed ja nad esinevad varieeruvates kombinatsioonides, kujundades niiviisi depressiivsete seisundite mitmekesisuse (3, 5, 8).

Depressiivsete seisundite puhul võib esineda nii psüühilisi kui ka somaatilise-vegetatiivseid sümptome, kusjuures praktiliselt kunagi ei ilmne kõik võimalikud sümptoomid ühel ja samal ajal, ühe depressiivse seisundi piires.

Depressiivne haige on sageli longu vajunud, ta ilme on kurb ja sünge, liigutused aeglased ja reaktsioonid loiid. Kuid võib olla ka haigeid, kelle näol on naeratus («naerata depression»), millega nad ahastust ja hingepiina püüavad teiste eest varjata. Motoorika võib olla pidurdamata, koguni elav (agiteeritud depression). Haiged kaebavad tavaliselt väsimust, nõrkust, unehäireid, kõhuvalusid ja kõhukinnisust, lihaste valusid, paresteesiaid või peavalusid. Eriti tihti on söögiisu vähenenud ja *libido* langenud, millega naisehaigetel võib kaasneda ka amenorröa. Kehakaal väheneb, kuigi mitte kõikidel.

Psüühiliste sümptomidena ilmnevad mõttekäigu aeglustumine ja inertsus, kõne napolisõnalisus (isegi täielik mutism), kontsentratsioonivõime ja mälu nõrgenemine, huvide puudumine ja aktiivsuse langus. Mõtted on pessimistliku või lootusetuse varjundiga. Haige avaldab enesesüüdistuse, väiksuse, hüpohondrilisi või koguni nihilistlikke mõtteid. Tihti kaasnevad depressiooniga murelikkus, ärevus ja kartus homse ees, mõnikord aga pahurus, tulusus või koguni viha ümbritsejate ning situatsiooni vastu.

Somaatilis-vegetatiivsete sümptomidena, mida mõnikord aitab kindlaks teha ainult üksikasjalik küsitlus või uurimine, võivad olla järgmised nähud. Uni on pinnaline, ei kosuta; uinumine on raske ja hommikul ärkab haige

varem, kui tavaliselt harjumuseks on. Söögiisu on vähenenud, eriti hommikuti. Esinevad meteorism ja obstipatsioon, ajuti võib tekkida kõhulahtisus. Uriineerimine on sagenenud eriti depressiivse seisundi alg- ja paranemisjärgus. Mõnikord ilmneb *pruritus vaginalis*, ka *pruritus ani*. Kardiovaskulaarse süsteemi häiretest on sagedamad tahhükardia, hingeldus, mõõdukalt kõrgeenenud vererõhk, vasospasmid (sellest külmad jäsemed, mõnikord võib tekkida isegi Reynaud' tõve kahtlus) ja kuumad tusad. Lihaskonna jõudlusvõime on langenud, esinevad püsiv väsimus- ja nõrkustunne, mida ka puhkus ei kõrvalda. Võib tekkida lihaste valusid.

Meeleelundite tegevus on depressiivseil haigeil sageli häiritud. Haiged ei talu teravat valgust, lõhnu, helisid, nad kurdavad silmade ees udu, kuulmise nõrgenemist ja naha tundlikkuse muutumist (tuimus või sügelemine). Kõik need nähud võivad saada keske koha haige mõtetes ja kujutlustes; tähelepanu koondub oma tervisele, areneb hüpo-hondrilisus. Seliised depressiivsed haiged pöörduvad kaebuste ning liialdatud muredega kõikvõimalike erialade arstide poole. Näides neuroosihaigetena, võivad nad jääda pikaks ajaks õige diagnoosita.

Paljud depressiivsed haiged tunnevad oma psüühikas tekkinud muutusi. Nad kurdavad, et ei ole enam võimalised emotsioonideks, on muutunud tuimaks, ei tunne rõõmu ega muret, ei suuda kaasa elada oma lähedaste muredele ja rõõmudele, on kaotanud kontaktivõime ümbrusega. Kõik on muutunud nagu ebareaalseks, kaugeks. Haiged ise on mures ning piinlevad tundetuse pärast (*anaesthesia dolorosa*). Nii mõnigi kord võib selline seisund imponeerida algava skisofreeniana, mida teadlikumad haiged vahel endal koguni ise diagnoosivad.

Sündroomi struktuuri ja juhtiva sümptomatoloogia alusel jaotatakse depressiivseid seisundeid järgmisteks variantideks (1, 2, 4, 5, 8, 11).

Pidurdatud depressiooni korral domineerivad meeleolu langus, mis väljendub kurbusena ning lootusetusena (vitaalne depressioon), mõttekäigu aeglustumine ja mootorika pidurdatus. Haige on passiivne, loid, napolisõnaline või vaikib täiesti, ta on initsiatiivita. Võib tundide kaupa istuda liiku-

matult, näol tardunud masendus. Pidurdatud depressioon tekib kõige sagedamini maniakaal-depressiivset psüühooisi põdevatel haigetel, kuid seda võib täheldada ka muude psüühiliste haiguste korral.

Agiteeritud depressiooni kliinilises pildis on esiplaanil kärsitus, ahastamine, halisemine ning hädaldamine, mis haige käitumises pidurdamata mootorika ning kõne tõttu on otse silmatorkav. Kärsitus, ärevus ja hirm hukkumise, õnnetuse, katastroofi ees võib mõnikord põhjustada agressiivseid jooni haige käitumises. Osal haigetest avaldub meeleolu langus düsfooria, rahulolematuse ja pahuruse, kergesti ärritatavuse, millest saavad alguse meelepaha pursked ning vihahood tühistel põhjustel («vihane depressioon»). Agiteeritud depressiooni sündroomi on eriti tihti täheldatud involutsioonidepressiooni korral.

Stuporosse-äreva depressiooni kliinilises pildis on mootorika ja kõne pidurdatus kombineeritud ärevuse ning hirmuga, mis avaldub haige ilmes ja üksikutes napolisõnalistes väljendustes. Selle sündroomi korral on suitsiidioht eriti suur ja võib realiseeruda ootamatu aktiivsuse-puhanguna (*raptus melancholicus*), mil haige järsku haarab esimese ettejuhtuva terariista ja vigastab end sellega, hüppab aknast alla, vette, liiklusvahendi alla vms. Niisugune depressioon võib olla skisofreeniahaigetel, eriti haiguse algperioodil, ja ka reaktiivse depressiooni juhtudel.

Hüpo-hondrilise depressiooni puhul on esiplaanil somaatilisevegetatiivsed vaevused ning haige tunneb muret oma tervise pärast. Sellesuunalised mõtted on ülekaalus, mõnikord kujunevad välja luulumõtted (hüpo-hondrilised ja nihilistlikud). Mootorika ja kõne pidurdatus kas ei avaldu üldse või on õige tagasihoidlik. Niisugust sündroomi võib täheldada väga mitmesuguste haiguste puhul.

Sundhirmudega depressioon avaldub domineerivate foobia-tena; sundhirm on kas ühesuunaline või enamasti kombineeritud (väljaku-, ruumi-, kõrguse-, nakatumisekartus jne.). Meeleolu langusel on murelik-ärev nüanss, kaasnevad alaväärsuse ja vahel ka enesesüüdistuse mõtted, kõhk-lused ning arglikkus. See depressiooni

variant võib kaasneda mitme psüühilise haigusega, eriti aga neurootilise depressiooniga.

Paranoilise depressiooni puhul kombineeruvad meeleolu langus ja depressiivse suunaga mõtted paranoiliste mõtetega. Haige kahtlustab ümbritsejaid pahatahtlikkuses ning vaenukkuses, arvab, et teda süüdistatakse alusetult ning plaanitsetakse arreteerimist, piinamist või hukkamist, teda tahetakse mürgitada, ravimite asemel antakse talle mürki jne. Mõnikord kombineerub paranoilisus enesesüüdistusega ja niisugusel korral suhtub haige leplikult kõigesse, mis teda ähvardab, kuna ta arvab, et on selle ära teeninud. Teistel aga on esiplaanil düsfooria ning sellest kasvav protest ümbruse vastu, millest võivad sugeneda agressiivsed aktid. Involutsioonidepressioon, vahel ka reaktiivne depressioon kulgevad tihti sellise sündroomiga.

Amnestiline depressioon on iseloomulik peaaegu orgaanilistele kahjustustele. Selle kliinilises pildis põimuvad meeleolu langus ning motoorika pidurdus mäluhäiretega ja intellekti alanemisega. Kirjeldatud sündroom esineb kõige tüüpilisemal kujul peaaegu arterioskleroosi korral, kuid seda võib täheldada ka mõnede ajukasvajate, toksilise entsefalopaatia, traumaatilise ajukahjustuse jms. korral.

Tähtis on silmas pidada, et kõik kirjeldatud depressiivsed sündroomid teevad läbi teatavad struktuursed ja eriti intensiivsuse muutused. Algperioodil, samuti ka remissiooni kujunemisel avaldub ainult osa sümptoomidest (sageli rudimentaarselt), mis valmistab erilisi raskusi diagnoosimisel. Mõnel haigel sündroom täie intensiivsuse ja sügavusega välja ei kujunegi. Suitsiidioht aga ei pruugi neil olla sugugi väiksem kui täielikult formeerunud depressiivse sündroomi korral. Seepärast tuleb diferentsiaaldiagnoosimisel igasuguse meeleolu languse ning passiivsuse ilmne misel ikka mõelda ka depressiivse seisundi võimalusele. Hoolikalt kogutud anamnees ja tähelepanelikult väljaselgitatud psüühiline staatus aitavad enamasti üsna varakult jõuda õige diagnoosini ja tagavad adekvaatse ravi.

Depressiivseid seisundeid ühes või teises variandis võib olla orgaaniliste aju- ja üldhaiguste, endogeensete psühhoo-

side ja psühhogeensete psüühiliste häirete korral. Mõne haiguse puhul on depressiivne sündroom juhtiv või koguni ainus, teistel aga episoodiline või kaasnev haigusnäht.

Orgaaniline depressioon võib kujuneda näiteks peaaegu arterioskleroosi või kasvaja, raukusatroofia, traumaatilise ajukahjustuse, epilepsia ja oligofreenia alusel. Suhteliselt sageli tekib sümptomaatiline depressioon hemodünaamika ja sisenõristuse häirete pinnal, samuti nakkuste ja intoksikatsioonide tagajärjel. Gripi ja muude viirusnakkuste puhul, eriti rekonvalesentsiperioodil, võib asteeniline sündroom tihti omandada depressiivse laadi ja koguni asenduda sügava depressiivse seisundiga. Toksiliste kahjustuste hulgas, mis võivad olla depressiooni kujunemise aluseks, tuleb eriti rõhutada alkoholihoovet (ka alkoholi ühekordsel mõödutundeta tarvitamisell). Ei tohi unustada, et mõned medikamentid, näiteks neuroleptikumid, eriti reserpiin, ka broom jt., võivad pideval tarvitamisel esile kutsuda depressiivse seisundi.

Endogeenne depressioon ilmneb kõige selgemal kujul maniakaal-depressiivse psühhooosi depressiivses faasis. Osal haigetest on maniakaalsed faasid kas rudimentaarsed (hüpomaania kujul) või üldse puuduvad (perioodiline depressioon). Kuigi maniakaal-depressiivsele psühhooosile on enamasti iseloomulik pidurdatud depressioon, võib esineda ka muid variante (1, 2, 11). Samuti involutsioonidepressiooni korral võib tüüpilise agiteeritud depressiooni kõrval sugeneda mitmeid muid variante (1, 3, 8, 11). Skisofreense protsessi ajal võib mitmesuguse struktuuriga depressiivseid seisundeid täheldada eriti haiguse algperioodil. Mõnikord on depressioon niivõrd domineeriv, et varjutab koguni skisofreeniale omase sümptomaatika.

Psühhogeenselt arenev depressiivne seisund võib esineda neurootilise, kurnatus- või reaktiivse depressioonina (1, 8, 11).

Neurootiline depressioon kujuneb pikkamööda välja akumulatuurse sise- pinge ja konfliktide tagajärjel. Ta võib omandada kas hüpohondrilise, sundhirmudega või agiteeritud depressiooni pildi, enamasti mõõdukalt aval-

duvate sümptomidega. Haigusnähud on dünaamilised, nende intensiivsus laine-  
tab sõltuvalt olukorrast.

Ka kurnatusdepressioon areneb pik-  
kamööda, järjest kuhjuva pinge tagajär-  
jel. See seisund tekib eeskätt eriti kohu-  
setundlikel inimestel, kes on väga nõud-  
likud ja kriitilised enese suhtes ning kes  
võtavad endale üha rohkem ja rohkem  
ülesandeid, mille korralik täitmine käib  
lõpuks üle jõu [väliskirjanduses nime-  
tatakse seda haigust ka «manager  
disease» (8, 11)]. Mõnikord võib kurna-  
tusdepressioon areneda aastate jooksul,  
tema intensiivsus kõigub vastavalt töö-  
pingele ja puhkeperioodidele.

Reaktiivne depressioon tekib hari-  
likult akuutse psüühilise trauma, psüü-  
hilise šoki tagajärjel. Noortel avaldub  
ta peamiselt agiteeritud, vanematel ini-  
mestel aga pidurdatud või stuporosse-  
äeva depressiooni kujul. Tihti on  
vähem enesesüüdistuse mõtteid, rohkem  
süüdistatakse teisi. Ülekaalus on düs-  
fooria. Võib areneda paranoilis-depres-  
siivseks sündroomiks.

Psühhoogeensetele depressioonidele on  
omane haigusnähtude intensiivsuse dü-  
naamilisuse seos sotsiaalsete teguritega.  
See seos on endogeensete ja orgaaniliste  
depressioonide puhul tagasihoidliku mõ-  
juga. Teine iseärasus on see, et psühho-  
geensete depressioonide all kannatavate  
haigete enesetunne on tavaliselt hom-  
mikuti parem ja halveneb päeva jook-  
sul, endogeense depressiooniga haigetel  
aga on kõige raskem aeg hommikupoo-  
lik. Sellest erinevusest tingituna on ka  
unehäired erinevad: psühhoogeense dep-  
ressiooniga haiged ei jää kohe magama,  
endogeense depressiooniga haiged kan-  
natavad unepuuduse all hommikutun-  
didel.

Depressiivsete seisundite tekkimise  
võimaluste ja variantide tundmine aitab  
kaasa depressiooni varajasele diagnoosi-  
misele, sellel aga on oluline tähtsus  
ravimeetodi valimisel.

KIRJANDUS: 1. Жислин С. Г. Очерки  
клинической психиатрии. М., 1965. — 2. Лу-  
комский И. И. Маниакально-депрессивный  
психоз. Изд. 2-ое, М., 1968. — 3. Хвиливиц-  
кий Т. Я. В сб.: Антидепрессанты и лечение  
депрессивных состояний. Л., 1966, 179—237. —  
4. Angst, J. Zur Ätiologie und Nosologie  
endogener depressiver Psychosen, Berlin—  
Heidelberg—New York, 1966. — 5. Gleg-  
horn, R. A., Curtis, M. D. Depression:  
mood, symptom, syndrom. Basle, 1959. —  
6. Hordern, A., Burt, C. G., Holt, N. F.  
Depressive states. Springfield, 1965. — 7. Jä-  
nes, V., Aadamsoo, A. Nõukogude Eesti Ter-  
vishoid, 1970, 1, 16—19. — 8. Kielholz, P.  
Diagnosis and therapy of the depressive sta-  
tes. Basle, 1959. — 9. McGee, R. K. Com-  
munity Ment. Health J., 1965, 1, 162—172. —  
10. Watts, C. A. H. Brit. Med. J., 1956, 1,  
1392—1397. — 11. Weitbrecht, H. J. Psy-  
chiatrische Fehldiagnosen in der Allgemein-  
praxis. Stuttgart, 1966.

#### РЕЗЮМЕ. Депрессивные состояния.

Ю. М. Саарма. В психиатрической практике  
все увеличиваются количество и удельный вес  
больных с депрессивными состояниями. Пред-  
посылкой для ранней и дифференцированной  
диагностики депрессивных состояний является  
знакомство с возможностями возникновения и  
вариантами депрессии в рамках различных  
болезней.

Основными вариантами депрессии являют-  
ся: заторможенная, агитированная, ступорозно-  
тревожная, гипохондрическая, фобическая, па-  
раноидная и амнестическая депрессия. Каждый  
из этих синдромов может проявляться в боль-  
ше или меньше выраженном виде. Диагностика  
рудиментарных форм представляет наибольшие  
трудности.

Различные депрессивные состояния встре-  
чаются: при органических заболеваниях и по-  
вреждениях головного мозга (органическая де-  
прессия), при общих соматических болезнях и  
расстройствах (симптоматическая депрессия),  
в рамках эндогенных психозов (эндогенная де-  
прессия) и при психогенных психических рас-  
стройствах (психогенная депрессия). Динамика,  
прогноз и, важнее всего, лечебная тактика  
имеют при каждом варианте свои особенности.

TRÜ Arstiteaduskonna psühhiaatria  
ja kohtumeditiini kateeder

# KÕRGEMA NÄRVITEGEVUSE UURIMISE ANDMED DEPRESSIIVSETE SEISUNDITE RAVI NÄIDUSTUSENA

JÜRI SAARMA  
MÄRT SAARMA  
VILMA KANGUR  
JÜRI LIIVAMÄGI

Tartu

UDK 616.895.4-08

Tänapäeval on psühhiaatrite käsutuses arvukalt depressiivsete seisundite ravi vahendeid. Klassikaline konvulsiooniteraapia, mis on rikastunud mitme modifikatsiooniga, on endiselt säilitanud juhtiva koha sügava depressiooni ravimisel (7, 10). Viimasel aastakümnel on üha laialdasemat kasutamist leidnud antidepressandid — keemilised ühendid peamiselt tritsükliliste või aminooksüdaasi pärssivate preparaatide perest (1, 9), samuti ka muud raviained (4, 5, 8).

Mitmete autorite andmed depressiivsete seisundite ravi tõhususest on suuresti erinevad. Erinevusi on ravimisel eri meetoditel saadud tulemustes, eri sündroomide ja nosoloogiliste ühikute puhul ravimise efektiivsuses, kuid isegi sama sündroomiga haigete ravimisel ühe ja sama vahendiga (1, 9, 10). Järjest paremate ja mõjusamate meetodite otsinguil on viimastel aastatel hakatud kasutama ka neuroleptikume, samuti mitme vahendi kombinatsioone (1, 9). Seda eriti siis, kui on tegemist komplitseeritud ja kombineeritud depressiivsete sündroomidega. Kõigele vaatamata ei ole depressiivsete haigete ravi sageli nii tõhus ja, mis peamine, nii kiiretoimeline kui vaja. Seepärast on mõistetav, et uute ja mõjusamate depressioonivastaste vahendite energilised otsingud jätkuvad (8, 9).

Samal ajal tuleb ravi tõhustamiseks täpsustada üksikute vahendite näidustusi. Ükski seni tuntud meetod ei ole osutunud universaalseks kõikide depressiooni variantide jaoks. Kliinikus omandatud kogemused on näidanud, et teatav vahend on kõige tõhusam mõne teatava haiguse puhul või depressiooni teatava kliinilise variandi korral. Näiteks elekterkonvulsiooniteraapiat peetakse kõige mõjuvamaks involutsiooni-depressiooni juhtudel, melipramiin (tritsükliline antidepressant) annab häid

tulemusi pidurdatud depressiooni ravimisel jne. (8, 9, 10). Diferentseeritud näidustuste otsimisel on lähtutud haiguse dünaamikast ja sümptomatoloogia iseärasustest. On mindud isegi selleni, et on otsitud üksikute ravimeetodite «märklaudsümptoomide» (9). Samal ajal ei ole depressioonide neurofüsioloogilise aluse erinevustest tehtud mingeid järeldusi prognoosi seisukohalt.

TRÜ psühhiaatria kateedri varajased uurimused skisofreenia ravi kohta on näidanud, et kõrgema närvitegevuse kompleksse hinnangu alusel on võimalik esitada täpsustatud näidustusi eri meetodite rakendamiseks (2, 3). TRÜ psühhofarmakoloogia problemlaboratooriumis kogutud andmeist nähtub, et depressiivseil haigeil ilmneb märgatavaid erinevusi kõrgema närvitegevuse eri mehhanismides isegi siis, kui kliiniline pilt on ühesugune (6). Sellest lähtudes otsustasime analüüsida, kas ja millisel määral depressiivsete seisundite puhul on korrelatsioone kortikaalse dünaamika ja eri ravimeetodite efektiivsuse vahel.

Käesoleva artikli seisukohtade aluseks on 48 haige uurimisel saadud andmed.

Enamikul neist oli involutsiooni-, väiksemal osal endogeenne ja psühhogeenne depressioon, kusjuures registreeriti väga erisuguseid kliinilisi vorme, näiteks pidurdatud, agiteeritud, hüpoondriline, paranoiline ja muud depressioonid.

Kõrgema närvitegevuse uurimiseks kasutati meil väljatöötatud meetodite kompleksi: õppimiskats, assotsiatsioonikats, korrutustest, korrektuurtest ja motoorse refleksi kats. Sel teel saadud andmed annavad ülevaate erutusest ja sisemisest pidurdusest kõikides põhilistes esimese ja teise signaalsüsteemi mehhanismides ning nende omavahelises koostöös. Samal ajal hinnati ka põhilisi vegetatiivseid funktsioone (vererõhu

kõrgust, pulsi- ja hingamissagedust ning naha elektritakistust) puhkeseisundis ning nende muutumist välisärritustega mõjutamisel (orienteerumisrefleksi vegetatiivne komponent). Kõik vaatluse tulemused töödeldi statistiliselt.

Seni kogutud vaatlusandmed on liiga napid selleks, et lõplikke järeldusi teha. TRÜ psühhofarmakoloogia probleemlaboratooriumis jätkuvad uuringud farmakoteraapia mõjususest depressiivsete haigete ravimisel. Siiski on juba esimene, orienteeriva analüüsi tulemustest võimalik järeldada, et meie tööhüpotees leiab kinnitust: haigete kõrgema närvi-tegevuse üksikasjadest on võimalik teha otsuseid prognoosi suhtes eri ravimeetodite tõhususe hindamisel.

Tuleb rõhutada, et mõne üksiku funktsionaalse näitaja prognostiline väärtus on tunduvalt väiksem kui kogu «neurodünaamilise mustri» kompleksil. See tähelepanek ühtib andmetega, mis saime skisofreeniahaigete uurimisel, ning kinnitab veel kord, et psüühiliste haiguste korral tuleb kõrgemat närvi-tegevust uurida võimalikult laiemas diapasoonis. Seda tuleb teha ühel ja samal ajal paljude kortikaalsete ja subkortikaalsete mehhanismide piires. Ainult sellised andmed on väärtuslikud nii diagnoosi kui ka prognoosi seisukohalt.

Vaatlusalustel rakendatud ravimeetodite põhjal võime teha järgmised prognostilised järeldused.

Depressiivsed haiged, kelle kõrgemas närvi-tegevuses ilmnevad märgatavad sisemise pidurduse häired teise signaalsüsteemi mehhanismides ja üksnes mõõduka välise (ülepiirilise) pidurduse tunnused madalamates kortikaalsetes mehhanismides, reageerivad kõige soodsamalt tiseritsiinravile (levomepromasiinile). On huvitav märkida, et ka skisofreeniahaigete ravimisel, kui neil domineerivad sisemise pidurduse häired, eriti teises signaalsüsteemis, osutub tiseritsiin erakordselt tõhusaks vahendiks. Võib arvata, et tiseritsiinile omane tugev rahustav ja käitumist distsiplineeriv toime tuginebki sellele efektile. Taastades sisemise pidurduse teises signaalsüsteemis, aitab tiseritsiin ühtlasi taastada viimase kontrollivat ja reguleerivat mõju esimesele signaalsüsteemile (mootorika, sensoorne aparaat).

Haiged, kelle kõrgemas närvi-tegevuses on ülekaalus ülepiiriline pidurdus,

mis hõlmab mõlemad signaalsüsteemid ja nende koostöö, reageerivad kõige paremini triftasiini (neuroleptikum) ja transamiini (monoaminooksüdaasi pärssiv antidepressant) kombinatsioonile. Neil haigeil on prognostiliselt soodne ka *n. vagus*'e kerge ülekaal vegetatiivses regulatsioonis. Olgu märgitud, et viimane tunnus on üsna väikesel osal depressiivsetest haigetest.

Nende ravimisel, kel ulatusliku ülepiirilise pidurduse nähtude kõrval ilmnevad ka märgatavad sisemise pidurduse häired teises signaalsüsteemis, saadi kõige paremad tulemused siis, kui triftasiinile ja transamiinile lisati veel tiseritsiin. Ka sellises kombinatsioonis avaldub seega tiseritsiini soodus toime sisemisele pidurdusele.

Kui depressiivsete seisundite korral oli juhtivaks intensiivne ülepiirilise pidurdus esimeses signaalsüsteemis ja kui sellega koos avaldus sümpaatilise osa ilmne ülekaal vegetatiivses regulatsioonis, osutus kõige efektiivsemaks elekterkonvulsioonteraapia või viimane koos tiseritsiinraviga. Huvitav on tähelepanek, et niisugust neurodünaamikat võib leida nii pidurdatud kui ka agiteeritud depressiooni, samuti mõnede teiste sündroomide korral. Selgub, et mõnel juhul võimaldab kõrgema närvi-tegevuse detailne uurimine selgitada üheaolise kliinilise pildi diferentse, millel on mõningane prognostiline tähendus.

Haiged, kellel on mõõdukad ülepiirilise pidurduse tunnused esimeses signaalsüsteemis (esineb osal juhtudest hüpoondrilise, sundhirmuga ja pidurdatud depressiooniga haigetel), reageerivad soodsalt melipramiinkuurile. Kui kaasnevad ka sisemise pidurduse häired, osutub kõige efektiivsemaks melipramiini ja tiseritsiini kombinatsioon.

Peale nende, kõige üldisemate prognostiliste korrelatsioonide võis analüüsitud andmeis leida veel mitmeid muid, detailsemaid seoseid kõrgema närvi-tegevuse lähteseisundi ja ravikuuri toime vahel. Võib loota, et suurema arvu haigete uurimisel ja arvukate ravimeetodite rakendamisel kogutavad andmed võimaldavad edaspidi välja töötada veelgi täpsemaid juhendeid depressiivsete seisundite diferentseeritud raviks. See aga peaks suuresti kaasa aitama haigete ravi tõhustamisele, mis ongi meie siht.

KIRJANDUS: 1. Лапин И. П., Хвиливицкий Т. Я. (ред.) Антидепрессанты и лечение депрессивных состояний. Л., 1966. — 2. Саарма М. М. Клинико-физиологическое действие аминазина, трифлуоперазина и галоперидола при хронической шизофрении. Дисс. канд. мед. наук, Тарту, 1967. — 3. Саарма Ю. М. О действии инсулинового лечения на анимальную и вегетативную нервную систему больных шизофрением. Дисс. доктора мед. наук, Тарту, 1962. — 4. Саарма Ю. М. и др. В сб.: Вопр. клин. неврологии и психиатрии. Тарту, 1965, 4, 74—80. — 5. Саарма Ю. М., Кангур В. А. Ж. невропатол. и психиатрии, 1966, 1, 134—139. — 6. Саарма Ю. М., Кангур В. А., Лийвамяги Ю. А. В сб.: Вопр. клин. неврологии и психиатрии. Тарту, 1968, 7, 120—129. — 7. Саарма Ю. М. и др. В сб.: Вопр. клиники и терапии психических заболеваний. М., 1960, 335—341. — 8. Трауготт Н. Н. и др. Очерки психофармакологии человека. Л., 1968. — 9. Van, T. A. Psychopharmacology. Baltimore, 1969. — 10. Sargent, W., Slater, E. An introduction to physical methods of treatment in psychiatry. Edinburgh — London, 1964.

РЕЗЮМЕ. Данные о высшей нервной деятельности в качестве показаний к лечению депрессивных состояний. Ю. М. Саарма, М. М. Саарма, В. А. Кангур, Ю. А. Лийвамяги. Несмотря на большое количество

лечебных методов, эффективность лечения больных с депрессивными состояниями еще не достигла должного уровня. Изыскание более надежных дифференцированных показаний и прогностических критериев относительно отдельных лечебных средств и различных синдромов является весьма актуальной задачей.

В проблемной лаборатории по психофармакологии ТГУ проведено комплексное исследование ВНД и вегетативной регуляции 48 депрессивных больных, подвергнутых лечению при помощи некоторых антидепрессантов и электросудорожной терапии. Статистический анализ полученных данных выявил некоторые прогностические закономерности.

При заметных нарушениях внутреннего торможения наиболее эффективным средством оказывается тизерцин, при распространенном запредельном торможении — трансамин в комбинации с трифтазином, при интенсивном запредельном торможении в первой сигнальной системе — электросудорожная терапия, при умеренном же торможении — мелипрамин.

Приведенные результаты являются предварительными и выявленные прогностические закономерности нуждаются в проверке и уточнении на основе более охватывающего клинического материала.

TRÜ Arstiteaduskonna psühhofarmakoloogia probleemlaboratoorium

## DEPRESSIIVSE SÜNDROOMIGA HAIGETE HOSPITALISEERIMISEST

VALDUR JÄNES  
ARNO AADAMSOO

Tartu

UDK 616.895.4-082.4

Depressiivsetel seisunditel on tähtis koht muude psüühiliste haiguste hulgas nii esinemissageduse kui ka haiguse raskuse ja sellest tuleneda võivate tagajärgede tõttu (1, 2, 5).

Statistika andmed depressiivsete seisundite esinemissagedusest on küllalt erinevad. Depressiivse sündroomiga haigete osatähtsusest elanikkonna üldhaigestumuses annavad teatava pildi mõned välismaa autorite avaldatud uurimistulemused. Nii hospitaliseeriti 100 000 elaniku kohta 1947. aastal Victorias (Austraalia) 5,43, aastail 1947... 1949 Londonis 10,00, 1950. aastal USA-s 3,50 ja 1955. aastal Uus-Meremaal 20,45 depressiivset haiget (7, 8).

Erilise tähenduse annab depressiivsetele seisunditele asjaolu, et lisaks mitmesuguse ulatusega sotsiaalsele decompensatsioonile võivad need seisundid muutuda haigetele eluohtlikuks. F. Aydi (4) arvates on alla 30 aasta vanuste psüühiliste haigete seas enesetapjaiks enamasti skisofreenikud, üle 30 aasta vanuste hulgas aga depressiivsed haiged. Näiteks USA-s on suitsiidid surma põhjuste hulgas 11. kohal, küündides 16 000... 20 000 juhuni aastas, s. o. 11,2 juhtu 100 000 elaniku kohta (5).

Viimastel aastatel on paljudes maades täheldatud depressiivsete haigete üldarvu suurenemist, samuti nende osatähtsuse suurenemist psüühiliste hai-

Psüühiliste haigete hospitaliseerimise dünaamika aastail 1958...1967

Aastad	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1958... 1967	
Hospitaliseerimiste üldarv	931	988	946	1076	1008	955	1146	1080	1087	1037	10 254	
Depressiivse seisundi tõttu toimunud hospitaliseeritute % üldarvust	8,5	8,9	10,6	11,0	12,6	11,6	14,0	12,5	16,2	15,4	12,1	
Haigete sugu (%)	naised	89	67	77	80	91	78	86	71	81	79	80
	mehed	11	33	23	20	9	22	14	29	19	21	20
Ravi tulemused (%)	hästi paranenud või terveistunud	47	47	56	57	69	45	37	38	50	59	49
	paranenud	37	40	37	32	44	44	48	50	44	37	42
	tulemuseta	16	13	7	11	7	11	15	12	6	4	9

guste tõttu hospitaliseeritute hulgas (5, 6, 7). Sama tendentsi võib märgata ka meie vabariigis, sealhulgas Tartu Vabariiklikus Kliinilises Psühhoneuroloogia Haiglas.

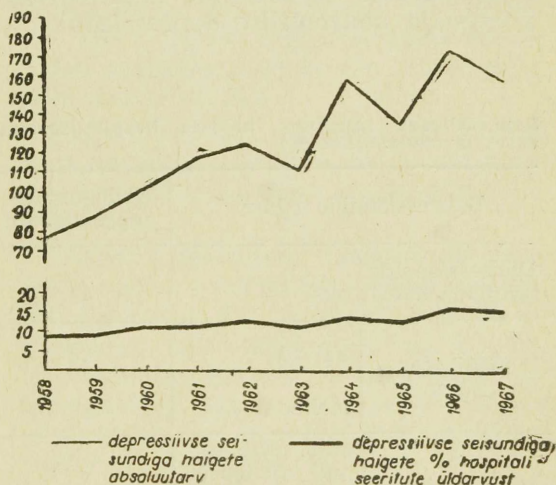
Käesoleva töö ülesandeks oli selgitada depressiivsete seisundite tõttu hospitaliseerimiste sagedust, dünaamikat ja struktuuri Tartus viimase 10 aasta jooksul. Uurimisobjektiks olid andmed depressiivse sündroomiga haigete hospitaliseerimise kohta Tartu Vabariiklikus Kliinilises Psühhoneuroloogia Haiglas ajavahemikul 1. jaanuarist 1958. a. kuni 1. jaanuarini 1968. a. Andmed töödeldi statistiliselt, kusjuures kasutati TRÜ Arvutuskeskuse elektronarvutit.

Tartu Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla teeninduspiirkonda kuuluvad käesoleval ajal Tartu linn ja Tartu, Jõgeva ning Põlva rajoon, kus kokku on 216 000 elanikku. Linnaelanikke on neist 111 000, maaelanikke 105 000. Psühhiaatrilise teenindamise mahust annab ülevaate haigla dispanseris 1968. a. arvel olnud isikute arv — peaaegu 7000, neist mehi 53% ja naisi 47%.

Vaadeldaval ajavahemikul hospitaliseeriti depressiivse sündroomiga haigeid üldse 1256 juhul (haigete arv on mõnevõrra väiksem, sest osa neist hospitaliseeriti korduvalt). See on 12% psühhoneuroloogiahaiglaste hospitaliseerimiste

neuroloogiahaiglaste hospitaliseerimiste üldarvust sel perioodil.

Tabelis 1 ja joonisel on toodud hospitaliseerimise ulatuse ja dünaamika kõige üldisemad andmed. Selgub, et nii depressiivse sündroomiga haigete hospitaliseerimiste hulk kui ka nende osatähtsus teiste hospitaliseerimiste seas on vaadeldaval ajavahemikul suurenenud ligikaudu kaks korda. Sellele tendentsile lisab veelgi tähendust asjaolu, et samal ajavahemikul reorganiseeriti haigla teeninduspiirkond, mille tulemusena ka



Depressiivse seisundiga haigete hospitaliseerimise dünaamika aastail 1958...1967.

teenindatavate elanike arv vähenes ligikaudu 50 000 võrra.

Linnaelanike hospitaliseerimisi depressiivse seisundi tõttu oli maaelanikega võrreldes rohkem nii absoluutarvudes (vastavalt 674 ja 582) kui ka suhtarvudes (teeninduspiirkonna populatsioonis oli linna- ja maaelanike suhe 1,06:1, hospitaliseerimises 1,16:1).

Silma torkab naissoost haigete hospitaliseerimiste suur ülekaal — 80% üldarvust (vt. tabel 1). See on seletatav peamiselt involutsioonimelanhoolia märgatavalt sagedama esinemisega naistel. Niisuguse diagnoosiga hospitaliseerimistele aga langeb valdav osa kõikidest depressiivse seisundi tõttu hospitaliseerimistest. Sama üldtendentsi konstateeritakse ka kirjanduses (1, 3, 5). Silmatorkavat dünaamikat haigete soolises jagunemises aastate jooksul ei saa täheldada.

Parema ülevaate saamiseks grupeerisime diagnoosid nelja suurde rühma.

Endogeensete depressioonide rühm hõlmab maniakaal-depressiivse psühhooosi depressiivse faasi, skisofreenia, involutsioonimelanhoolia ja psühhopaatia.

Somatogeensete depressioonide rühma kuuluvad sümptomaatiline depressioon ja depressioon, mis on arenenud ajuarterite ateroskleroosi, traumaatilise ajukahjustuse või muude orgaaniliste haiguste alusel.

Psühhogeensete depressioonide rühma arvasime reaktiivse depressiooni, asteenilis-depressiivse seisundi, depressiivse arengu ja neurootilise depressiooni.

Neljandasse rühma paigutasime haiged, kelle diagnoosis oli ühiseks põhjuseks hüpohondriline sündroom (enamasti kuuluvad siia segaetioloogiaga haigusjuhud).

46% hospitaliseerimistest langes endogeensetele depressioonidele, 21% psühhogeensetele depressioonidele, 25% somatogeensetele depressioonidele ja 8% hüpohondrilisele sündroomile (vt. tabel 2). Väärrib märkimist ka endogeensete depressioonide prevaleerimine ja nende osatähtsuse suurenemine teiste depressioonivormide hulgas, kusjuures sellesse rühma kuuluvad peamiselt naishaiged. Sama on täheldanud ka teised autorid (1, 2, 6).

Esmakordseid hospitaliseerimisi oli 53% ja korduvaid 47%. Depressiivsete haigete statsionaarse ravi keskmine kestus oli 4...8 nädalat (41%-l juhtudest). Alla kahe kuu kestis ravi 70%-l juhtudest, üle kuue kuu osutus statsionaarne ravi vajalikuks ainult 3%-l hospitaliseerituist.

Aastail 1963...1965 võib märgata ravi efektiivsuse vähenemist. Selle tõenäoliseks põhjuseks on antidepressantide laialdane kasutuselevõtmine, kuid seejuures puudusid diferentseeritud näidustused nende rakendamiseks ja põhjendamatult vähe pöörati tähelepanu vanadele läbiproovitud võtetele. Ravi efekti teatavat paranemist võib märgata alates 1966. aastast, mis on tingitud antidepressantide ja kombineeritud ravivahendite diferentseeritud kasutamisest. Suhteliselt paremaid tulemusi on saadud endogeensete depressioonide

Tabel 2

Depressiivses seisundis haigete hospitaliseerimiste jaotumine sõltuvalt nosoloogilisest rühmast, soost ja raviefektist (%)

Depressioonide rühm		Endogeensed depressioonid	Psühhogeensed depressioonid	Somatogeensed depressioonid	Hüpohondrilised depressioonid
Depressioonide rühmade osatähtsus		46	21	25	8
Haigete sugu	naised	88	79	76	48
	mehed	12	21	24	52
Ravi tulemused	hästi paranenud või tervistunud	48	68	40	35
	paranenud	46	26	47	42
	tulemusteta	6	6	13	23

rühma kuuluvate haigete ravimisel (vt. tabel 2).

Käesoleva töö andmed juhvivad tähelepanu vajadusele parandada depressiivsete seisundite varajast diagnoosimist, hospitaliseerida haiged õigel ajal ja tagada kompleksne diferentseeritud ravi.

**KIRJANDUS:** 1. Лукомский И. И. Маниакально-депрессивный психоз. Изд. 2-ое, М., 1968. — 2. Морозова Г. Н. Психопатология эндогенных депрессий. Дисс. доктора мед. наук, М., 1968. — 3. Сметанников П. Г. Высшая нервная деятельность при депрессивных синдромах. Л., 1967. — 4. Auld, F. J. J. *Neuropsychiatry*, 1962, 2, 52—54. — 5. Hordern, A. *Depressive states*. Springfield, 1965. — 6. Kielholz, P. *Diagnosis and Therapy of the depressive states*. Basel 1959. — 7. Krupinski, J., Stoller, A. *Med. J. Australia*, 1962, 1, 269—359. — 8. Leigh, D. *Lancet*, 2, 1285—1286.

**РЕЗЮМЕ.** О госпитализации больных с депрессивным синдромом. В. Х. Янес, А. М. Аадамсоо. С 1958 по 1967 год в районе обслуживания Тартуской республиканской клинической психоневрологической больницы абсолютное число и удельный вес госпитализированных с депрессивным синдромом больных возросли примерно в 2 раза. Прирост числа госпитализаций произошел главным образом за счет эндогенных психозов, в первую очередь за счет инволютивных.

Среди депрессивных больных доминируют женщины. Число городских жителей несколько преобладает среди госпитализированных больных. Первичные госпитализации составляют немногим больше половины из числа всех госпитализаций.

Хорошие результаты лечения получены в 49% случаев, в 9% случаев лечение осталось без эффекта. Относительно лучший эффект был достигнут при лечении эндогенных психозов, затем соответственно психогенных и соматогенных.

TRÜ ÜTÜ psühhiaatriaring

## ASPIRATSIOONIBIOPSIA TÜSISTUSI

INGRID RÄTSEP

Tallinn

UDK 616.33-076-06:616.33-005.1

Kroonilist gastriiti diagnoositakse tänapäeval mao limaskestast histoloogilise uurimisega harva. Limaskestast tükikese saamise lihtne ja enamasti ohutu moodus on aspiratsioonibiopsia, mille Doig ja Wood võtsid kasutusele 1949. a. (7).

Kirjanduses soovitatud biopsiameetodid on mitmesugused (1, 3, 4, 8, 9). K. Heinkel ja N. Henning tekitavad 20...50 ml-lise süstlaga vaakuumi —500 kuni —600 mmHg. Suurema vaakuumi korral saadakse koetükike liiga sügavalt ning tekib maoverejooksu ja perforatsiooni oht. A. Mahlo (10) aspireeris 33 ml-lise süstlaga 1...2 sekundi vältel, surus samal ajal kõhuseinale, kusjuures ainult ühel haigel tekkis mao perforatsioon.

Kodumaa kirjanduses ei ole andmeid aspiratsioonibiopsia tüsistuste kohta, küll aga võime leida selle meetodi näidustuste ja vastunäidustuste loetelusi ning viiteid välismaa autorite kirjeldatud tüsistustele (3). W. Hengst (9) on

kokku võtnud 15 välis autori andmed 13 949 aspiratsioonibiopsiale (haigete arv teadmata) järgnenud tüsistustest: maoverejooks tekkis 36-l, mao perforatsioon ühel ning hüpofaarünksi perforatsioon ühel juhul. Üksnes W. Hengsti (9) 400 haigest (800 biopsiat) tekkis kahel kergekujuline ja ühel raskekujuline maoverejooks.

Sagedamini on tüsistusi täheldatud mao limaskestast atroofia korral. Atroofilist gastriiti aitab diagnoosida peamiselt biopsia.

Tallinna Harjumäe Haiglas on nelja aasta vältel uuritud 975 haiget, enamikul juhtudest 2...3 korda, milleks on kasutatud Leningradi Sanitaar-Hügieeni Meditsiiniinstituudis konstrueeritud biopsiasondi. Aspireeritakse 20 ml-lise süstlaga 1...2 sekundi vältel, vaakuum —200...—500 mmHg. 1968. a. veebruarini uuriti haigeid biopsiameetodil nii statsionaaris kui ka polikliinikus, kusjuures võeti arvesse kirjanduses

loetletud vastunäidustused (3, 9, 10). Tüsistusi täheldati kahel haigel (0,2%).

Raskekujuline maoverejooks tekkis 35-aastaselt naispatsiendil, kes nelja aasta vältel oli kannatanud isutuse ja iivelduse ning pärast söömist tekkinud valude all ülakõhus. Haige kõhnus. Maomahla väärtused histamiinärritiga uurimisel olid vähenenud. Röntgenoloogiliselt maos patoloogilisi muutusi ei sedastatud.

Polikliinikus saadi aspiratsioonibiopsiaga kaks tavalises suuruses (2... 3 mm) mao limaskesta tükikest. Kui koetükikese võtmisest oli möödunud üks tund, tekkis haigel rohke veriokse, umbes 1000 ml. Kohe süstiti kaltsiumkloriidi ja vikasooli ning haige toimetati valvehaiгла kirurgiaosakonda. Ka stationaaris oksendas ta verd, kaasnes kollaps. Maoverejooksu peatas konservatiivne ravi esimese ööpäeva vältel, kanti üle 3250 ml konservverd, määrati vikasooli, vitamiine jm. Täiendaval küsitlisesel selgus, et haigel oli samal päeval alanud menstruatsioon, kuigi enne koetükikese võtmist ta seda eitas. Histoloogiliselt: mao limaskesta algav atroofia.

Teisel juhul tekkis kergekujuline maoverejooks 41-aastaselt naispatsiendil, kel uurimise päeval oli samuti alanud menstruatsioon ning kel histoloogiliselt diagnoositi mao limaskesta atroofiat.

#### Järeldused

1. Aspiratsioonibiopsia korral tuleb peale kirjanduses loetletud vastunäidustuste rohkem arvestada vere hüübimise ja veritsuse aja muutusi ning tegureid, mis neid mõjutavad, eriti menstruatsiooni (2, 5, 6).

2. Aspiratsioonibiopsia päeval on vaja määrata vere hüübimise ja veritsuse aeg.

3. Esimesed tunnid pärast biopsiat peab haige olema meditsiinitöötajate järelevalve all kas stationaaris või polikliinikus.

KIRJANDUS: 1. Гукасян А. Г. Руководство по внутренним болезням. М., 1965. — 2. Кассирский И. А., Алексеев Г. А. Клиническая гематология. М., 1955. — 3. Массевич Ц. Г. Аспирационная биопсия слизистых оболочек желудка, двенадцатиперстной и тонкой кишки. Л., 1967. — 4. Рысс С. М. Болезни органов пищеварения. Л., 1966. — 5. Сидоренко Г. М., Бедин П. Г. О викарирующих менструациях в виде легочных кровотечений. Проблемы эндокринологии и гормонотерапии. М., 1964, 53—55. — 6. Юлес М., Холло И. Диагностика и патофизиологические основы эндокринных заболеваний. Будапешт, 1963. — 7. Doig, Wood. Tsit. S. Rõsi (4) järgi. — 8. Heinkel, K., Henning, N., Elster, K. Dtsch. med. Wochenschr., 86, 1961, 325. — 9. Hengst, W. Münchener med. Wochenschr., 45, 1968, 2642—2644. — 10. Mahlo, A. Münchener med. Wochenschr., 1967, 1058.

РЕЗЮМЕ. Об осложнениях аспирационной гастробиопсии. И. Ю. Рятсеп. В статье приводится обзор литературы об осложнениях аспирационной гастробиопсии. После нее у 975 больных автор наблюдал два случая желудочных кровотечений, одно из них тяжелое. В обоих случаях кровотечения развились у женщин на фоне начавшейся менструации и выявленного атрофического гастрита.

При определении показаний и противопоказаний к проведению аспирационной гастробиопсии обязательно должно учитываться состояние противосвертывающей системы.

Tallinna Harjumäe Haigla

## 1969. a. GRIPIPUHANG PÄRNU LINNAS JA RAJONIS

RAUL VODJA  
Pärnu

UDK 616.921.5-036.2

K. Subi jt. uurimistulemused (vt. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1969, 6, 417—420) on tõestanud, et kogu Eesti NSV territooriumil, ka Pärnu linnas ja rajoonis oli gripiepideemia ühtse etio-

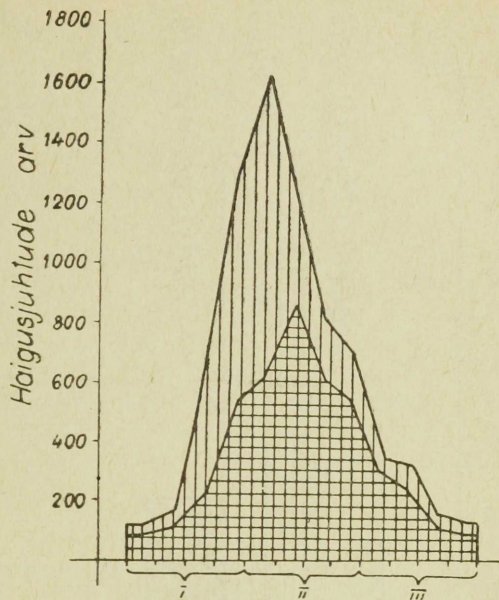
loogilise struktuuriga. Gripiviirus A<sub>2</sub>/Hongkong/68 isoleeriti Pärnus gripi tagajärjel surnud üheaastase lapse bronhidest. Patoloogilis-anatoomiline diagnoos: hemorraagiline meningoentse-

faliit. Grippi haigestunud Pärnu elanikel täheldati antiikehade tiitri tunduvalt tõusu gripiviiruse A<sub>2</sub> suhtes, keskmised seerumiantikehade tiitrid haiguse ägedal perioodil 1:2,0, paranemisjärgus 1:12,3.

Et igakülgsest iseloomustada gripiviiruse perioodilist muutlikkust, s. o. antiigeense struktuuri, virulentsuse jt. omaduste muutumist, ei piisa ainult viroloogilistest ja seroloogilistest uurimistest, olgugi et need võivad olla põhjalikud ja detailsed. Gripiviiruse muutumise ulatust ning laadi tuleb hinnata ka epidemioloogiliste ja kliiniliste andmete põhjal, eri gripipuhangute võrdlemise teel. Esialgsed epidemioloogilised tähelepanekud viitasidki 1969. a. gripipuhangu tekitaja omaduste iseärasustele, mis avaldusid suures nakatavuses ning rapiidse kuluga haigusvormides.

Epidemioloogilise olukorra õigel hindamisel on suur praktiline tähtsus eriti siis, kui see ligilähedaltki võimaldab ennustada, millisel määral gripiviirus (või muutunud gripiviirus) võib põhjustada haigestumist ja surmajuhte ning kahju tekitada rahvamajandusele. Teaduslikest laboratooriumidest pärinev informatsioon gripiviiruse bioloogiliste omaduste muutumise kohta on aga ühekülgne, tervishoiuorganisaatorile või praktiseerivale arstile võib see paraku olla vaid abstraktse sisuga häiresignaal. Ka hongkongi gripi viirust ümbristes epidemioloogilises mõttes teadmatuse loor niikaua, kuni ta ükskord ise end igakülgsest tutvustas.

Kui on teada epideemiat vallandavate põhitegurite, s. o. gripiviiruse bioloogiliste omaduste ja antiigeense struktuuri ning elanike immuunsuse vähenemise kindel vahetõde haigestumise intensiivsusest, siis on mõeldav ligikaudu välja arvutada, kas algava puhangu prognoos kujuneb soodsaks või ebasoodsaks. Konkreetset prognostilist valemist on aga võimalik koostada ainult teatava paikkonna (linna, rajooni) kohta. Tingimuseks on, et tuntaks ja osataks hinnata kohalike meteoroloogiliste, geograafiliste, sotsiaalsete jm. tegurite mõju epideemia kulule. See nõuab omakorda süstemaatilisi epidemioloogilisi vaatlusi ja vaatlustulemuste põhjalikku analüüsi. Üks põhjusi, miks gripp vahel üllatuse valmistab, ongi nende vaatluste vähesus ja analüüsi üldjoonelisus. 1969. a. gripipuhangu uurimine Pärnu

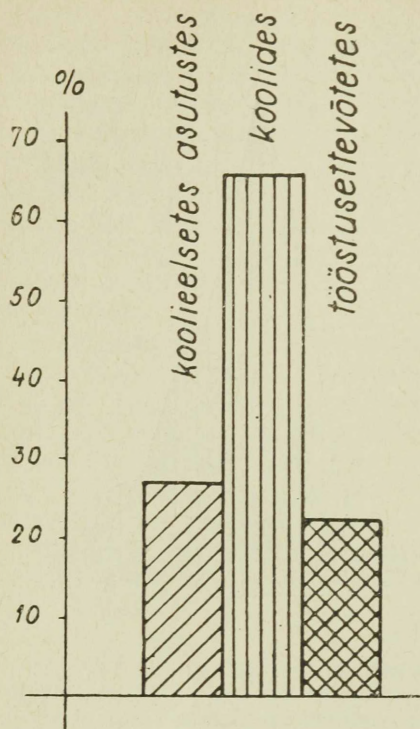


Joonis 1. Gripi leviku dünaamika Pärnu linnas (viirutatud püstjoontega) ja rajoonis (viirutatud ristjoontega) nädalate kaupa 1969. a. puhangu ajal jaanuarist märtsini.

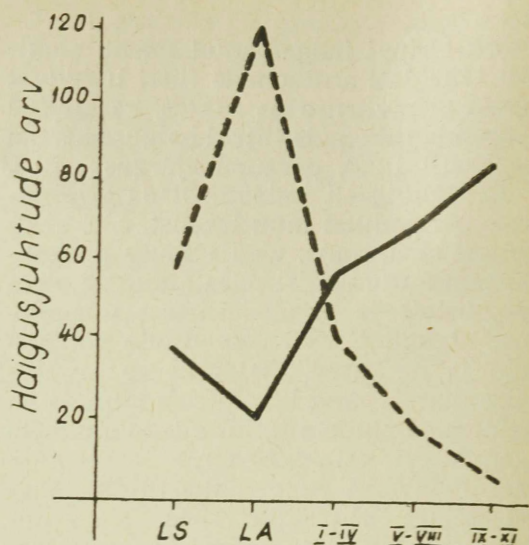
linnas ja rajoonis näitas, et haigestumist võivad mõjutada veel mõned, kirjanduses seni vähe valgustamist leidnud kohalikud tegurid.

Polikliinikutes ja ambulatooriumides registreeritud haigusjuhtude arv ei saa mitmesugustel põhjustel kunagi väljendada elanike tegelikku haigestumist. See arv peegeldab tõe lähedast üksnes haigestumise dünaamikat. Seetõttu pidasime vajalikuks uurida gripiepidemia intensiivsusest ja muid andmeid kollektiivides, kust nende saamine on märksa hõlpsam. Peale selle võivad võrdleva statistika andmed gripi epidemioloogia uurimisel olla täisväärtuslikud ainult siis, kui eri puhangute ajal võetakse vaatluse alla kindel rühm elanikke, kelle arv, asukoht ja põhilised tunnused aastate jooksul oluliselt ei muutu.

Pärnu linna ja rajooni haigusjuhtude analüüs hõlmab 1969. a. kolme esimest kuud, mille jooksul gripiepidemia tekkis, massilise ulatuse võttis ning lõpuks pikkamööda vaibus. Allpool avaldame kokkuvõtlikud andmed gripi leviku dünaamikast, samuti grippi haigestumisest kõikides Pärnu linna ja rajooni lasteasutustes (lastesõimed, -aiad, -päevakodud) ning koolides ja Pärnu linna



Joonis 2. Grippi haigestumine Pärnu lasteasutustes, koolides ja suuremates tööstusettevõtetes 1969. a. puhangu ajal jaanuarist märtsini.



Joonis 3. Haigestumine grippi ja parotiiti Pärnu linna ning rajooni lastesõimes (LS), lasteaedades (LA) ja koolides (I...XI klass) 1969. a. puhangu ajal jaanuarist märtsini.

— grippi haigestumise juhte 100 lapse kohta

----- parotiiti haigestumise juhte 1000 lapse kohta

kaheksas suuremas tööstusettevõttes, kokku umbes 27 000 elaniku hulgas.

Grippi haigestunute arv Pärnu linnas suurenes viis korda 1969. a. jaanuarikuu III dekaadi esimesteks päevadeks ning saavutas maksimumi umbes kahe nädala pärast, 3. kuni 9. veebruarini 1969, mil gripijuhtude üldarv oli 15 korda suurem kui juhtude arv jaanuari alguspäevadel (vt. joonis 1). Puhangu vaibumine võttis aega üle 1½ kuu. Pärnu rajoonis fikseeriti epideemia algus ja kulminatsioon umbes nädal hiljem. Linnaelanike haigestumuse intensiivsus oli peaaegu kaks korda suurem kui maaelanikel, 100 000 elaniku kohta vastavalt 17 880 ja 9920 haigusjuhtu. Lettaalsus oli 1969. a. epideemia ajal 0,57%.

Tööstusettevõtetes haigestus täpsustatud andmeil keskmiselt 23,2% töölisset ja teenistujatest. Gripi levik üksikutes kollektiivides aga oli kõikumine (17...32%) ning sõltus kohalikust sanitaarsest olukorrast ja kontaktivõimalustest. Igal haigel läks kaotsi keskmiselt 4,7 tööpäeva. Meie uuritud kollektiivides puudusid töötajad kokku 11 695 töö-

päeva. Jäeb veel lisada, et kolme puhangukuu jooksul oli grippi haigestumine 58%, veebruaris koguni 70,5% täiskasvanute üldhaigestumusest.

Linna ja rajooni koolieelsetes asutustes haigestus 27% lastest, kusjuures sõimes 39%, lasteaedades 21,5%. Lasteasutustest puudunud päevade arv ühe gripahaige lapse kohta oli 6,9.

Üllatavalt suur oli haigestumus koolides: grippi põdes 66,3% õpilastest, seejuures linnakoolides 66,9% ja maakoolides 65,4% õpilastest (vt. joon. 2). Peaaegu ühesugune haigestumus linnas ja maal annab tunnistust just koolisise kontakti olulisest osast gripi levikul õpilaste hulgas. Analooiliselt maaelanike vähema haigestumusega oleks maakoolide õpilaste haigestumus pidanud olema samuti umbes kaks korda väiksem. Gripihaiged puudusid koolist keskmiselt 4,5 päeva.

Õpilaste suurt haigestumust oli raske põhjendada. Kui arvesse võtta ka mitmeid haigestumust mõjutavaid momente, nagu gripi levik eri suurusega kollektiivides (haigestumuse erinevus vähem kui 200 õpilasega ja suuremate

koolide vahel oli umbes 20%), sanitaarne olukord ja gripitõrje, jääb erinevus õpilaste ja koolieelikute haigestumuse vahel ikkagi silmatorkavaks ka siis, kui arvestada ülediagnoosimise võimalust.

Tundus, et gripi levikut soodustavate nii-öelda klassikaliste tegurite kõrval pidi kuskil peituma veel mingi põhjus, mis lasteaialaste haigestumust vähendas või vastupidi — gripi levikut õpilaste hulgas suurendas. Selliseks teguriks näis olevat järjest suurenev haigestumine epideemilisse parotiiti. Analüüsinud parotiidi ja gripi esinemissageduse suhet lastekollektiivides, selgus, et kolme kuu jooksul registreeriti lastesõimedes (lastepäevakodude söimerühmades) 1000 lapse kohta 58 parotiidi juhtu ja 100 lapse kohta 39 gripijuhtu, lasteaedades vastavalt 120 ja 22 juhtu, algklassides 41 ja 59, V... VIII klassides 18 ja 70 ning IX... XI klassides 5 ja 85 juhtu. Kujutanud kirjeldatud seaduspärasust graafiliselt (vt. joon. 3), näeme, et parotiidi ja gripi esinemissageduses kehtib range pöördvõrdelisus.

Eespool öeldule kinnituse leidmiseks kasutasime veel üht lihtsat võtet. Jagasime koolide algklassid kahte rühma — esimesse kuulusid nende koolide klassid, kus vaatlusperioodil parotiiti ei esinenud või sellesse haigestumise juhtude arv oli alla 10, teise nende koolide klassid, kus parotiiti haigestumine oli suhteliselt suur. Selgus, et esimeses rühmas haigestus grippi 70,9%, teises ainult 45% õpilastest.

Kuigi käesolev kokkuvõte on tehtud laias laastus ja kõne all olevate viirusnakkuste dünaamikat pole jälgitud,

tekib mulje, nagu oleks üks müksoviirus teise välja tõrjunud. Parotiidi- ja gripiviiruse toime antagonismi kahtlust süvendab asjaolu, et paljudes koolides, näiteks Pärnu Internaatkoolis ja Sindi Keskkoolis, grippi haigestumine pärast parotiidi sissetungimist järsku vaibus, mida spontaanselt kunagi ei juhtu.

Käesolevast tööst võime teha järelduse, et gripi epidemioloogiliste iseärasuste uurimisel ei tohi kahe silma vahele jätta teiste viirusnakkuste võimalust, mis gripiepidemia kulgu võib mõjutada. Oletus parotiidiviiruse interferoogensusest toimest gripiviirusesse jääb loomulikult hüpoteesiks, kuid meie arvates küllalt oluliseks, et vaatlusi jätkata.

**РЕЗЮМЕ. Вспышка гриппа в 1969 г. в городе и районе Пярну.** Р. А. Водья. Изучена вспышка гриппа, вызванная вирусом А<sub>2</sub>/Гонконг/68, в городе и районе Пярну в 1969 году. В период вспышки заболеваемость гриппом превышала заболеваемость в межэпидемический период в 15 раз. Число заболевших жителей города Пярну в два раза превысило число заболевших в районе. В коллективах взрослых в городе заболеваемость гриппом была в пределах 17—32%, что в среднем составляет 23,2%. Гриппом заболело 27% детей дошкольного возраста и 66,3% школьников. Это говорит об очень высокой заболеваемости.

Эпидемия гриппа среди детей города и района Пярну совпала со вспышкой эпидемического паротита. В тех коллективах детей, где диагностировались обе инфекции, гриппом заболело 45% детей, в других коллективах 70,9%. Это дает основание предполагать, что вирус эпидемического паротита в какой-то мере оказал влияние на уменьшение заболеваний гриппом. При вспышке гриппа (эпидемический период), по-видимому, следует обращать внимание и на другие вирусные инфекции.

*Pärnu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam*

## **KOPSUARTERI TROMBOEMBOOLIA**

**JÜRI MÄNNISTE  
LUULE VALDES  
UNO SIBUL  
AUGUST LUTSUVER  
HUBERT POOLA  
ANTS KURVET**

Tallinn

**UDK 616-005.6/7-07-08-084:611.131**

Kõikide tromboembooliliste haiguste hulgas on eluohtlikumad kopsuarteri tromboos ja emboolia, mis tuisistustena esinevad nii kirurgia- kui ka teraapia-

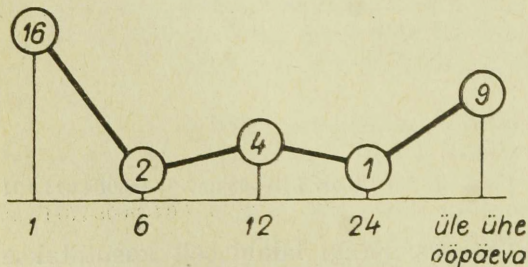
kliinikus. Kuigi laialdaselt kasutatakse tõhusaid antikoagulante (hepariin, neodikumiin, fenüülin jt.) ning fibrinoolüütilisi preparaate (fibrinolüsiin, strep-

tokinaas), ei ole kopsuarteri emboolia ravimisel täheldatud letaalsuse olulist vähenemist (6). Väidetakse, et üksnes nendest tõhusamate profülaktikaabimõnõude rakendamine võimaldab vähendada letaalsust kopsuarteri tromboemboolia korral (1, 2, 10).

Tallinna Tõnismäe Haiglas oli aastail 1962...1968 32 letaalselt lõppenud kopsuarteri emboolia juhtu, s. o. 2,4% üldisest letaalsusest. Haigete vanus oli 15...82 aastat. 26 juhul pandi diagnoos agoonias, kusjuures haigetele ei jõutud manustada antikoagulante või fibrinolüütilisi preparaate efektiivses annuses. Kuuel juhul pandi diagnoos alles lahangu. Tuli ette ka ülediagnoosimist: kaheksal juhul diagnoositi elupuhuselt kopsuarteri embooliat, mida lahangu ei kinnitanud (surma põhjusteks olid müokardi- või ajuinfarkt, äge kardiovaskulaarne puudulikkus, šokk jms.).

Kopsuinfarkti, mis viitab embooliale või kopsuarteri väiksema haru tromboosile, diagnoositi 7 haigel. Nendest ainult 4 said antikoagulante ja sedagi alles teisest või neljandast päevast alates, s. o. pärast seda, kui ilmes klassikaline kliiniline sümptomatoloogia (verekõhiline, röntgenoloogiliselt nähtav kiilvarjustus kopsus). On väga küsitav, kas paranenud kopsuinfarkti juhtudel tagasihoidlik antikoagulantide manustamine (5000 ühikut hepariini ööpäevas) või väikesed fibrinolüüsiini annused (20 000 ühikut ööpäevas) olid tromboemboolia edasise generaliseerumise ärahoidmisel määravad.

Kopsuarteri tromboemboolia juhtudest pooltel esinesid väikvormid [N. Rzaevi (5) klassifikatsiooni järgi]. Joonisel 1 on näidatud ajavahemikud tundides emboolia esimeste sümptomide ilmumise ja surma konstateerimise vahel.



Kopsuarteri tromboemboolia juhtude arv (ringikeses) ja ajavahemikud tundides emboolia esimeste sümptomide ilmumise ning surma konstateerimise vahel.

Väikvormide korral tehti kahel juhul embolektomia, kuid see ebaõnnestus. Prodromaalperioodi nendel juhtudel kas ei märgatud või see puudus. Ka teistel juhtudel ei võimaldanud hiline diagnoosimine alustada efektiivset ravi antikoagulantide ja fibrinolüütikumidega.

Enamik kopsuarteri tromboembooliaid tekkis operatsioonijärgsel perioodil, kusjuures need lõppesid 17 juhul letaalselt, 3 juhul kopsuinfarktiga. Kroonilise kardiovaskulaarse puudulikkuse foonil arenes raske tromboembooliline tüsistus 8 juhul, ülejäänutel tekkis see trauma, sepsise jms. alusel. 9 haigel tuli kardiovaskulaarne puudulikkus olulise soodustava tegurina arvesse ka operatsioonijärgsel perioodil. Pahaloomulisi kasvaja leiti 6 korral.

Kopsuarteri tromboemboolia kõige sagedamaks põhjuseks peetakse vaagna ja reie veenide või sääre süvade veenide flebotromboosi [D. Pavlovski (4) andmetel 77,7%]. Kahjuks neid enne kopsuemboolia teket sageli ei avastata. Ka meie haiglas diagnoositi elupuhuselt jäseme veenide tromboflebiite ainult neljal juhul, sealhulgas flebotromboosi ainult ühel juhul. Lahangu leiti flebotromboosi ainult kuuel korral.

Süvade veenide tromboosi diagnoosimine valmistab raskusi mitte ainult elupuhuselt, vaid ka lahangu, kui erilist tähelepanu ei pöörata veeniklapi taskutele ja lihaseveenidele või kui visuaalsel kontrollil ei avata kõiki vaagna veene.

Eespool toodu põhjal võib öelda, et kopsuarteri tromboemboolia varajane diagnoosimine valmistab raskusi ja ravimine on vähe edukas. Väikvormide korral jõuab arvesse võtta ainult kliinilist sümptomatoloogiat. Pikaldaselt kulgevate vormide korral tuleb diagnoosimisel peale kliiniliste sümptomide arvestada ka röntgenoloogilise uurimise andmeid ja tähelepanu pöörata kaudsetele tunnustele (fluidotooraks, atelektaas jm.). Kopsuinfarkti kiilukujuline tüüpiline varjustus enamasti puudub (5). Ka elektrokardiogrammis võib leida kopsuarteri embooliale viitavaid muutusi. Elektrokardiograafiline uurimine on eriti oluline tromboemboolia diferentseerimiseks müokardi-infarktist.

Kahjuks puuduvad kliinilised ja biokeemilised testid nii flebotromboosi kui ka kopsuarteri ähvardava tromboem-

boolia kindlakstegemiseks. Et hüübivuse andmed (protrombiiniindeks, hüübimis-aeg) diagnoosimisel ei abista, seda on märkinud ka P. Wille (11) ja teised. Tromboemboolia ohu hindamisel tuleb eelkõige lähtuda kaudsetest tugipunktidest. Need on järgmised: 1) operatsioonijärgne periood ning kroonilised südame- ja vereringe haigused, eriti vanemaalised; 2) pahaloomulised kasvaja; 3) asjaolud, mis soodustavad süvaveenide tromboosi (venoosne staas, perifeerset veenide kahjustused, krooniline retsidiiveeruv tromboflebiit jm.).

Erilist tähelepanu vajavad süvaveenide tromboosi varajane diagnoosimine ja ravi, mis ühtlasi on emboolia profülaktika parim abinõu.

Kopsuarteri tromboemboolia juhtude analüüsist lähtudes oleme tromboembooliakahlastel haigetel sihipäraselt hakanud rakendama profülaktikaabinõusid.

Kroonilist tromboflebiiti põdevatel haigetel oleme eskusaani kasutanud operatsioonieelsel perioodil ühe nädala vältel. Pärast operatsiooni aga oleme teinud jäsemete võimlemisharjutusi ja samuti hingamisharjutusi ning oleme kasutanud tugisukki. Võimlemisharjutusi tuleb operatsioonijärgsel perioodil alustada varakult, kusjuures voodirežiimi ei tohi lõpetada järsku.

Kui ilmnevad positiivne Homansi sümptom, *m. soleus*'e piirkonna ning Scarpa kolmnurga valulikkus, mille põhjal võib oletada flebotromboosi, süstite kohe hepariini ja 2...3 nädala vältel läheme aeglaselt üle kaudse toimega antikoagulantide kasutamisele.

M. Mozes jt. (9), E. Lorvicki (8) jt. soovivad flebotromboosi korral emboolia vältimiseks ligeerida *v. cava inferior* või *v. iliaca*. Meie eelistame trombektoomiat veeni iliofemoraalses segmendis, mida edukalt oleme teinud seitsmel haigel. Neist kahel oli mikroemboolia ühel korral juba tekkinud, mis põhjustas kopsuinfarkti. Pindmiste tromboflebiitide juhtudel oleme mõnikord ligeerinud *v. saphena magna*, mida tegi juba D. Kulenkampff 1938. a. (7), kuigi pindmistest veenidest pärinevaid embooliaid esineb siiski tunduvalt harvem.

Kui fibrinolüütiline aktiivsus oli madal (alla 40%) või kui oli tegemist suure

fibrinogeenisisaldusega, süstisime veeni koos kaudse toimega antikoagulantidega *natrium nicotinicum*'i. Viimase abil kontrollime ka perifeerset venoosset staasi (3).

Oleme loobunud hüpertooniliste lahuste süstimisest veeni ja tilkinfusioonidest jala veenidesse.

Käesoleva töö andmed näitavad, et kopsuarteri tromboembooliate esinemisagedus on küllalt suur. Kopsuarteri tromboemboolia elupuhune diagnoosimine osutub raskeks, mistõttu enamasti ei õnnestu õigel ajal kasutada antikoagulantide ja fibrinolüütiliste preparaatide mõjusaid annuseid.

Letaalsuse vähendamises etendavad tähtsat osa profülaktikaabinõud. Et neid edukalt rakendada, tuleb õigesti hinnata tromboemboolia tekkimise võimalust.

Erilist tähelepanu on vaja pöörata varjatud veenitrombooside avastamisele ja ravile. Kui on vähemgi flebotromboosikahtlus, tuleb määrata antikoagulantide kasutamise jäsemete tugisukki ja muid perifeerse staasi vältimise vahendeid. Flebotromboosi korral väldib kopsuarteri emboolia tekkimist varajane trombektoomia.

KIRJANDUS: 1. Бранцев Н. И. Хирургия, 1960, 9, 46—51. — 2. Лепская Е. С. Клинич. медицина, 1961, 4, 30—35. — 3. Мяннисте Ю. Э. Оценка диагностических методов при синдроме хронической венозной недостаточности нижних конечностей. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Тарту, 1968. — 4. Павловский Д. П. Арх. патологии, 1963, 8, 70—77. — 5. Рзаев Н. М. Вопросы диагностики и лечения эмболии и тромбозов легочной артерии. Автореф. дисс. докт. мед. наук. Баку, 1965. — 6. Gergen, M., Spenrath, I., Wagner, E. Chirurg, 1968, 8, 366—368. — 7. Kulenkampff, D. Arch. klin. Chirurgie, 1938, 193, 727—736. — 8. Lorvicki, E. M. Surgery, 1966, 3, 633—640. — 9. Mozes, M., Adar, R., Bogokowsky, H., Agmon, M. Surgery, 1964, 5, 621—629. — 10. Myerowitz, B. R. Surgery, 1966, 3, 5, 521—535. — 11. Wille, P. Blutgerinnung bei Gynekologischen Operationen. Jena, 1965.

РЕЗЮМЕ. Тромбэмболия легочной артерии. Ю. Э. Мяннисте, Л. К. Валдес, У. Ф. Сибул, А. С. Лутсувер, Х. С. Поола, А. Р. Курвет. Тромбэмболия легочной артерии является нежелательным осложнением в хирургической и терапевтической клиниках. Лечение ее до сих пор малоэффективно.

Основное внимание следует уделять профилактическим мероприятиям.

Для оценки опасности возникновения тромбэмболии нужно учитывать сердечно-сосудистую недостаточность в послеоперационном периоде у больных в приклонном возрасте и со злокачественными опухолями.

Очень важна ранняя диагностика и лечение скрыто текущих венозных тромбозов. При флеботромбозе илюфеморального сегмента венозной системы применяем тромбэктомия, ее же применяем у больных с происшедшими микроэмболизациями в систему легочных артерий (произведена у 2-х больных с хорошими результатами).

При малейшем подозрении на флеботромбозы надо применять антикоагулянты, эластические бинты на нижние конечности и принять другие меры для ликвидации периферического венозного застоя. Тромбэктомия в раннем периоде поможет наилучшим способом ликвидировать опасность тромбэмболии легочной артерии.

Tallinna Tõnismäe Haigla

## ALAJÄSEME VEENILAIENDITE RAVI ENDOVASKULAARSE ELEKTROKOAGULATSIOONI MEETODIL

BRUNO PÖDER  
Paide

UDK 616.147.3-007.64-08

Alajäseme veenilaiendid (varikoos) on laialt levinud progresseeruva kuluga haigus, mille all kannatab 10...17% inimestest (2, 5, 10, 14). B. Petrovski (7) andmeil on varikoosihageid kuni 4% kõikidest statsionaaris ravitavatest kirurgilisi haigusi põdevatest haigetest. Enam levinud kirurgilise või skleroseeriva ravi kombineeritud meetodite kasutamisel on täheldatud retsidiive kuni 50%-l haigetest (4, 12). Sagedad retsidiivid, samuti varikoosiga kaasnevad tüsistused võivad isegi invaliidistumist põhjustada (1, 3).

Alajäseme veenilaiendite kirurgilise ravi perspektiivsemaid meetodeid on varikoossete veenide endovaskulaarne elektrokoagulatsioon, mida esmakordselt kasutasid L. Hejhal, P. Firt ja D. Livora (11).

1965. a. alates oleme elektrokoagulatsiooniga ravinud 131 varikoosihaget. Üldse on opereeritud 157 varikoosist kahjustatud alajäset. Opereerituist olid 87 naised (66,4%) ja 44 mehed (33,6%). Alajäseme veenide funktsionaalse seisundi hindamiseks kasutati peale üldtuntud žgutiproovide ka flebograafiat.

Vastavalt venoosse hemodünaamika häirete raskusastmele ja kahjustatud jäseme naha troofilistele muutustele eristati haiguse nelja staadiumi.

*I staadium.* Tüsistusteta veenilaiendid (50 haiget).

*II staadium.* Naha pigmentatsiooni muutused. Kaasneda võivad varikoosne ekseem, dermatiit või pindmiste veenide tromboflebiit koos kergekujulise tursega (42 haiget).

*III staadium.* Põletikuliste nähtudeta varikoosne haavand koos mööduka sääreturse ja väheste sekundaarsete nahamuutustega (5 haiget).

*IV staadium.* Varikoosne haavand koos laialdaste troofiliste või põletikuliste muutustega säärel ja posttrombootiline sündroom (11 haiget).

Staadiumi määramisel arvestati rohkem kahjustatud jäseme seisundit. Eri gruppi kuulus 23 haiget, kel olid veenilaiendi retsidiivid.

Põhiliseks endovaskulaarse elektrokoagulatsiooni näidustuseks oli *v. saphena magna* klappide puudulikkus, seda tingimusel, et opereeritava jäseme süvad veenid on läbitavad.

Varikoossete veenide endovaskulaarse elektrokoagulatsiooni meetod kõnesolevate haigete ravimisel ei erinenud oluliselt üldkasutatavast meetodist. Enamik operatsioone tehti kombineeritud endotrahheaalnarkoosis, osal haigetest (uurimistöe algperioodil) aga paikse tuimastusega. Veeni elektrokirurgilisel töötle-

misel kasutasime nii mono- kui ka biaktiivseid elektroode. Kogesime, et mitme autori soovitatud akrülaanist või orgaanilisest klaasist oliiv diatermiavoolu toimel deformeerus ja eemaldus sondist. Selliseid tüsistusi tekkis kolmel haigel, kel veeni jäänud oliivi olime sunnitud välja löikama. Et niisuguseid tehnilisi komplikatsioone vältida, kasutasime oliivi valmistamiseks teflooni, mis depolümeeriseerub temperatuuril 400° C. Tefloonist oliivid osutuvad töökindlaks.

Enamikul juhtudest rakendasime endovaskulaarset elektrokoagulatsiooni koos teiste, abistavate kirurgilise ravi meetoditega. Varikoossed konglomeraadid eemaldati Narathi meetodil, milleks tehti väikesed nahalõiked; peenemad veeniharud õmmeldi kaprooniga Sokolovi järgi. Kahjustatud ühendusveenid ligeeriti sub- või epifastsiaalselt. Pärast operatsiooni seoti opereeritud alajäse elastse sidemega varvastest kubemeni ning pandi Brauni lahasele.

Haige varajane tõusmine ja liikumine kas operatsioonipäevast või esimesest operatsioonijärgsest päevast alates mingeid tüsistusi ei põhjustanud. Samas linnas elavad varikoosihaiged, kel enesetunne oli hea ja kehatemperatuur normaalne, kirjutati ambulatoorsele järelravile 5. või 6. päeval. Elastset sidet või sukka soovitati kanda 3...6 kuud.

Ainus elektrokoagulatsioonile iseloomulik tüsistus on naha termiline kahjustus. Kõhnadel patsientidel saab naha põletust vältida, kui novokaiinilahust süstida naha ja veeni vahele (6). Naha põletusi oli nii teiste autorite andmeil kui ka meie opereeritud haigeil ainult elektrokoagulatsiooni meetodi omandamise algperioodil (meil 3 juhtu 131-st).

Jäseme distaalse osa tundenärviharude ajutisele kahjustumisele on tähelepanu pööranud M. Politowski ja kaasautorid (8, 9, 13), kelle andmeil tundlikkuse häireid ilmnes kuni 20%-l opereerituist. Meie sedastasime neid piiratud alal 13,7%-l opereerituist. Häired keetsid paar nädalat kuni neli kuud, 9 juhul üle poole aasta. Kõnealune kahjustus avaldus ainult keskmise päksi piirkonnas, sest seal kulgevad tundenärviharud *v. saphena magna* vahetus läheduses. Et need närviharud ei kahjustuks, tuleks perivenoosne kude *v. saphena magna* distaalses osas 0,5%-lise novokaiinilahusega hoolikalt

infiltrereida. Haigetel olid tundenärviharude kahjustused kergeloomulised ega takistanud töövõime taastumist, samuti ei põhjustanud nad vaevusi.

Kirurgilise ravi tulemusi hinnati enamikul juhtudest (108 haigel) ambulatoorsel järelkontrollil. 8 haige tervise seisundist saime teateid ankeedi vahendusel.

Enamikku haigeist, nimelt 104, jälgiti pärast operatsiooni 13...36 kuu kestel, ülejäänuid kuni 12 kuud. Kirurgilise ravi hilistulemusi hinnati kolmepallilises süsteemis: hea, rahuldav ja halb (vt. tabel).

116 kontrollitud juhust olid tulemused head 102 juhul (87,9%) — haiged tervistuid. Rahuldavad hilistulemused saadi 11 juhul (9,6%). Rahuldavaks peeti tulemusi siis, kui peale vaevuste sedastati üksikuid piirdunud varikoosseid sõlmi või veeniharusid, mis seisimisel täitusid ja käimisel kadusid. Samasse rühma arvati ka pseudoretsidiivid, mis olid tingitud väheulatuslikust operatsioonist. Tulemused olid halvad kolmel haigel (2,5%), kel retsidiivid tekkisid 3. kuni 6. kuul pärast operatsiooni.

Kui opereeritud olid mõlemad alajäsemed, peeti ravitulemuste hindamisel silmas seda jäset, mis varikoosist oli rohkem kahjustatud.

Meie tulemused ühtivad kirjanduse andmetega: retsidiive täheldati 1,3...5,4%-l pärast seda, kui operatsioonist oli möödunud neli kuud (8, 11, 14).

Hea tulemuse saime 73-l ja rahuldava 8 vaatluselusel, kel varikoos oli I ja II staadiumis. Neil retsidiive ei tekkinud (vt. tabel). Selle põhjuseks võib olla ka asjaolu, et I ja II staadiumi varikoosi

Kirurgilise ravi hilistulemused

Haiguse staadium	Opereeritud haigete arv	Kontrollitud haigete arv	Ravi tulemus		
			hea	rahuldav	halb
I	50	47	43	4	—
II	42	34	30	4	—
III	5	5	5	—	—
IV	11	10	10	—	—
Veenilajendi retsidiivid	23	20	14	3	3
Kokku	131	116	102	11	3

põdevad haiged on harilikult nooremad ja et haigus on neil kestnud lühemat aega. Et varikoossed muutused polnud veel kaugele arenenud, õnnestus sagedamini teha *v. saphena magna* totaalne endovaskulaarne elektrokoagulatsioon, 50-st I staadiumis olevast haigest 47-l, 23-st veenilaiendi retsidiividega haigest aga ainult 5 haigel. Kuigi veenilaiendi retsidiivide korral ravitulemused on halvemad, ei tarvitse sellest järelduda, et endovaskulaarne elektrokoagulatsioon oleks ebatäiuslik. Pigem on endovaskulaarse elektrokoagulatsiooni võimalused neil juhtudel tunduvalt piiratud. Võimalik, et retsidiive põhjustasid ka konstitutsionaalsed iseärasused.

Kokkuvõtteks võib konstateerida, et endovaskulaarne elektrokoagulatsioon on varikoosi kirurgilise ravi meetodeist üks tõhusamaid. Operatsioonitehnika on lihtne, kliiniline järelravi suhteliselt lühike, tulemused nii funktsionaalse kui ka kosmeetilise efekti mõttes head, retsidiive vähe. Kuigi endovaskulaarset elektrokoagulatsiooni on kasutatud koos muude meetoditega, on ta alati olnud põhiline, mis on taganud soovitud tulemused.

KIRJANDUS: 1. Аскерханов Р. П. Хирургия, 1951, 10, 43—46. — 2. Волощук Б. М. Нов. хирург. архив, 1959, 5, 65—68. — 3. Герашенко В. Г. Клин. хир., 1967, 7, 79. — 4. Зарубин С. А. Клин. мед., 1962, 10, 86—94. — 5. Костромов И. А. Вестн. хир., 1948, 6, 26—33. — 6. Мусаев С. М. Экспер. хир., 1963, 4, 36—37. — 7. Петровский Б. В. В кн.: Избранные лекции по клинической хирургии. М., 1968, 261—267. — 8. Политовский М., Шпак Е. и Маршалек З. Хирургия, 1964, 11, 28—33. — 9. Политов-

ский М. и Желязны Т. Хирургия, 1965, 11, 100—102. — 10. Шейнис В. Н. Хирургия, 1958, 8, 92—97. — 11. Hejhal, L., Firt, P., Livora, D. Rozhl. Chir., 1959, 38, 6, 418—425. — 12. Kouba, R. Zbl. Chir., 1965, 90, 7, 239—246. — 13. Politowski, M., Zelazny, T. Surgery, 1966, 59, 6, 932—934. — 14. Szpak, E. Operacyjne leczenie zylakow dolnych konczyn z zastosowaniem elektrokoagulacji. Krakow, 1963.

РЕЗЮМЕ. Эндоваскулярная электрокоагуляция при варикозе нижних конечностей. Б. К. Пыдер. Автор статьи применял эндоваскулярную электрокоагуляцию при лечении 131 больного, страдающего варикозным расширением вен нижних конечностей. Всего оперировано 157 конечностей. Основным показанием к применению данного операционного метода считалась недостаточность клапанов большой подкожной вены (при условии, что глубокие вены оказались непораженными). Хотя эндоваскулярная электрокоагуляция применялась в комбинации с другими методами лечения, она все же являлась всегда основным методом, позволяющим добиться желаемых результатов.

Наконечники моноактивного электродозонда, изготовленные из акрила или органического стекла, могли под влиянием тока высокой частоты деформироваться и отделяться от зонда. Наконечники из тефлона, примененные автором позже, вполне отвечали техническим требованиям.

Отдаленные результаты лечения оказались хорошими у 102 больных, удовлетворительными — у 11 и плохими (рецидив варикоза) — у 3. Плохие результаты лечения обнаружены лишь после повторных операций на венах нижней конечности.

Эндоваскулярная электрокоагуляция считается автором одним из наиболее действенных методов оперативного лечения варикоза: техника операции несложная, срок послеоперационного лечения относительно невелик, результаты как в смысле функционального, так и косметического эффекта — хорошие.

*Paide Rajooni Keskhaignia*

## NEERUDE ÄGEDA PUUDULIKKUSE RAVI MANNIIDIGA

HARRI TIHANE

Tartu

UDK 616.61-008.64-08

Neerude isheemia, hüpoksia, hapeteleeliste tasakaalu ning vee- ja elektrolüütide ainevahetuse häired on sageli neerude ägeda puudulikkuse, tubulaarse süsteemi nekroosi põhjuseks (5, 6, 7, 8).

Samal ajal vere adekvaatse asendamisega, vee- ja elektrolüütide-ainevahetuse ning hapeteleeliste tasakaalu korrigeerimisega võimaldab õigeaegne manniitravi neerude ägedat puudulikkust vältida (5, 6, 7, 8, 11, 13).

Manniit on kuuevalentne alkohol [C<sub>6</sub>H<sub>8</sub>(OH)<sub>6</sub>]. Organismis jaotub ta ekstratsellulaarses vedelikus, kusjuures 10% kasutatakse ära ainevahetuses, 90% aga eritub kiiresti neerude kaudu ja põhjustab osmootse diureesi (1, 2, 3, 4).

Manniidi toimemehhanismi seletatakse järgmiselt. Filtreerudes veresoonte pääsmakeses, ei imendu ta torukeste süsteemis, vaid põhjustab esmase uriini osmootse rõhu tõusu. Sellega kaasneb vedeliku juurdevool torukeste ning ka diureesi suurenemine (7, 8). Lisaks sellele laiendab manniit veresoonte pääsmakese aferentseid arterioole, mistõttu ta on sobiv neerude ägeda puudulikkuse profülaktikaks hemorraagilise šoki korral (7, 8, 11, 13). Isegi siis, kui manustatakse katehoolamiine, nõrgendab manniit neeruarterite vastupanu 40% võrra ja vähendab vere viskoossust, mistõttu paraneb kudede perfusioon ning väheneb või jääb ära erütrotsüütide stagnatsioon («blood-sludge-phenomen») kapillaarides, eeskätt neerudes (8, 9). Kui neerud funktsioneerivad normaalselt, siis suurendab ta diureesi viis ning naatriumieritust neli korda (8). Kui aga manniidieritus neerude kaudu on häiritud, võib see põhjustada rakuvälist hüpervoleemiat (6, 7).

Niinimetatud forsseeritud manniit-osmodiurees võimaldab varjatud oliguuria korral vältida neerude puudulikkuse potentsiaalseid võimalusi (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 13). Seejuures ei suurenda manniit torukeste rakkude energivajadust ega mõjuta nende ainevahetust, nagu seda teeb enamik diureetikume (7, 10, 12). Mõned autorid arvavad, et manniidil on vereringet parandava ja diureesi suurendava toime kõrval veel spetsiifiline neerude parenhüümi kaitsev toime (6, 7).

Manniitravi on näidustatud kõikidel neil juhtudel, kui põhihaigusest tingituna ilmnevad nähud, mis viitavad neerude arenevale puudulikkusele, mille esmaseid tunnuseid on tavaliselt anuuria või oliguuria: vähem kui 20 ml uriini tunnis.

Manniitravi näidustused on järgmised.

1. Raske trauma (operatsioon) kestva arteriaalse hüpotoonia (kollaps) ning kudede ulatusliku kahjustusega (põletus, peritoniit, iileus jne.).

2. Verekaotuse tõttu on tehtud hulgaliselt konservvere ülekandeid.

3. Ulatuslikud sapiteede ja pankrease operatsioonid eriti siis, kui patsiendid on ikteerilised.

4. Magistraalarterite ja südame operatsioonid, kui kasutatakse ekstrakorporaalset vereringet.

5. Vereülekande tüsistuste ravi varajasel perioodil, et vältida neerude tubulaarse süsteemi nekroosi.

6. Forsseeritud diureesi esilekutsumine uinutitest tingitud mürgistuste korral.

7. Uroloogilised operatsioonid, kui neerude parenhüüm on eelnevalt kahjustatud (püelonefriit, eesnäärme adenoomist tingitud uriinipeetus jne.).

8. Platsenta enneaegne irdumine.

Nagu eespool märgitud, on manniit sobiv eeskätt neerude ägeda puudulikkuse profülaktikaks ja raviks enne morfoloogiliste muutuste väljakujunemist neerude parenhüümis, s. o. funktsionaalse puudulikkuse staadiumis. Tubulaarse süsteemi nekroosi väljakujunemisel või neerude kroonilise puudulikkuse lõppstaadiumis on manniidi manustamine tavaliselt kasutu.

Tartu Linna Kliinilise Haigla haavasakonnas oleme viimase kahe aasta jooksul enam kui 100 juhul kasutanud manniiti nii neerude puudulikkuse raviks kui ka profülaktikaks nende haigete opereerimisel, kel neerude talitlus on puudulik. Edukaks osutus ravi vaid neerude areneva puudulikkuse korral. Hiljem, pärast morfoloogiliste muutuste väljakujunemist, samuti neerude kroonilise puudulikkuse lõppstaadiumis ei suurenenud diurees olulisel määral mitte ühelgi juhul. Seevastu operatsioonijärgsel perioodil süveneva oliguuria korral oli diurees manniidiga hästi korrigeeritav. Ka neerude parenhüümi küllaltki raske kahjustuse juhtudel (krooniline püelonefriit) vältis manniitravi operatsioonijärgset diureesi reduktsiooni.

Kliinilises praktikas kasutatakse 10-, 15- ja 20%-lisi manniidilahuseid. Sobivaim on steriilne lüofiliseeritud manniit pooleliitristes pudelites, kuhu vahetult enne kasutamist lahustina lisatakse 5% list glükoosilahust või füsioloogilist lahust. Sellisena valmistab manniiti Leningradi 3. vereülekandejaam. Manniidilahuseid viiakse organismi tilkinfusiooni teel. Edukalt võib kasutada ka

manniidipulbrit, millest haigla apteegis valmistatakse soovitava kontsentratsiooniga lahus. Mõned autorid soovivad lahusele lisada veel naatriumvesinikkarbonaati või laktaati neerude puudulikkusega kaasneva metabolismliku atsidoosi raviks, sest atsidoos süvendab neerude vereringe häireid (6, 7). Haiged taluvad manniidilahuseid üldiselt hästi. Oleme täheldanud vaid arteriaalse ja tsentraalse venoosse rõhu mõningat tõusu, eriti neerude ägeda puudulikkuse korral, kui manniidi eritumine on häiritud. Et hoiduda kardiovaskulaarsetest häiretest, tuleb manniiti teatava ettevaatusega määrata haigetele, kel esinevad hüpertoonia ning hüperhüdratatsioon.

Profülaktika eesmärgil on manniitravi näidustatud võimaliku neerude puudulikkuse korral pärast aortograafiat, vereülekannet, mitmesuguseid operatsioone jne. Enne operatsiooni infundeeritakse 10%-list lahust koos muude lahustega, arvestades kuni 0,5 g manniiti kehakaalu kilogrammi kohta. 10%-lise lahuse manustamine jätkub ka operatsiooni ajal ja pärast operatsiooni, koguhulk kuni 100 g manniiti ööpäevas. Sellise ravi korral ei ole karta hüperhüdreerimist pärast operatsiooni ka rohkete infusioonide korral, sest neerud peamise vee- ja elektrolütide-ainevahetust reguleeriva elundina [«Sicherheitsventil» (7)] väldivad liigse vee ja naatriumi retineerimist organismis.

Neerude algava puudulikkuse korral (diurees alla 0,5 ml/min.) ordineeritakse 20%-list manniidilahust, arvestades kuni 2 g manniiti kehakaalu kilogrammi kohta ööpäevas. Alustatakse tavaliselt manniittestiga: 50...100 ml 20%-list lahust infundeeritakse veeni kolme minuti jooksul. Kui diurees järgmistel tundidel suureneb küllaldaselt (vähemalt 1 ml/min. ehk 60 ml tunnis), siis jätkub ravi nn. tiitrimisena — manniiti infundeeritakse sellise kiirusega, et diurees püsiks 1 ml/min. piires. Kui testile ei järgne diureesi soovitud suurenemist, siis soovibab G. Friesch (8) eespool mainitud hulga lisada veel 250 ml kahe tunni jooksul, ööpäevas kokku 500 ml 20%-list lahust. Võib juhtuda, et diurees küllaldaselt määral ikkagi ei suurene. Siis on edasine manniidi süstimine mõttetu ja tuleb üle minna anuuriare-

ziimile ning näidustuste ilmnemisel rakendada ka hemodialüüsi (7, 8).

Kui test osutub tõhusaks (diurees suureneb 50...60 ml tunnis), siis võib manniitravi vajaduse korral jätkata isegi kuni kahe nädala jooksul, tiitrides vastavalt diureesile. Ei ole aga soovitatav, et ööpäevane annus oleks üle 200 grammi. Samal ajal tuleb kontrollida vere elektrolütide kontsentratsiooni, sest ravi tagajärjeks võib olla hüponatriemia.

Manniitravi on vastunäidustatud peamiselt hüpervoleemia juhtudel, sest ta võib põhjustada südamepuudulikkust ja kopsuturset (8). Tavaliselt on mõtetu ravi jätkata siis, kui eespool nimetatud test diureesi ei suurendanud. Sellisel juhul võivad areneda hüpervoleemia ja kopsuturse.

Kokkuvõtteks võib öelda, et manniitravi on tõhus peamiselt neerude puudulikkuse funktsionaalses staadiumis, sest ta väldib tubulaarse süsteemi akuutse nekroosi arenemist. Neerude parenhüümi orgaanilise kahjustuse korral (tubulaarse süsteemi nekroos), samuti neerude kroonilise puudulikkuse lõppstaadiumis on manniidi manustamine osmootse diureesi esilekutsumiseks tulemusteta. Otstarbekas on manniitravi profülaktika eesmärgil, kui eelseisev protseduur või operatsioon võib halvendada neerude funktsiooni, eriti aga sellistel haigetel, kel neerude kahjustus (püelonefriit jne.) on olnud juba varem.

KIRJANDUS: 1. Balogh, F. e. a. Orv. hetilap, 1965, 34, 1607—1609. — 2. Cahar, J. du e. a. Montpellier chir., 1965, 11, 3, 321—343. — 3. Cheney, F. W., Rand, D. W., Lincoln, J. R. Arch. Surg., 1964, 88, 197—181. — 4. Csata, S. e. a. Acta chir. Acad. scient. Hung., 1968, 9, 1, 47—52. — 5. Detmar, D. E., Zimmerman, J. M., King, T. C. J. Surg. Res., 1965, 5, 12, 552—555. — 6. Gessler, U., Opderbecke, H. W. Z. prakt. Anäst., 1967, 2, 4, 205—216. — 7. Figdor, P. P. Anäst. prax., 1967, 2, 147—157. — 8. Friesch, G. Zbl. Chir., 1967, 92, 42, 2687—2691. — 9. Hubner, G., Tscherne, H. Langenbecks Arch. klin. Chir., 1967, 317, 339—351. — 10. Judd, D., Herendun, T., Shumacker, H. B. Surgery, 1964, 56, 3, 529—532. — 11. Pinger, J. e. a. Acta med. Acad. scient. Hung., 1967, 24, 1/2, 177—182. — 12. Sesia, G., Cassarino, E. Minerva urol., 1965, 17, 6, 244—256. — 13. Smith, P. H. Brit. J. Surg., 1967, 54, 2, 107—113.

**РЕЗЮМЕ. Маннитерапия при острой недостаточности почек.** Х. М. Тихане. Маннитерапия при недостаточности почек эффективна прежде всего в функциональной стадии; она позволяет избежать развития острого тубулярного некроза канальцев почки. При органическом повреждении паренхимы почки (тубулярный некроз канальцев), а также финальной стадии хронической недостаточности почек,

маннит не вызывает осмотного диуреза. Маннитерапия более ценна в случае, если предыдущая процедура или операция ухудшили функцию почек, особенно у больных, уже ранее имевших повреждения почек (пиелонефрит и т. д.).

*Tartu Linna Kliiniline Haigla*

## MITTEMAGNETILISTE KILDUDE EEMALDAMINE KLAASKEHAST

ALEKSEI PANOV

Tartu

UDK 617.747-003.6-089.878

Huvi mittemagnetiliste kildude eemaldamise vastu silmast on viimasel aastakümnel järjest kasvanud, sest üha laialdasemalt on kasutama hakatud mittemagnetiliste metallide sulameid ja plastmasse. Kuigi oftalmokirurgia ja meditsiinitehnika on teinud edusamme, on selliseid kilde silmast raske kätte saada eriti siis, kui nad paiknevad klaaskehas, kaugel silma kestadest või ekvaatori taga (3, 4, 5, 6). Kildude eemaldamine oftalmoskoobi kontrolli all on tehniliselt raske. Seda saab teha ainult oftalmoskoobiga nähtavate kildude puhul, mille hulk rahu ajal on 16%, sõja ajal 5...7% kõigist silma tagumises osas asetsevatest võõrkehastest (5). Mittemagnetiliste kildude eemaldamiseks klaaskeha keskosast on mitmeid meetodeid. Põhimõtteliselt erineb teistest oftalmoskoopia.

1934. aastal konstrueeris H. Thorpe (10) esimese oftalmoskoobi — optilise toru, millele on monteeritud haaraja. Instrument viidi klaaskehasse läbi skleeras tehtud löike. Valgustuseks kasutas H. Thorpe vastaspoolelt skleerale asetatud diaskleraalset lampi. Hiljem lisas ta instrumendile väikese elektrilambi.

1939. aastal esitas F. Leydhecker (8) oftalmoskoobi, millel olid torud optika ja valgustuse jaoks, elektripirn paiknes käepidemes. Haaramiseks oli toru külge kinnitatud eriline pintsett.

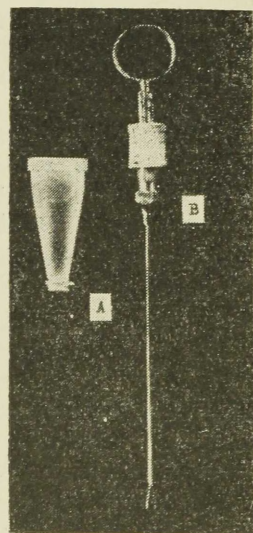
Bignell [tsit. H. Stallardi järgi (9)] konstrueeris metüülmetakrülaadist of-

talmoendoskoobi. Valgus juhiti silma instrumendi käepidemest, kildu otsiti paralleelselt paikneva toru kaudu.

Seadiste ühine puudus on klaaskeha tunduv vigastamine, sest instrument viiakse sügavale.

Esimese oftalmoskoobi Nõukogude Liidus konstrueeris 1951. aastal I. Poltinnikov (5). Erinevalt teistest on sellel peale optilise toru ja pintseti ka haavalaiendaja, statiiv ja eriline valgusti. Nimetatud instrumendi puuduseks on suhteliselt kitsas vaateväli ja keerukas konstruktsioon.

L. Schotter (7) konstrueeris 1960. aastal uue instrumendi silmamuna sisemuse vaatlemiseks ja selles manipuleerimiseks — diaskleraalse ehk endoskoo-



Diaskleraalne luup (A) ja torupintsett (B).

pilise luubi (vt. foto, A). Instrument on ette nähtud pearniselt silma kestade ja limbus'e tasapinnast kaugel asetsevate mittemagnetiliste kildude eemaldamiseks.

Instrumenti optiline süsteem on lihtne, ta koosneb luubist, mis olenevalt vahetatava läätse murdmisvõimest annab 2...3-kordse suurenduse. Orgaanilisest klaasist korpus on kooniline, alt veidi lamenev. Instrumenti alumine ja ülemine pind on lihvitud ning nad on omavahel paralleelsed. Korpuse kõrgus on 35 mm, 16 mm läbimõõduga ülemise pinna külge on kinnitatud rõngas, millesse paigutatakse klaasist lääts tugevusega näiteks +10,0 D. Viimast saab puhastamiseks kergesti eemaldada ja teisega asendada. Korpuse alumine pind, mille suurim laius 3 mm ja pikkus 4 mm, on lantsetikujuline, üks nurk lõigatud. Alumine pind viiakse läbi kestadesse tehtud löike 0,4 mm sügavusele silmamunasse nii, et ta puutuks kokku klaaskehaga. Instrumenti sügavamale tungimist takistab skleerale toetuv tugirõngas. Seadise must välispind soodustab suurema kontrastsuse tekkimist.

Diaskleraalne luup kaalub 6 g, ta on kergesti lahtivõetav ja steriliseeritav. Silmaõõnt valgustatakse skleera ja maksimaalselt laiendatud pupilli kaudu ereda fookustatud valgusega. Hea nähtavus saavutatakse peaaegu kogu silmamunas suhteliselt väikese suurenduse tõttu, mis aga on küllaldane tavalise suurusega kildude eristamiseks. Luubiga saadakse otsene ebakujutis, mis asetseb opereeritava silma taga, 10...15 cm luubi ülemisest pinnast. Kui kasutatakse liikumatut luupi, on vaateväli võrdne alumise pinna suurusega. Kirurgi pea liigutamise ajal suureneb vaateväli kuni 15×15 mm silma vastasseinal. Kui instrumenti külgsuunas kallutada, on näha kogu silmaõõs, välja arvatud haava kõrval paiknevad alad. Hästi on nähtavad opalestseeruv lääts, vastaspoole ora *serrata*, nägemisnärvi diskus ja võrkesta veresooneid.

Klaaskehas paiknevad mittemagnetilised võrkehad haaratakse eriliste pintsettidega. Haaramisel tuleb arvesse võtta röntgenograafia andmeid. Kasutatakse oftalmo- või diafanoskoopi, kontrolliks ühte või kahte röntgeniapparaati. Samuti on kasutusel instrumentid,

milles silmaga kontrollimist asendab heli- või valgussignalisatsioon.

Haarajatest traumeerivad kõige vähem torupintsetid, mille prototüübiks võib pidada Desmarres'i kapselpintsetti. Niisugustest riistadest on kirjeldatud veel isesulguvat (10), kambrisest (2) ja haralist pintsetti (1), traatlingu (9) jm.

Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla silmaosakonnas konstrueeris L. Schotter erilise torupintseti (vt. foto, B), mida kasutatakse koos endoskoopilise luubiga. Pintsetiga võib eemaldada mittemagnetilisi kilde ka ees- ja tagakambrist.

Et selgitada diaskleraalse luubi ja originaalse torupintseti kasutamise võimalusi mittemagnetiliste kildude eemaldamiseks klaaskeha keskosadest, tegime katseid nii küülikutel kui ka isoleeritud seasilmadel. Kasutasime väikesi, ligikaudu 1 mm suurusi mittemagnetilisi kilde (vask, alumiinium, graniit, telliskivi, betoon, puu, klaas, plastmass), mis silmaõõnde viisime pintsetiga.

Pärast paikset tuimastust ja limaskesta separatsiooni tegime ora *serrata* piirkonnas kaarja skleeralõike, millesse aetasime diaskleraalse luubi. Luubi fikseerisime skleerale kahe ajutise õmb-lusega. Kasutasime fookustatud valgust, mida silmaõõnde juhtisime läbi pupilli. Otsese valgustuse korral olid kildude detailid hästi nähtavad. Silma vastasseina valgustamisel (s. o. läbitavas valguses) olid heledal foonil hästi nähtavad söe-, graniidi- ja betoonikillud. Plastmass opalestseerus. Tellise- ja puutükikesi nägime hästi nii otseses kui ka läbitavas valguses. Nii heledast kui ka tumedast klaasist killud särasid, andsid varje ja helkisid ning olid klaaskehas kergesti leitavad. Vase- ja alumiiniumitükikesed olid hästi nähtavad mõlema valgustusega. Kunstlikult esilekutsutud katarakt halvendas nähtavust, ei seganud aga oluliselt kildude leidmist ja eemaldamist.

Pintseti viisime silmaõõnde ja haarasime killu, kontrollides protseduuri diaskleraalse luubiga. Kui olime veendunud, et kild on kindlalt fikseeritud, eemaldasime pintseti haavast ettevaatlikult. Võrkeha otsimine ei võtnud aega tavaliselt üle 10...15 sek., niisama palju aega kulus ka killu haaramiseks ja eemaldamiseks. Kildu õnnestus haarata esimesel, teisel või kolmandal katsel.

Katsed näitasid, et diaskleraalse luubi ja originaalse torupintseti abil saab klaaskeha keskosast eemaldada väikesi, umbes 1 mm suurusi mittemagnetilisi kilde. Instrumendid on lihtsad, mugavad käsitseda ning neid võib soovitada kliinilises praktikas.

KIRJANDUS: 1. Горбань А. И. Офтальмол. ж., 1958, 6, 333—334. — 2. Дикун В. Н. Вестн. офтальмологии, 1957, 1, 42—43. — 3. Краснов М. Л. Вестн. офтальмологии, 1944, XXIII, 3, 17—20. — 4. Краснов М. Л. Боевые повреждения глаз и их лечение. М., 1947, 151—157. — 5. Полтинников И. Х. Автореф. дисс. канд. мед. наук, Л., 1956. — 6. Поляк Б. Л. В кн.: Военно-полевая офтальмология. Л., 1953, 206—208. — 7. Шоттер Л. Х. Тартуский государственный университет. Научная конференция медицинского факультета (25—28 апр. 1960 г.). Тезисы докладов. Тарту, 1960, 49—50. — 8. Leydhecker, F. K. Graefes Arch. Ophthalmol., 1940, 141, 665—701. — 9. Stallard, H. V. Eye Surgery. Bristol, 1958, 788—794. — 10. Thorpe, H. E. J. Amer. Med. Assoc., 1945, v. 127, 197—204.

РЕЗЮМЕ. К вопросу удаления немагнитных осколков из стекловидного тела. А. В. Панов. Несмотря на успехи офтальмохирургии, удале-

ние немагнитных осколков из центральных частей стекловидного тела по-прежнему связано с большими трудностями.

Офтальмоэндоскопия принципиально отличается от всех предыдущих методов извлечения осколков.

С 1960 года в глазном отделении Тартуской республиканской клинической больницы для извлечения немагнитных осколков из глазного яблока пользуются диасклеральной лупой конструкции Л. Х. Шоттера. Захватывающим приспособлением служит «трубочный пинцет» того же автора, существенно отличающийся от других пинцетов сходной конструкции.

С целью выявления возможностей диасклеральной лупы и «трубочного» пинцета оригинальной конструкции была произведена серия опытов на кроличьих и изолированных свиных глазах.

Методика эксперимента состояла в введении немагнитных осколков в центральную часть стекловидного тела с их последующим диасклеральным извлечением при помощи «трубочного» пинцета под зрительным контролем через эндоскопическую лупу.

Поиски, захват и диасклеральное извлечение малых (1 мм) осколков занимали не более 30 сек. Извлечение удавалось с первой-третьей попытки.

TRÜ Arstiteaduskonna otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia kateeder

## Kogemuste vahetamine ja kasuistika

### SÖLMILISE PERIARTERIIDI JUHT

SAARA FELDMANN  
LEO PÄI  
LEO POKK  
Tartu

UDK 616.13-002-031.63

*Periarteriitis nodosa* on suhteliselt harva tekkiv kollagenoos. Ta on väga polümorfse kliinilise pildiga, kusjuures elupuhune diagnoosimine on sageli üsna raske. Seepärast võiks huvi pakuda haigusjuht Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast.

32-aastane meespatsient E. K. saabus haiglasse (haiguslugu nr. 679/67) 1. juunil 1967. a.

Ta kaebas jäsemete valu, tugevat nõrkust, peavalu, nägemise halvenemist, sagedat urineerimist ja sõrmede ning varvaste tundlikkuse kadumist. Kannatas janu. Haige oli tugevasti kõhnunud (kehakaal 44,6 kg, pikkus 173 cm). Nahk mööduka pruunja pigmentatsiooniga, sõrmedel pingul, läikiv, atroofiline. Jäsemete lihased atroofilised. Sõrmi ja varbaid ei liiguta. Anküloose ei täheldatud. Nägu kahvatu, nina teravnenud. Väljakujunenud punnissilmsus. Südame piirid laienenud vasaku vatsakese arvel, toonid tuhmid. Tahhü-

kardia. Maks ulatub roietekaare alt välja kahe sõrme laiuselt. Köht pehme, palpeerimisel veidi valulik.

Patsient pidas end haigeks 1967. a. 10. jaanuarist alates, mil pärast külmetamist olid tekkinud tugevad liigesevalud ja kehatemperatuur oli tõusnud 38°. Ambulatooriumis raviti teda kui gripihaiget, hiljem stationsaaris trakteeriti haigust kui mittespetsiifilist nakkuslikku polüartriiti. Ravi tulemusena seisund veidi paranes ja patsient läks veebruaris tööle, kuid siiski tundis end halvasti. Märtsis tekkisid näo lihaste krampid ja tunne, nagu kurgus oleks mingi tükk. Teda raviti psühhoneuroloogiahaiglas, hiljem Tõnismäe Haigla sisehaiguste osakonnas. Märtsi lõpul hakkas patsient kiiresti kõhnuma ja seisundi progresseeruva halvenemise tõttu suunati ta Tartu Vabariiklikku Kliinilisse Haiglasse. Tal oli diagnoositud suurt kollagenoosi, oietati dermatomüosiiti.

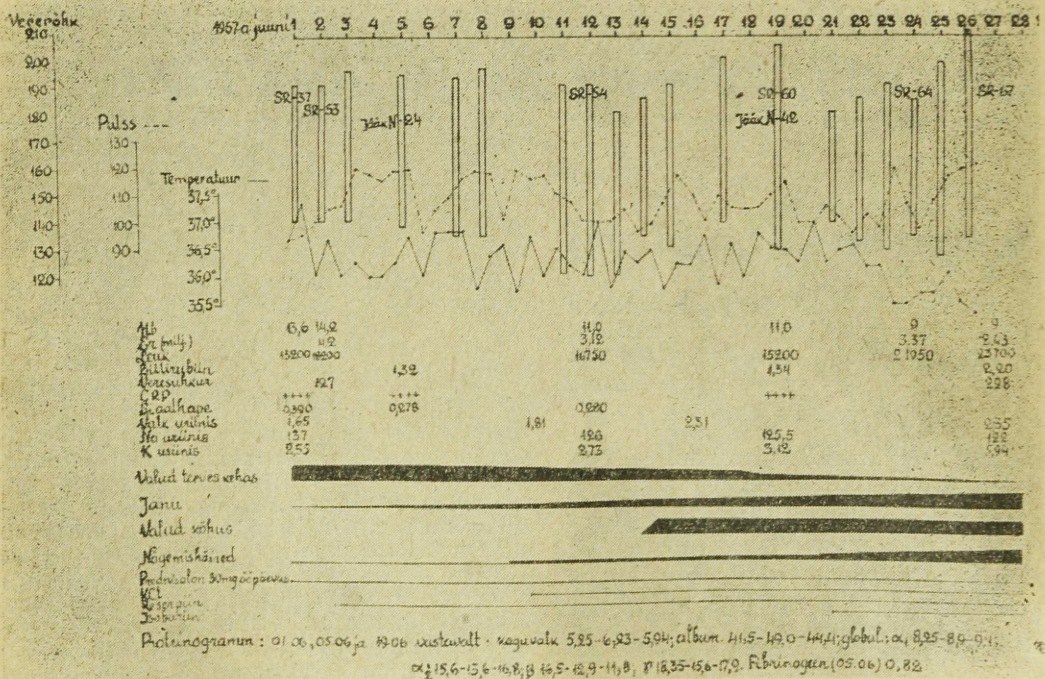
Haiglas tehtud laboratoorsete uuringute tulemused ja nende dünaamika seoses mõnede kliiniliste andmetega on esitatud joonisel 1. Vererõhk märgatavalt kõrgenenud — 192/140 mm Hg. Elektrokardiogramm: siinus-tahhükardia, juhtivuse mõõdukas aeglustumine kodades, elektrilise aktiivsuse suuremine vasakus vatsakeses, elektrilise süstoli pikenedamine, Hisi kimbu parema sääre mittetäielik blokaad. Silmapõhi: hemorraagiad, valged degeneratiivsed laigud, arterite joonis vääniline ja katkendlik. Hüpertoonilise retinopaatia pilt. Neuropatoloog konstateeris polüneuriiti perifeersetel halvatusel nähtudega. Kraniiaalnärvide kahjustusi ei avastatud.

Diagnoosimine valmistas raskusi. Jäädi peatuma *periarteriitis nodosa*'l, mida kinnitasid hüpertoonia, polüneuriidi ja naha ning

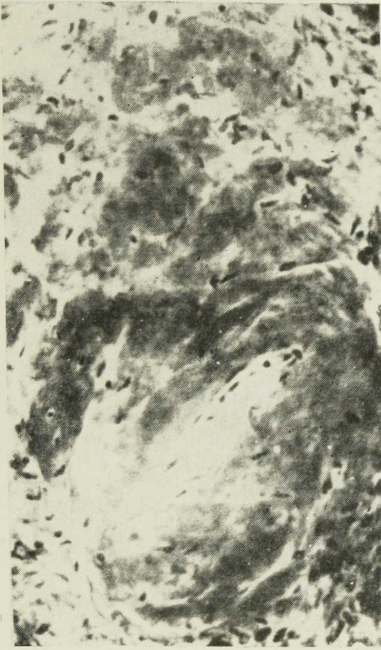
lihaste ja liigeste süsteemse sündroomi üheaegne esinemine. Raviks määrati prednisolooni 30 mg ööpäevas, reserpiini, papaveriini, C-vitamiini ja kaaliumkloriidi. Ravile vaatamata halvenes seisund progresseeruvalt. Haiglas viibimise 21. päeval tugevnes peavalu ja kadus nägemine. 24. päeval tugevnes ka kõhuvalu, arenes välja kõhulihaste pinget. 27. päeval tekkisid valud rinnas, hingeldus ja kõha rögaeritusega. Röntgenoskoopiliselt diagnoositi peenekoldelist kopsupõletikku. Haige suri 30. päeval.

Lahangul (protokoll 284/67) täheldatud silmaga nähtavad muutused südame, neerude ja maksa veresoontes viitasid sõlmilisele periarteriidile. Diagnoos leidis kinnitust ka histoloogiliselt. Mikroskoopilisel uurimisel leiti sõlmilisele periarteriidile iseloomulikke muutusi veresoontes ning verevarustuse häirest tekkinud sekundaarseid kahjustusi maos, kopsudes (vt. tahvel I, mikrofoto 1), neerupealistes (vt. tahvel I, mikrofoto 3), hüpofüüsis, ajukelmel ja peaajus. Kõhunäärme veresoonte kahjustuste tagajärjel oli eksokriinne parenhüüm koldeti atrofeerunud või hävinud ning asendunud sidekoega, milles Langerhansi saarekesed olid säilinud (vt. tahvel I, mikrofoto 2). Patoloogilis-anatoomiline diagnoos: *Periarteriitis nodosa. Hypertrophia et dilatatio ventriculorum cordis. Insufficiencia cardiovascularis chronica: hydrothorax bilateralis, hyperaemia venosa chronica hepatis. Cachexia gravis.*

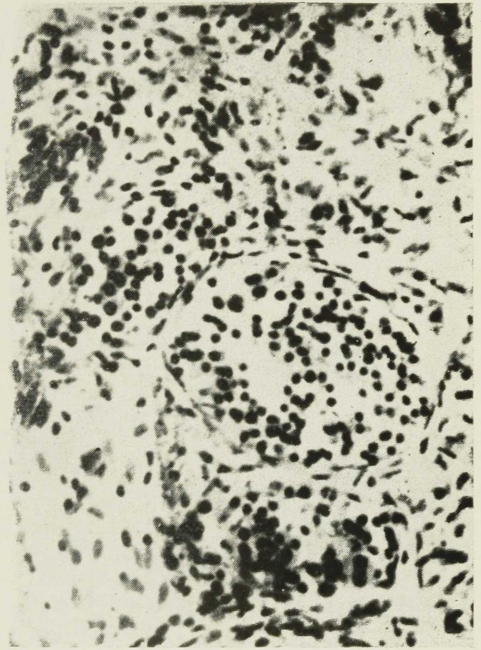
Sõlmilise periarteriidi diagnoosimine võib mõnel juhul raskusi valmistada isegi lahangul ja diagnoos võib kinnitust leida alles pärast mikroskoopilist uuri-



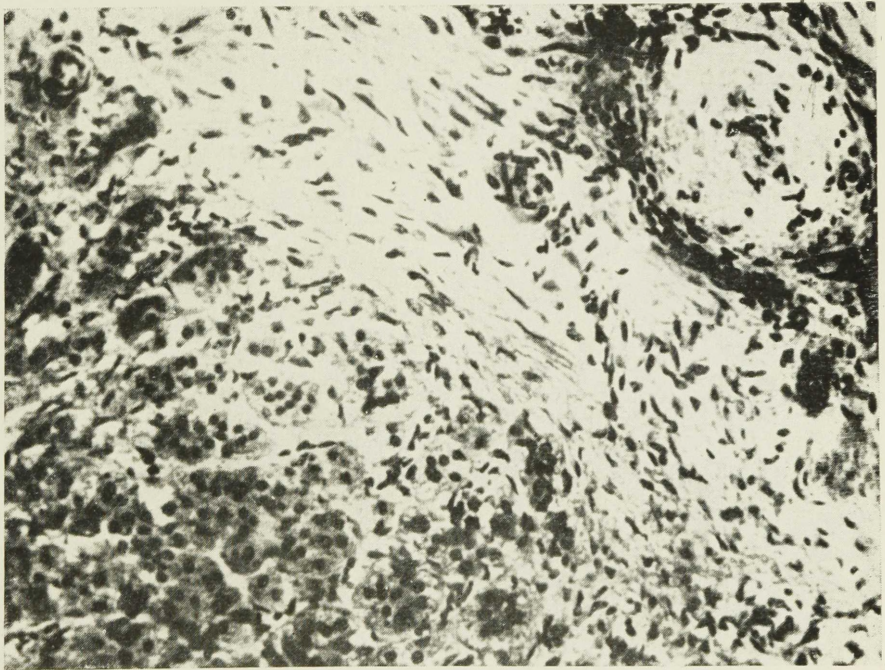
Laboratoorsete ja kliiniliste uuringute dünaamika.



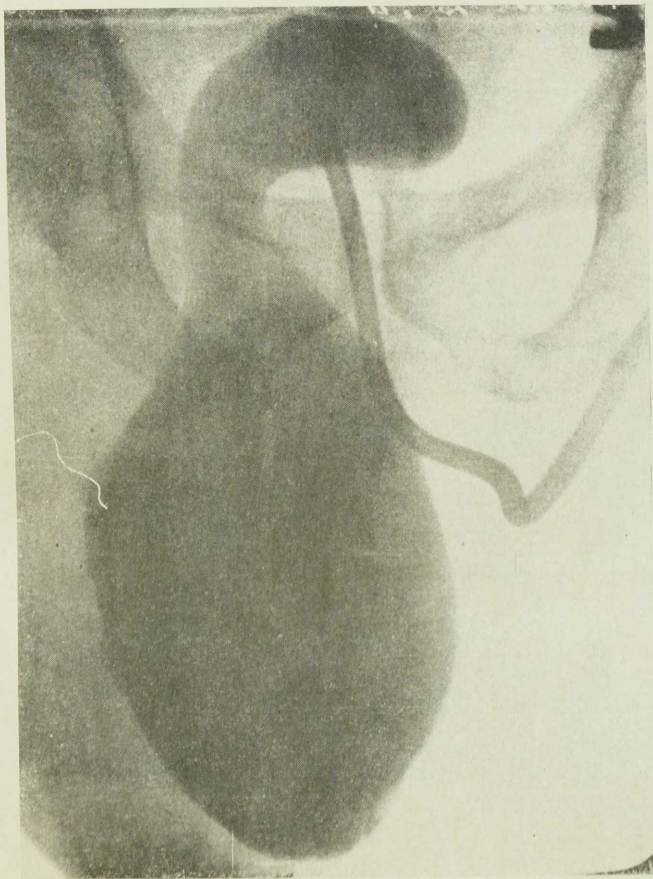
Mikrofoto 1. Kops. Veresoone  
seina fibrinoidne nekroos (vär-  
ving van Giesoni järgi, suurendus  
350×).



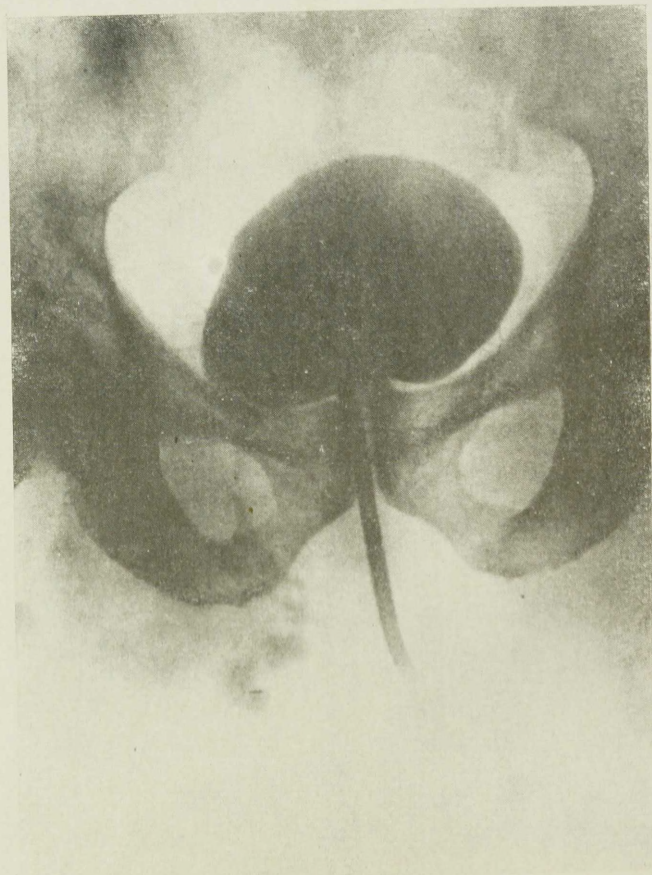
Mikrofoto 2. Kõhunääre. Vohanud sidekoos  
säilinud Langerhansi saarekesed (värving  
van Giesoni järgi, suurendus 500×).



Mikrofoto 3. Neerupealis. Muutused arteri seinas on põhjustanud soone valendiku täieliku sulguse (joonisel ülal paremal). Neerupealise koore nekrotiseerunud osa on asendunud sidekoega (värving van Giesoni järgi, suurendus 350×).



Tsüstogramm 1.



Tsüstogramm 2.

mist (3, 7). Peale muutuste südames, neerudes, maksas ja maos, mida sõlmilise periarteriidi juhtudel kirjanduse andmetel (1, 2, 5) on sageli, leidsime muutusi ka endokriinsetes näärmetes, mida on kirjeldatud harvem (1). Sümp- toomide mitmekesisus oli käesoleval juhul tingitud paljude elundite kahjustusest. Neerudes olid morfoloogilised muutused kõige ulatuslikumad, mis- tõttu tekkisid sümptomaatiline hüper- toonia, südame vasaku vatsakese hü- pertroofia ja hiljem kardiovaskulaarne puudulikkus. Selle sügenemist soodus- tasid ka sõlmilise periarteriidi tagajärjel arenenud muutused südames ja kopsu- des. Tüsistusena tekkis raskekujuline kahheksia.

Teataval määral pakub huvi kopsu- põletik, mis kulges ägedate haigusnä- hudega. Patoloogilis-anatoomiline uuri- mine näitas, et tegemist oli *periarteriitis nodosa*'le spetsiifilise kopsukahjus- tusega.

Ehkki andmed on *periarteriitis no- dosa*'le küllalt iseloomulikud, vajaksid mõned seigad rõhutamist. Paljud auto- rid märgivad tüüpilisena sõlmi, kuid kirjeldatud juhul need puudusid. Pole liigne ära tuua H. Reimanni (6) arva- mus, kes eitab sõlmede tähtsust diag- noosimisel. Mõningaid raskusi tekitas kiiresti eristamine Conni sündroomist. Kiiresti arenev kahheksia, käte ja jal- gade halvatused, kõrge vererõhk, po-

lúuuria, leelisene uriin rohke kaaliumi- sisalduse ning samaaegse hüpokaliee- miaga, nagu märgib W. Brühl (4), on esmasele aldosteronismile tüüpilised.

KIRJANDUS: 1. Горнак К. А. В кн.: Па- тологическая анатомия и патогенез коллагено- вых болезней. М., 1963, 282—316. — 2. Ланг Г. Ф. Руководство по внутренним болезням. Под ред. А. Л. Мясникова. М., 1948. — 3. Покк, L. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1961, 2, 58—59. — 4. Brühl, W. Polski Tygodnik Lekarski, 1958, 13, 861. — 5. Hen- ke, F., Lubarsch, O. Handbuch der spe- ziellen pathologischen Anatomie und Histo- logie. Berlin, 1929, 5, 2, 211—220. — 6. Reimann, H. A. Inflammation a Disease of Connective Tissue. Philadelphia, 1961. — 7. Wohlwill, F. Virchows Archiv, 1923, 246, 377—411.

РЕЗЮМЕ. Случай острого узелкового пе- риартериита. С. М. Фельдман, Л. Т. Пяй, Л. Р. Покк. Приводятся данные об остро протекавшей форме болезни у мужчины 32 лет, приведшей к гибели больного в течение пяти месяцев. Разбираются особенности клиниче- ской симптоматики и патологоанатомической картины, свойственной заболеванию, с одно- временным системным поражением многих ор- ганов, в том числе эндокринной системы, почек, сердца, легких и печени.

Tartu Vabariiklik Kliiniline Haigla  
TRÜ Arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste  
kateeder  
TRÜ Arstiteaduskonna patoloogilise  
anatoomia kateeder

## PROGRESSEERUV OSSIFITSEERUV MÜOSIIT

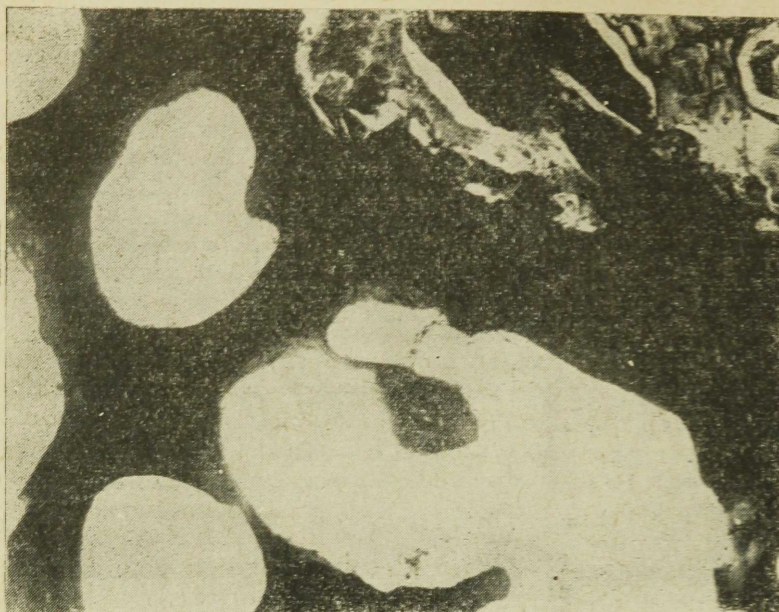
RAIK MIKELSAAR

Tartu

UDK 616.74-003.972-031 13

Progresseeruv ossifitseeruv müosiit on harva esinev haigus, millele on ise- loomulik luukoe moodustumine lihaste- vahelises sidekoes, kõõlustes ja aponeu- roosides. Esmakordselt kirjeldas seda haigust E. Münchmeyer 1869. aastal. Käesoleva ajani on kirjeldatud ligi- kaudu 200 ossifitseeruva müosiidi juhtu (3). Haigus algab tavaliselt lapseas. Nahk tursub ja hakkab punetama, liha-

sed tihkestuvad. Hiljem nahanähud kao- vad, aga lihastesse ilmuvad kõvad, luu- lised moodustised. Algul luustuvad kukla-, kaela- ja õlavöötme, hiljem ka selja-, rindkere ja jäsemete lihased. Südamelihases, diafragmas, miimilistes lihastes ja silelihastes luukude tavaliselt ei teki. Haiged kaebavad valusid, mis vallanduvad jäsemete liigutamisel. Su- geneb aheldatuse tunne, liigutuste ula-



Mikrofoto. Luupõrgad ja lubjasoolade massid lihases progresseeruvat ossifitseeruvat müosiiti põdeval haigel. Värvitud van Giesoni järgi, suurus 240X.

tus järjest väheneb. Ossifitseeruv müosiit kestab aastaid, haigetest saavad tõelised «kiviinimesed». Et haigusest on tabatud ka hingamis- ja mälumislhased, siis haige kõhnub ja tal arenevad hingamistakistused. Surma põhjustavad enamasti mitmesugused kaasuvad haigused.

Esitame meie uuritud progresseeruva ossifitseeruva müosiidi juhu.

62-aastane meespatsient E. K. hospitaliseeriti 12. veebruaril 1963. aastal Tartu Vabariiklikku Psühhoneuroloogia Haiglasse (haiguslugu nr. 122/30057). Et haigel ei olnud omakseid ja ta oli nõdrameelne, siis ei olnud anamneesi võimalik selgitada. Haiglas tekkis korduvalt psüühiline rahutus. Hiljem lisandusid neelamisraskused, mistõttu patsient jäi nii nõrgaks, et talle määrati voodirežiimi. Objektiiivsel uurimisel selgus, et jäsemeid oli võimalik liigutada vaid väga vähesel määral. Kaela, selja ja jäsemete piirkonnas olid naha all palpeeritavad ulatuslikud kõvad plaaditaolised moodustised. Kõõluserefleksid olid elavad, kõhurefleksid puudusid. Vasak nasa-labiaalvõlv oli lamenenud, sõrmede treemor. Vererõhk 220/150 mmHg. Veri: SR 10 mm tunnis, hgb. 12,3 g%, leukots. 6400, erütrots. 4,8 milj. 21. augustil tekkisid jäsemete rigiidsus ja tugev kuklakangestus. Kummalgi jalal Babinski refleksi positiivne. Silmapõhjas leiti väikesi hemorraagiaid. Tekkis palavik 38,4°. Haige suri 25. augustil. Kliiniline diagnoos: *morbus hypertonicus II, thrombosis cerebri, dementia organica; bronchopneumonia, myositis ossificans progressiva*.

Lahangul leiti jäsemete sirutuspindadel ja kaela ning selja piirkonna pehmetes kudedes kõvu plaatjaid luulisi moodustisi, mis üksteisega olid ühendatud sillakeste abil. Kopsude tagumistes osades oli õhutühje tihkeid alasid. Aordist väljuvate arterite ja peaaaju-

põhimiku arterite sisekestad olid kaetud rohketel aterosklerootiliste naastudega. Peaaaju mitmes piirkonnas leiti väikesi verevalumeid. Histoloogilisel uurimisel täheldati vöötlihaste vahel ebakorrapärase lamellidega luukude ja fibrooset kude, milles oli lubjaladestusi (vt. mikrofoto), lihasekiududes paiguti nekrobiotilisi muutusi. Peaaaju koes rohkesti verevalumeid ja hemosideriini, paljudes närvirakkudes düstroofilised muutused. Huvitava muutusena märkasime peaaaju mitmes osas kapillaaride basaalmembraani paksenemist ja tugevat basofiilset värvuvust, mida M. Aleksandrovs-kaja tähelepanekuid silmas pidades tõlgendasime kapillaaride kaltsinoosina (2). Patoloogilis-anatoomiline diagnoos (lahanguprotokoll nr. 273): *morbus hypertonicus, haemorrhagiae multiplices cerebri et cerebelli; bronchopneumonia bilateralis; myositis interstitialis ossificans progressiva*.

Ossifitseeruvat müosiiti põevad ja selle tagajärjel surevad tavaliselt noored, käesoleval juhul aga väärrib märkimist haige suhteliselt kõrge eluiga. Kahjuks ei olnud haiguse arenemiskäiku võimalik täpsemalt selgitada.

Progresseeruva ossifitseeruva müosiidi etioloogia on ebaselge. Enamik autoreid peab ektoopilise ossifitseerumise põhjuseks sisesekreetsiooni häireid (3, 5, 7, 8, 9, 10). Kõige usutavam on C. Weberi (11) arvamus, et ossifitseeruv müosiit tekib kaltsiumi- ja fosfori-ainevahetuse häirete tagajärjel. Ka käesoleva juhu analüüs kinnitab, et haiguse tekkes on tähtis osa kaltsiumi-ainevahetuse häiretel: lihaskoes luupõrkade läheduses leidis hulgaliselt korrapäratult paiknevaid lubjasoolade ladestusi. Eriti

huvipakkuv on haigel täheldatud pea-aju kapillaaride kaltsinoos. See näitab, et ossifitseeruva müosiidi puhul on tegemist lubjasoolade ladestumise erilise diateesiga.

Raviks soovitatakse mitmesuguseid üldtugevdavaid vahendeid — ravikehakuultuuri, vitamiine, AKTH-d, suguhormoone, aaloed, ionogalvanisatsiooni jms. (4, 6). Suhteliselt paremaid tulemusi on saadud müooliga (1). Tõhusad vahendid progresseeruva ossifitseeruva müosiidi raviks seni puuduvad, mistõttu haigus vajab igakülgset uurimist.

KIRJANDUS: 1. Аксельруд С. С. Вестн. хир. им. Грекова, 1936, 3, 82—85. — 2. Александровская М. М. Сосудистые изменения в мозгу при различных патологических состояниях. М., 1955. — 3. Березина Е., Марков Л., Дьяченко В. БМЭ, т. 18, М., 1960, 643—658. — 4. Гингольд А. И., Рывкина С. В. Педиатрия, 1953, 2, 55—56. — 5. Гурович С. И., Гасанова В. П. Пе-

диатрия, 1956, 4, 79—81. — 6. Либерман Г. А. Сов. хирургия, 1934, 5, 885—890. — 7. Оппель В. А. Tsit. J. Berezina jt. (3) järgi. — 8. Aschner, B., Engelmann, G. Konstitutionspathologie in der Orthopädie. Wien—Berlin, 1928. — 9. Ipponsungi, T. Mitt. allg. Path. u. path. Anat., 1927, 3, 343—460. — 10. Meyenburg, H. In: Handbuch der spez. path. Anat. u. Histol. Herausg. von F. Henke u. O. Lubarsch. Berlin, 1929, 9, 1, 299—508. — 11. Weber, C. Ann. med., 1927, 22, 106—116.

РЕЗЮМЕ. Прогрессирующий оссифицирующий миозит. Р. Н. Микельсаар. Описан случай прогрессирующего оссифицирующего миозита у 62-летнего мужчины. Очаги оссификации отмечены в области шеи, спины и конечностей. Гистологически в скелетных мышцах найдены очаги костной ткани и беспорядочные массы известковых солей. В капиллярах мозга обнаруживался кальциноз. Автор полагает, что в основе оссифицирующего миозита лежит общий диатез кальцификации и оссификации.

Tartu Linna Kliiniline Haigla

## KUSEPÕIE SONG

ANTS HAAVEL  
ANTS KORSAR  
Kingissepa

UDK 616.62-007.43

Kusepõie songadeks nimetatakse kusepõie või selle osa väljalangemist läbi songavärati. Kubemesongade hulgas esineb kusepõie songi eri autorite järgi 0,33... 6%. Paljude kirurgide kogutud statistilised andmed 10 206 kubemesonga kohta näitavad, et kusepõis oli songakotis 141 juhul, s. o. 1,4% (3). Enne operatsiooni avastatakse ainult 9... 10% kusepõie songadest, sest nende tunnused ei ole alati välja arenenud (2, 3).

Hoolikal anamneesi kogumisel võib kusepõie songa siiski oletada, sest need haiged kaebavad sageli valu urineerimisel ja nad ei saa põit täiesti tühjendada. Selleks et urineerida, peab haige suruma munandikotis olevale moodustisele või pikali heitma.

Kusepõie songi jaotatakse ekstraperitoneaalseteks, mil kusepõie väljasopistis ei puutu kokku peritoneumiga, para-

peritoneaalseteks, mil kusepõie väljasopistis katab peritoneum osaliselt, ja intraperitoneaalseteks, mil kusepõie väljasopistis on peritoneumiga kaetud (1, 3).

Kirjeldame üht haigusjuhtu.

65-aastane meeshaige V. S. (haiguslugu nr. 2494/62) hospitaliseeriti Kingissepa Rajooni Keskhai glasse 6. IX 1962. a. Diagnoos: *Hernia scrotalis incarcerata dextra*. Anamneesi järgi oli tegemist parempoolse kubemesongaga, mida oli opereeritud 1912., 1952. ja 1957. aastal. 6. IX 1962. a. olid äkki tekkinud tugevad valud paremal kubeme piirkonnas ja song ei olnud enam reponeeritav. Kiirabi tõi haiglasse kolm tundi pärast songa pitsumist.

Objektiivselt: Korrapärase kehaehitusega tüse meeshaige. Nahk puhas. Kuulatllemisel kopsudes vesikulaarne hingamiskahin, südametoonid tuhmid, regulaarsed. Pulss 78 korda minutis, arteriaalne rõhk 120/80 mmHg. Kompleksilise kõhuseinad pehmed. Paremalt kubeme piirkonnas operatsioonihavade armid. Munandikott umbes lapse pea suurune,

komplemisel parempoolne piirkond valulik. Songavärat palpeeritav, kuid songakoti sisu ei ole reponeeritav. *Penis* ei ole nähtav ja on palpeeritav läbi munandikoti. Diagnoositi parempoolset pitsunud kubemesonga ja otusstati teha herniotoomia.

Tegemist oli parempoolse pitsunud munandikoti-songaga, mille sisuks olev peensool pitsumusest vabastamise järel muutus normaalseks. Pärast songakoti eemaldamist jäi munandikotti umbes mehe rusika suurune fluktuieriv moodustis, mida kirurg pidas vesimunandiks. Moodustisse tehti löige, väljus uriini. Diagnoositi kusepõie songa. Eelmisest operatsioonist tingituna, mil pitsunud munandikoti-songa likvideeriti, ei olnud kusepõie songa likvideerimine näidustatud. Samuti ei olnud haigel enne operatsiooni tehtud tsüstoskoopiat ja tsüstograafiat. Pärast operatsiooni uuriti kusepõit. Täpsustati anamneesi, millest selgus, et urineerimine oli valulik ja haige ei saanud põit täielikult tühjendada. Kusepõit tühjendada õnnestus tal voodis külliasendis, kusjuures kätega surus munandikotile. Sellisel teel tühjendamisel uriini hulk 500 ml. Kusepõie maht 1050 ml. Pärast iseiseisvat urineerimist, lamades vasakul küljel, jääb kusepõie 250 ml jääkuriini. Tsüstoskoopiliselt oli väga raske uurida kusepõie ebaloomuliku asendi tõttu. Tehti tsüstograafia 10% lise sergosiinilahusega. Tsüstogrammidel (vt. tahvel II, tsüstogramm 1) on näha, et  $\frac{1}{6}$  põiest paikneb väikeses vaagnas,  $\frac{5}{6}$  aga on vajunud paremale munandikotti. Diagnoositi paraperitoneaalset kusepõie songa. Haige valmistati ette operatsiooniks. Paremal pool tehti kubemekanaliga paralleelne löige, mis ulatus skrootumile. Munandikotti langenud kusepõie osa separeeriti välja ning kusepõis avati. Selgus, et ureetrite avad ei asetse allalangenud osas. Kusepõie allalangenud osa resetseeriti ja põie haav suleti umbelt. Et parempoolne munand oli kusepõie külge tugevasti liitunud, siis tuli see munand eemaldada. Kusepõie allalange-mise vältimiseks fikseeriti ta üksikute siid-õmblustega ülemise häbemeluuharu külge.

Pärast operatsiooni tekkis haigel kusepõie fistul, mis hiljem likvideeriti. Tehti tsüstograafia; põie kujus ja asetuses olulisi haigus-

likke muutusi ei ole (vt. tahvel II, tsüstogramm 2).

Kontrollimisel 6 aastat hiljem selgus, et patsient kusepõie vaevusi ei kaeba, urineerib vabalt. Songa retsidiive ei tekkinud.

Et kindlaks määrata operatsioonimeetod, on suurte kubemesongade diferentseerimiseks kusepõie songadest vaja teha tsüstoskoopia ja tsüstograafia. Tavalised songade opereerimise meetodid ei ole piisavad ning kirurg võib raskustesse sattuda.

Enne kusepõie songa kõrvaldamist tuleb kindlaks määrata ureetri avade asukohad.

KIRJANDUS: 1. Кудряцева Н. А. Урология, 1956, 1, 60—62. — 2. Самойлова М. А. Вестн. хир., 1968, 1, 110—111. — 3. Симовский-Вейтков Р. С. Урология, 1958, 6, 54—56.

РЕЗЮМЕ. Грыжа мочевого пузыря. А. А. Хаавел, А. О. Корсар. В числе паховых грыж встречаются грыжи мочевого пузыря 0,33—6%. По их отношению к перитонеальному грыжевому мешку грыжи мочевого пузыря делятся на экстра-, пара- и интраперитонеальные.

В приведенном случае мы наблюдали большую параперитонеальную грыжу мочевого пузыря.

Чтобы дифференцировать большие паховые грыжи и выбрать правильный метод операции, нужно произвести цистоскопию и цистографию. Обычные методы операций паховых грыж при грыже мочевого пузыря недостаточны и оперирующий хирург может попасть в затруднения.

До ликвидации грыжи мочевого пузыря нужно установить место локализации мочеточников.

Kingissepa Rajooni Keskhaiгла

## Abiks velskritele ja õdedele

### NEUROOTILINE DEPRESSIOON

LEIDA TOMANN

Tartu

UDK 616.895.4

Neurootiline depressioon on psühhogeense depressiooni üks sagedam esinemisvorm. Psühhogeenne, s. o. psüühilistest teguritest tingitud, psüühilis-emot-

sionaalse mehhanismi poolt esilekutsutud häire, kõrvalekaldumine või normaalne reaktsioon. Psühhogeense reaktsiooni korral on psüühika kõrvalekaldu-

mine põhjuslikus seoses psüühilise traumaga. Haiguslikuks saab sellist reaktsiooni pidada siis, kui selle intensiivsus või kestus ei ole adekvaatne toimunud sündmusele või situatsioonile ning häirib inimese sotsiaalset adaptatsiooni. See tähendab, kui inimene psüühilise tegevuse reaktiivsete kõrvalekaldumiste tõttu ei ole suuteline endiselt töötama, kaasinimestega suhtlema, oma elu ning olustikku korraldama.

Reaktiivsete häirete tekkimisel ja arenemisel on peale psüühilise trauma olulised ka isiku iseärasused, isiksus kui tervik (1, 2, 4). Sagedamini tekivad psühhogeensed reaktsioonid neil, kel avalduvad närvitegevuse nõrkuse või pidurdamatuse tunnused, kes kalduvad ärevust tundma ja kahtlustama, ei usalda end ning kõhklevad. Psühhogeense reaktsiooni sisu on otseses ja vahetus seoses psüühilise traumaga, kuna vorm, selle konkreetne avaldumine ning sümptomide tekkimise intensiivsus sõltuvad enamasti isiksuse iseärasustest. Psühhogeensete reaktsioonide tekkimisel on oluline ka isiku suhtumine traumeerivasse sündmusesse või konflikti. Nii mõnigi kord võib reaktsioon areneda tühisel põhjusel, millele isik tavaliselt tähelepanu ei ole pööranud. See näiline vastuolu on seletatav asjaoluga, et reaktsiooni vallandumisel etendavad tähtsat osa just emotsionaalne tegur ning sellega kaasnevad vegetatiivse närvitegevuse nihked. Need aga ei ole seotud sündmusega, vaid just sündmuse tähendusega isiku huvide ja sotsiaalsete vajaduste aspektist. Eriti reljeefsel ilmneb see asjaolu psühhogeensete depressiivsete seisundite tekkes.

Neurootiline depressioon areneb tavaliselt pikemat aega kuhjuva emotsionaalse pinge, püsiva konfliktse situatsiooni, kuid ka ühekordse raske psüühilise trauma tagajärjel. Viimasel juhtumil on ikkagi tegemist sündmuse kestva järelmõjuga, püsiva konfliktiga. Sündmused, nagu lähedase inimese surm, vara kaotus vms., tavaliselt ei vallanda neurootilist, vaid vallandavad šokireaktsiooni või halvemal juhul ägeda psühhooosi.

Mõningane meeleolu langus on täheldatav enamikul neuroosihaigetel. Neurasteenikute, hüsteerikute, psühhasteenikute ja sundneurootikute psüü-

hika fooni moodustab sageli väga mitmesuguses variandis ja mitmesuguse intensiivsusega langenud meeleolu (1, 3). Osal juhtudest aga on langenud meeleolu ja sellega kaasnevad muud nähud kogu haiguspildis domineerivad sümptoomid. Siis võimegi rääkida neurootilisest depressioonist.

Neurootiline depressioon võib avalduda asteenilis-depressiivse või ärevdepressiivse variandina, mõnikord võivad lisanduda ka sundnähud või hüpohondrilised sümptoomid. Sageli võib neurootilise depressiooni dünaamikas täheldada esialgse ärevdepressiivse variandi (võrreldav neurasteenia hüpersteenilise faasiga) üleminekut asteenilis-depressiivseks (hüposteeniline faas) sündroomiks.

Ärevdepressiivse variandi korral on langenud meeleolu foonil täheldatavad hirm, ärevus, kartus. Need võivad sihitud olla teatavatele sündmustele või isikutele, võivad olla ka ebamäärased, üldised. Käitumises avalduvad ärevus ja hirm kärsitusena, pingutatud olekuna, düsfooriana. Mõnigi kord ei ole sellise haige käitumisest võimalik otseselt välja lugeda meeleolu langust — see ilmneb alles psüühilise seisundi üksikasjalikul uurimisel.

Asteenilis-depressiivsele variandile on iseloomulik väsimus, loidus, jõuetus, huvide ja aktiivsuse vähenemine. Mõttekäik on aeglustunud, haige ei ole suuteline sügavamaks ja kõigekülgeks analüütilis-sünteesiliseks mõtlemiseks. See tõttu on tema arutlused tihti pinnalised, ta võib teha ebaõigeid otsuseid ja neist võivad kujuneda koguni luulumõtete taolised mõtted. Haiged väsivad kergesti, eriti kurnab neid vaimset pingutust nõudev töö. Tahtlik mõtete ja kujutluste suunamine on raskendatud, domineerivad passiivsed kujutlused. Selline haige veedab sageli tunde tuimas sihitus mõtisklemises ja juhuslikult sõlmuvate kujutluste voolus. Raskendatud on ka ühelt tegevuselt teisele üleminek, mis kutsub esile nõutuse, jõuetustunde, vahel ka kärsituse. Asteenilis-depressiivses seisundis haiged on pidurdusseisundis, vähese jutuga, passiivsed.

Kui neurootilisele depressioonile lisanduvad hüpohondrilised sümptoomid, tekib inimese psüühilises sättumuses omapärane muutus. Perekondlike, ühiskondlike ja tööprobleemidega seotud

huvid jäävad mõtetes ja kujutlustes tagaplaanile. Haige tähelepanu on hõivanud isiklik mina oma elamustega, ta jälgib oma keha ja siseelundite tegevust. Mõtted ja kujutlused, tajumine ja tunded — kõik on koondunud kas reaalse-tele, kuid mitteadekvaatselt tõlgitsetavatele või siis oletatavatele aistingutele oma kehast. Iga erakorralisena näiv või ebameeldivana tunduv pisemgi aisting fikseerub, saab kujutlustes ulatusliku tähenduse ning toob kaasa emotsionaalse nihke ärevuse ja hirmu suunas.

Olenevalt haigest ja miljööst kulgeb neurootiline depressioon erinevalt. Somaatiliselt tervetel ja varem silmatorakavate iseärasusteta isikutel möödub neurootiline depressioon enamasti mõne kuu jooksul ja väga sageli erilise ravita. Inimese närvisüsteemile omane plastilisus ja kohanemisvõime aitavad tal sisemised või välised konfliktid sellisel läbi töötada, et leidub mingi lahendus ja et ta sisemise tasakaalu tagasi saab. Seejuures ei ole alati oluline, et konfliktne situatsioon likvideeruks. Peamine on, et muutuks isiku suhtumine situatsiooni ja sündmusesse, et muutuks tema emotsionaalne hinnang. Enamikul juhtudest peab arst püüdma mõjutada just seda komponenti, kui tema võimuses ei ole muuta psüühikat traumeerivat situatsiooni.

Õeldu ei tähenda veel seda, et miljöö ei ole oma osa neurootilise depressiooni kõrvaldamisel. Sel on isegi väga suur osa, kuid enamik juhtudest just haige sisemise sätumuse vajalikus suunas mõjutamisel ning ainult harva otse konflikti kõrvaldamisel.

52-aastane naispatsient on viimase 10 aasta jooksul kannatanud hüpertoonia tõve all, millega on kaasnenud emotsionaalne labiilisus, peavalud ja üldine nõrkus. Abielus 23 aastat, lahkkelisid ei ole olnud, 17-aastane tütar.

Patsiendi mees oli 1968. a. sanatooriumis, pärast sealt naasmist suhtumine ja käitumine naise vastu muutus. Hoidus kodust eemale, oli külm, hoolimatu, koguni jõhker ning toores. Huvi kodu, abikaasa ja tütre elu ning tegevuse vastu oli täiesti kadunud. Lõpuks andis mees 1969. a. suvel rahvakohtusse abielu lahutamise avalduse. Selgus, et ta oli sanatooriumis tutvunud naisega, kellega kavatses abielluda. Rahvakohus naise vastu- seisu tõttu abielu ei lahutanud, kuid mees

sellest hoolimata lahkus kodust ja läks teise naise juurde.

Patsiendi töövõime langes järk-järgult, süvenes nukurus, ta muutus kärsituks ja hajameelseks, lõpuks tekkis elutüdimus. 1969. a. septembris hospitaliseeriti ta psühhiaatria- haiglasse. Vastuvõtul igakülgset orienteerit- tud, kontakt rahuldav. Rääkis avameelselt konfliktist, muretses mehe kaotamise pärast, kartis jääda kahekesi tütrega, kellega ei ole- vat kuigi head kontakti. Imnesid depressiiv- sed mõtted, mis keerlesid ainult lahtuse ja mehe kaotuse ümber. Meeleolu oli langenud, patsient kärsitu, nuttis palju. Initsiatiiv vä- henenud. Võis täheldada loidust ja ükskõik- sust töö ning ümbruse, isegi tütre saatuse suhtes.

Diagnoos: neurootiline depressioon. Tege- mist oli hüpertoonia tõttu asteniseerunud isiksusega, kel ootamatult tekkinud ja seni lahendamata konflikti tagajärjel hakkas are- nema depressiivne seisund, mis piirdus neuro- roosiga.

Intensiivse ja ratsionaalse psühhoterapia, üldtoniseerivate vahendite ja trankvilisaato- rite kasutamise tulemusena taandus depresi- ivne sündroom kiiresti. Patsiendi töövõime, huvid ning asjalik suhtumine situatsiooni taastusid ning ta lahkus haiglast tervis- tununa.

KIRJANDUS: 1. Баншиков В. М., Гусь- ков В. С., Мягков И. Ф. Медицинская пси- хология, М., 1967. — 2. Жислин С. Г. Очерки клинической психиатрии. М., 1965. — 3. Кер- биков. О. В. и др. Психиатрия. М., 1968. — 4. Weitbrecht, H. J. Psychiatrische Fehl- diagnosen in der Allgemeinpraxis. Stutt- gart, 1966.

РЕЗЮМЕ. Невротическая депрессия. Л. К. Томанн. Невротическая депрессия — наиболее часто встречающийся вариант психогенной депрессии. В возникновении невротиче- ской депрессии играют роль психотравма и пре- морбидная структура личности больного. Переживания, мысли и представления больного связаны с травмирующим событием или с кон- фликтной ситуацией, а интенсивность и струк- тура синдрома зависят от особенностей лично- сти.

Невротическая депрессия может проявлять- ся в виде тревожной, астенической или гипо- хондрической депрессии. Каждая из этих ви- дов депрессии имеет свои особенности симпто- матологии и течения.

Прогноз невротической депрессии у боль- шинства больных оказывается благоприятным. Улучшение достигается даже в таких случаях, когда конфликтная ситуация еще продолжает- ся. Решающее значение имеет изменение эмо- ционального отношения больного к провоциро- вавшему реакции фактору.

Tartu Vabariiklik  
Psühhoneuroloogia Haigla

# KUIDAS VÖTTA MATERJALI TSÜTOLOOGILISEKS UURIMISEKS

HELJUT KAPRAL  
Tallinn

UDK 616-076.5

Viimastel aastatel on tunduvalt suurenunud tsütoloogiliste uurimiste osatähtsus haiguste diagnoosimisel. Nimeetatud uurimised võimaldavad küllalt sageli pahaloomulisi kasvajaid avastada juba varakult, s. o. siis, kui veel on võimalik rakendada tõhusaid ravimeetodeid. Peale onkoloogia kasutatakse tsütodiagnostikat günekoloogias, teraapias, kirurgias, dermatoloogias jm. Uurimiste edukus sõltub suurel määral uurimismaterjali õigest kogumisest. Väikese eksimuse tõttu võib rikkuda kogu materjal, millest tingituna uurimine võib tihti ära jääda.

## Üldnõuded

Kui tsütoloogialaboratoorium asub raviautuses või selle läheduses, siis võib röga, uriini, eksudaati jms. puhastesse kuivadesse nõudesse koguda ja eelneva tötluseta laboratooriumi saata. Lümfi-sõlmedest, siseelunditest, tuumorite punktaatidest, emakakaelast, tupest jm. võetud uurimismaterjalist valmistatakse esemeklaasidele preparaadid õhukese kihina. Need kuivatatakse õhu käes, pakitakse paberisse ja saadetakse laboratooriumi.

Kui röga, eksudaati, uriini jm. tsütoloogialaboratooriumi kohe ei ole võimalik saata, tuleb neist valmistada preparaadid, mida fikseeritakse metanoolis kolm minutit. Kui metanooli ei ole, siis võib kasutada Nikiforovi lahust, milles on võrdsetes hulkades 96% -list etanooli ja eetrit, või ainult 96% -list etanooli. Viimaste korral fikseerida 30 minutit. Fikseeritud preparaadid ei rikne kergesti ja neid võib säilitada päevi ning isegi nädalaid. Igast uurimisobjektist valmistada vähemalt 4 või 5 preparaati, et neist jätkuks tsütoloogilisteks ja vajaduse korral ka tsütokeemilisteks uurimisteks. Siseelundite punkteerimisel aspireeritud materjal on soovitatav täielikult ära kasutada, mõnikord saab sellest 10...20 preparaati. Kasutatakse puhtaid rasvavabu esemeklaase. Uurimismaterjalile ja preparaatidele lisa-

takse saatekiri, milles on märgitud patsiendi nimi, vanus ja veel järgmised andmed: kust materjal on võetud, millise materjaliga on tegemist ja oletatav diagnoos, mida tsütoloogiline uurimine peab täpsustama.

## Röga

Röga kogutakse varahommikul pärast ärkamist 1...2 tunni jooksul. Et toidukübemed rögasse ei satuks, peab haige suukoobast eelmisel öhtul tingimata puhastama. Uurimist raskendab ka rohke sülje hulk rögas. Röga kogumisest kuni preparaatide valmistamiseni ei tohi mööduda üle 2...3 tunni, sest siis hakkavad rögas leiduvad rakud lagunema.

Kui tsütoloogialaboratoorium asub lähedal, siis kogutakse röga Petri tassidesse, mis kohe laboratooriumi toimetatakse.

Kui laboratoorium on kaugemal ja kui uurimismaterjali on sinna võimalik kohe toimetada, siis kogutakse röga puhastesse ja kuivadesse hästi suletavatesse pudelitesse. Kui aga kiiresti transportida pole võimalik, võib röga koguda Petri tassi. Musta ning valge paberi foonil eraldatakse prepeareerimise nōela ja spaatli abil limast ning mädast konsistentsilt, värvuselt ja kujult erinevad rögaosakesed. Need kantakse esemeklaasile ja hõõrutakse prepeareerimise nōelaga ühtlaselt laiali. Nii valmistatakse 4 või 5 preparaati, mis pärast õhu käes kuivamist fikseeritakse kas metanoolis, Nikiforovi lahuses või 96% -lises etanoolis ja saadetakse laboratooriumi (vt. tahvel III, foto 1).

## Uriin

Hommikul kogutud uriin valatakse puhtasse kuiva purki või pudelisse. Pärast 1...2 tunni möödumist võetakse pipetiga purgi põhjast sadet ja see viiakse tsentrifuugi katseklaasi. Sadet tsentrifuugitakse 5 minutit, 1500 pööret minutis. Seejärel valatakse uriin sademelt, asemele pannakse uus uriiniportsjon ning jälle tsentrifuugitakse. Et

sademe hulka suurendada, talitatakse nii kolm või neli korda.

Sademe paremaks fikseerimiseks esmeklaasile lisatakse uriinisademele 1 või 2 tilka vereseerumit. See segatakse katseklaasi raputades ja valmistatakse 4 või 5 preparaati. Preparaadid kuivatatakse õhu käes ja fikseeritakse.

### **Eksudaadid ja transudaadid**

Eksudaat ei tohi hüübida, sest siis haarab hüübimisel tekkinud fibriniiniidistik rakud hüübesse kaasa ja neid ei saa enam kätte. Hüübimise vältimiseks lisatakse 200 ml eksudaadile 2...4 tilka hepariini, 3...4 ml naatriumtsitraadi 10%-list lahust füsioloogilises lahuses või 1...2 ml naatriumetaandiaminotetraetanaadi 5%-list lahust.

Eksudaat või transudaat tsentrifuugitakse ja sademest valmistatakse 5...10 preparaati. Preparaadid kuivatatakse õhu käes ja fikseeritakse.

### **Uurimismaterjal tupest, emakakaelast ja emakaõonest**

Tupe tagumisest võlvist (tsütohormonaalsete uuringute korral tupe külgmisest võlvidest) võetakse uurimismaterjali lusikakese, spaatli või pipetiga. Emakakaela erosiooni kaabitakse õrnalt puit- või metallspaatliga. Kui oletatakse emaka pahaloomulist kasvajat, siis võetakse materjali emakaõonest Brauni süstla või spetsiaalse metallkanüüli abil, mis on varustatud kummiballooniga. Viimasel ajal on tsütoloogilise materjali saamiseks emakaõonest hakatud kasutama loputusvedelikku.

Tupest ja emakakaelast pärinevast uurimismaterjalist valmistatakse 4 või 5 preparaati. Emakaõonest võetud materjal kasutatakse kõik ära, millest saadakse keskmiselt 5...15 preparaati. Preparaadid kuivatatakse ja fikseeritakse nagu tavaliselt (vt. tahvel III, foto 2).

### **Uurimismaterjali aspireerimine söögitorust ja kusepöiest**

Materjali võetakse söögitorust maosondiga, millesse aspiratsioonivade lähedusse on lõigatud mõned lisaavad. Sond viiakse söögitorusse. Kui kahtlane piirkond söögitorus on röntgenoloogiliselt sedastatav, siis võib sondi asendit korrigeerida röntgeniapparaadi kontrolli all. Aspireeritakse suurema süstlaga, kusjuures sondi tõmmatakse vähehaaval väljapoole. Valmistatakse 10...15 pre-

paraati, need kuivatatakse ja fikseeritakse.

Pahaloomuliste kasvajate avastamiseks on kusepöiest aspireerimise teel saadud materjali tsütoloogiline uurimine tunduvalt tulemusrikkam kui uriini uurimine. Täiendavate avaustega steriilne kummikateeter viiakse uriinist tühjendatud põide ning aspireeritakse 20 ml-lise või Janet' süstlaga. Preparaadid valmistatakse üldnõuete kohaselt.

### **Maoloputusvedelik**

Õhtul loputatakse magu sooja veega. Et mao mehhaanilisest ärritusest tingitud sekretsiooni pidurdada, süstitakse järgmisel hommikul naha alla 1,0 ml 0,1%-list atropiinilahust, sest vaba HCl juuresolek loputusvedelikus põhjustab rakkude kiiret lagunemist.

15 minutit pärast atropiini süstimist viiakse makku jäme sond ja Janet' süstlaga aspireeritakse kogu maosisaldis, mis pannakse purki nr. 1. Seejärel viiakse läbi sondi makku 250 ml sooja füsioloogilist või Ringeri lahust — mingil juhul ei tohi kasutada vett, mis soodustab rakkude kiiret lüseeerumist. Aspireeritakse teist korda (purk nr. 2). Makku viiakse jälle 250 ml loputusvedelikku ja aspireeritakse kolmandat korda (purk nr. 3).

Kõigi kolme purgi sisu valatakse Petri tassidesse ja prepareerimisnõela ning spaatliga võetakse välja kahtlased osakesed. Valmistatakse preparaadid (vt. tahvel IV, foto 3).

### **Punkteerimine**

Punkteerimiseks Abramovi järgi on soovitatav kasutada harilikke süstlanõelu, mis diameetrilt sobivad kampri parenteraalseks manustamiseks. Kui punkteeritakse peene nõelaga, tekib vähem tüsistusi ja nahaalune rasvkude nõelu nii kergesti ei ummista. Väga kergesti aga ummistuvad jämedad nõelad, kui ei kasutata mandreene.

Süstlad ja nõelad peavad olema täiesti kuivad, sest isegi minimaalne vedelikukogus võib põhjustada rakkude lüseeerumise. Et süstlad ja süstlanõelad kiiresti kuivaksid, võib neid loputada üks või kaks korda 96%-lises etanoolis ja pärast seda 2...3 korda eetris.

Kui pindmiste kudede, lümfisõlmede, tuumorite jms. punkteerimine on ohutu, siis maksa, kopsude, põrna, neerude jt.

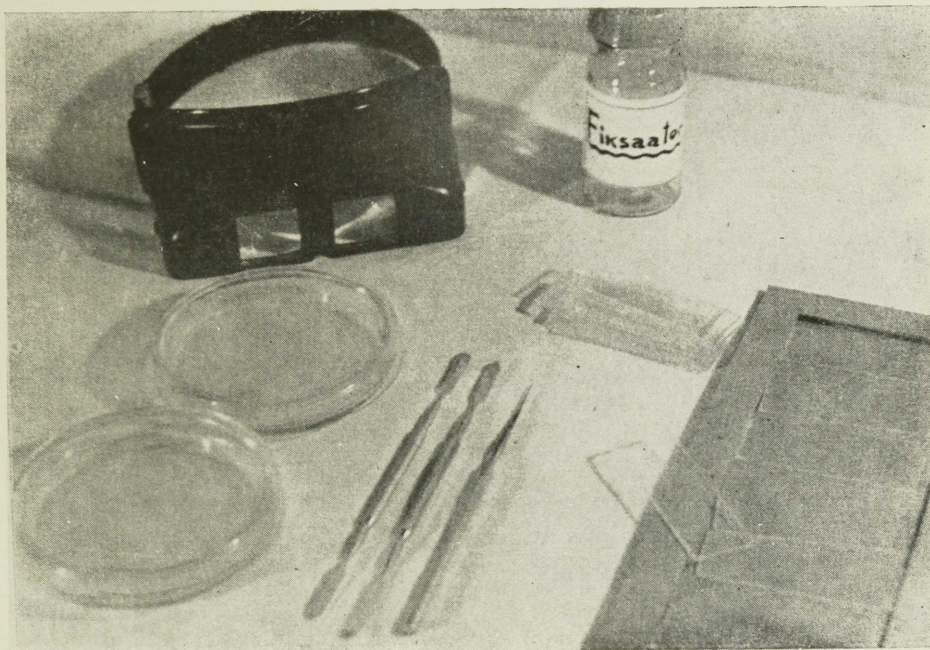


Foto 1. Instrumendid rögapreparaatide valmistamiseks.

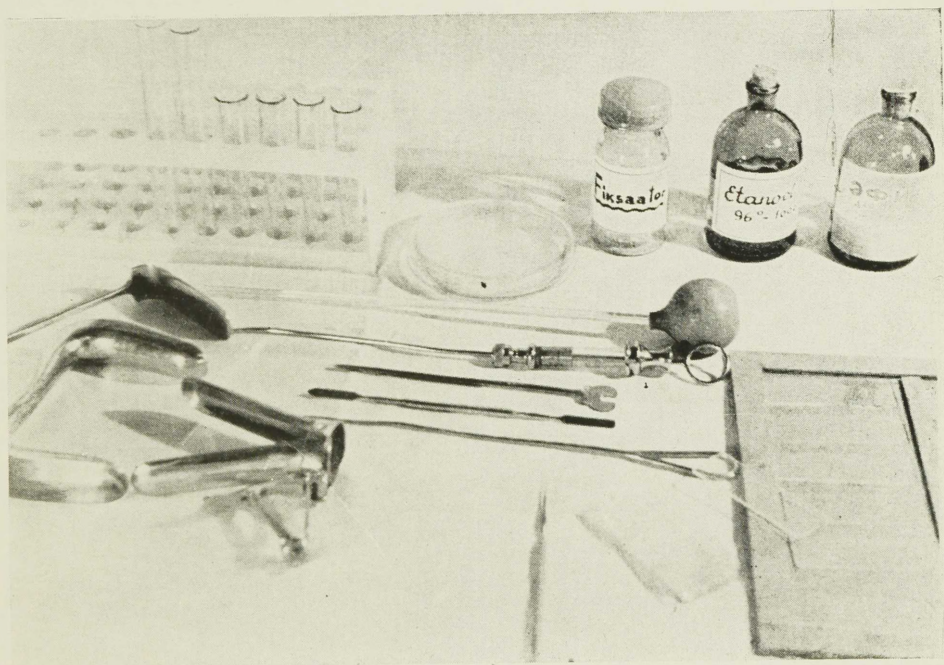


Foto 2. Instrumendid uurimismaterjali võtmiseks tupest, emakakaelast ja emakaõõnest.

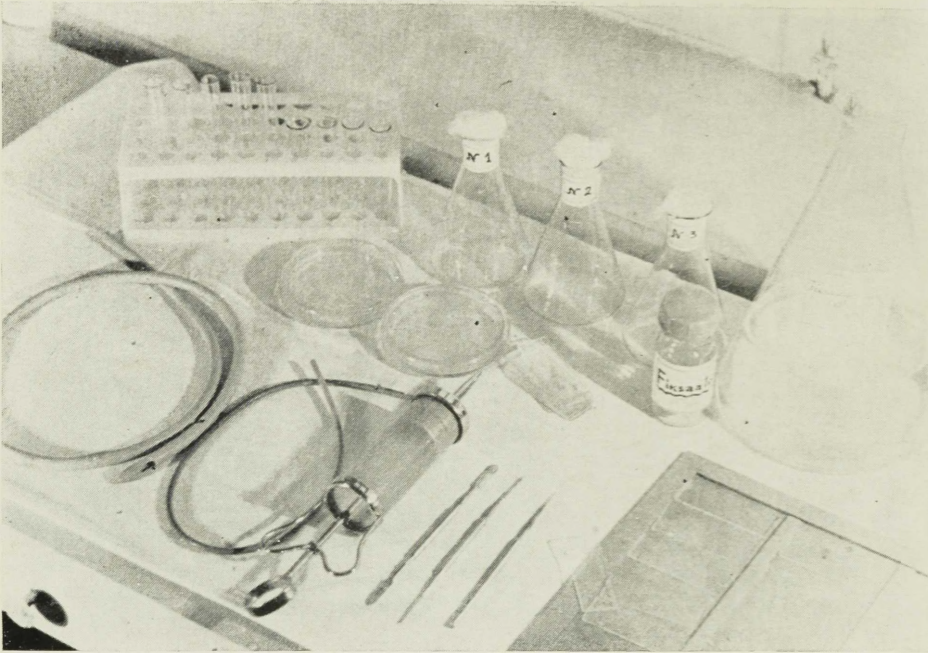


Foto 3. Instrumendid tsütoloogilise uurimismaterjali võtmiseks maost, söögitorust ja kusepöiest.

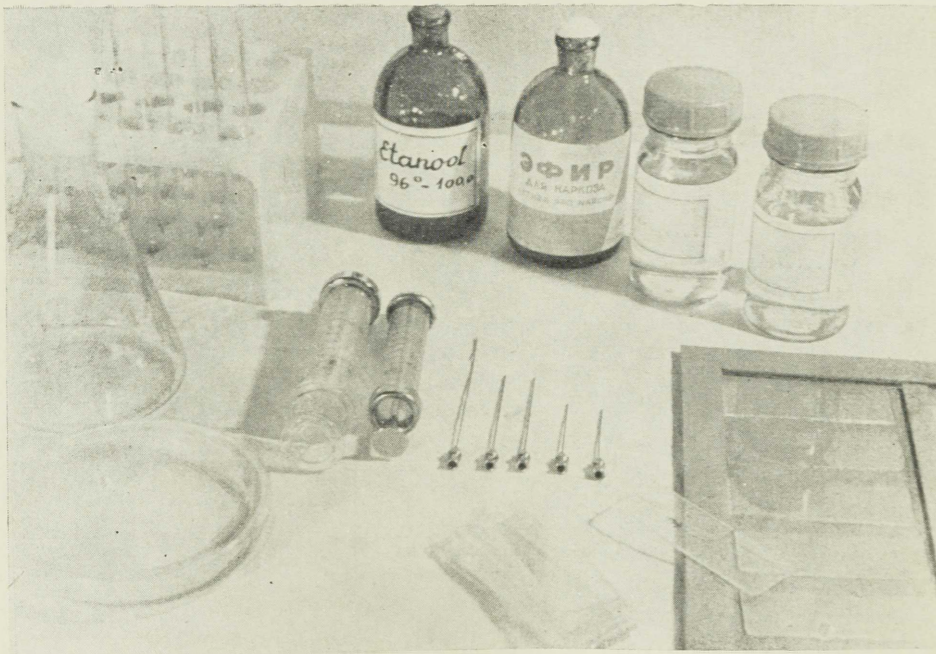


Foto 4. Instrumendid punkteerimiseks.

punkteerimisel tuleb arvestada näidustusi ja vastunäidustusi.

Absoluutsed vastunäidustused siseelundite punkteerimiseks on hemorraagiline diatees (enne punkteerimist on vaja määrata põhilised hüübivuse näitajad), mädased põletikuprotsessid punkteeritava piirkonna lähedal, koma-toosne seisund. Siseelundeid ei tohi punkteerida ambulatooriumis.

Suhtelised vastunäidustused on patienda kõrge iga, negatiivne suhtumine punktsioonisse, hüpertooniatõve III staadium, stenokardia jne. Piisab vähesel materjalihulgal aspireerimisest nõela valendikku. Sellest jätkub 10...20 preparaadi valmistamiseks ning see on küllaldane nii tsütoloogilisteks kui ka tsütokeemilisteks uurimisteks (vt. tahvel IV, foto 4).

SOOVITATAV KIRJANDUS: 1. Абрамов М. Г. Клиническая цитология. М., 1962. — 2. Капрал Х. А. Забор материалов на цитологическое исследование. Методическое письмо, Фига, 1969. — 3. Куница Л. К. Инструктив-

но-методическое письмо по цитологической диагностике рака легкого. Киев, 1968. — 4. Лазарев И. М. и Бондарь Э. Р. К цитологической диагностике злокачественных новообразований (методическое письмо). Кишинев, 1968. — 5. Шиллер-Волков Н. Н., Никитина Н. И., Агамова К. А., Брин М. Л. Цитологическая диагностика злокачественных новообразований. М., 1964.

РЕЗЮМЕ. Взятие материала для цитологического исследования. Х. А. Капрал. Цитологические исследования все чаще применяются в ежедневной практике в стационарах и поликлиниках. Особо важное значение имеет правильный забор материала для исследования. Иногда незначительная погрешность в заборе материала препятствует исследованию.

Приводятся основные принципы забора материала для исследования (мокроты, мочи, эксудата, трансудата, материала из влагалища, шейки матки, полости матки, отсосов из пищевода и мочевого пузыря и промывных вод желудка) и пункционной техники.

Цель статьи — помочь среднему медицинскому персоналу правильно произвести забор материала, подлежащего направлению в цитологическую лабораторию для исследования.

*Tallinna Raudtee Haigla*

## Kaadri ettevalmistamine

### TEIENDUS TEADLASTE KAADRILE

3. oktoobril 1969. a. kaitses Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna nõukogus kandidaadiväitekirja «Mõningaid alkoholismi kliiniku ja patogeneesi küsimusi ning trankvilisaatorite osast alkoholismihagete ravis» Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla peaarst Hans Väre. Oponeerisid professor G. Morozov Moskvast ja arstiteaduse kandidaat L. Allikmets Tartust. H. Väre väitekirja valmis professor J. Saarma juhendamisel. Autor uuris, kui sageli ja misuguses ulatuses tekib alkohoolikutel somaatilis-vegetatiivseid häireid ning psüühilisi muutusi ja seerumivalgu ning selle fraktsioonide nihkeid sõltuvalt

alkoholi kuritarvitamise intensiivsusest. Ta hindas mitmesuguste psühhootropsete ainete toimet ja täpsustas nende diferentseeritud kasutamise näidustusi. H. Väre töö järeldustest nähtub, kuidas alkoholismi ravi tõhustada.

H. Väre sündis 1927. a. Võrus teenistujate perekonnas. 1945. a. lõpetas ta Võru keskkooli. Seejärel alustas õpinguid TRÜ Arstiteaduskonna raviosakonnas, mille lõpetas 1952. a. Viimase kursuse üliõpilasena töötas ta edukalt Tartu Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla ordinaatori kohusetäitjana. Pärast ülikooli lõpetamist asus tööle Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla osakonnajuhatajana. 1956. a. viidi ta üle Tarvastu Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla pea-

arsti ametikohale. 1959. a. alates töötab praegusel ametikohal.

17. oktoobril 1969. a. kaitses Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna nõukogus kandidaadiväitekirja ka Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi laste reumatoloogia osakonna noorem teaduslik töötaja Salme Kleitsemann. Ta esitas oma uurimuse «Mõnede fonoelektrokardiograafiliste näitajate muutustest aktiivse reuma puhul lastel» põhiseisukohad. Oponentideks olid professor M. Oskolkova Moskvast ja dotsent Ü. Lepp Tartust.

Autor näitas, et FKG ja EKG sünkroonne registreerimine on väärtuslik

täiendav kardioloogiline uuring reuma varajasel diagnoosimisel, haiguse kulu ja ravi tulemuste hindamisel.

S. Kleitmann sündis 1921. a. Viljandimaal põllutöölise perekonnas. 1940. a. lõpetas ta Viljandi Haridusseltsi Tütarlaste Gümnaasiumi. 1942. a. astus Tartu ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 1950. a. kevadel Pediaatrina töötas ta Tallinnas ja Kiviõlis ning 1959. a. alates Tallinnas praegusel ametikohal.

Kummalegi dissertandile anti arstiteaduse kandidaadi kraad.

Loona Kaar

## Sanitaarharidustöö

### TERVISE RAHVAÜLIKOOI TÖÖKOGE M U S I K I N G I S S E P A R A J O O N I S

REINHOLD BIRKENFELDT  
Kingissepa

UDK 614.374.7

Elanike sanitaar- ja hügieenialaste teadmiste süvendamine, tervislike eluviiside propageerimine ning kasvava põlvkonna tervise kaitsmine — see on meedikute avar tööpõld (4). Sanitaarharidustöö üks olulisi vorme on tervise rahvaülikoolid. Neis, ühiskondlikel alustel töötavates õppeasutustes, õpivad kindla õppeplaani järgi tuhanded inimesed (3). Tervise rahvaülikoolide programmid on mitmekesised ja otstarbekad, loenguid peavad kvalifitseeritud lektorid, kelle kasutada on rohkesti näitlikke õppevahendeid, korraldatakse huvipakkuvaid praktikume (2), õpetatakse praktilisi võtteid jms. (5). See kõik on suurendanud rahvaülikoolide populaarsust.

Kingissepa rajooni tervise rahvaülikool alustas tööd 1962. a. oktoobris Kin-

gissepas rahvaülikooli ühe osakonnana. Hiljem lisandusid uued osakonnad maal. 1969. a. kevadeks oli tervise rahvaülikooli lõpetanud kuus lendu, kokku 566 inimest.

Eesti NSV rahvaülikoolide põhikirjast (1) lähtudes juhib rajooni tervise rahvaülikooli tööd viieliikmeline nõukogu. Praegu on kolm õppemetoodilist keskust, nimelt Kingissepa Rajooni Keskhaiglas, Sõmera Vabariiklikus Tuberkuloosisanatooriumis ja Orissaare Jaoskonnahaiglas, kus on alalised lektorid. Keskustele tuginedes avati rahvaülikooli osakondi külanõukogudes, ettevõtetes, kolhoosides ja sovhoosides, kuhu sõidavad lektorite brigaadid. Näiteks Orissaare Jaoskonnahaigla lektorite abiga töötasid osakonnad Orissaare asulas, Põide võitööstuses ja Saikla turbatehases. Kaugem eesmärk on avada

osakonnad kõikides suuremates asulates ja ettevõtetes.

Rajoonis on püsiv lektorite kollektiiv. Tervishoiuasutused vahetavad lektoreid omavahel ja ka teiste rahvaülikoolidega. Huvi on pakkunud külalislektorite professorite P. Bogovski ja K. Kõrge ning H. Kahni jt. loengud.

Enne õppeaasta algust selgitavad kohalikud kultuuri- ja meditsiinitöötajad koos rajooni rahvaülikoolide nõukoguga välja, milliste osakondade vastu elanikud huvi tunnevad. Algab kuulajate eelregistreerimine. Alati on arvestatud elanike soove, ühtlasi on silmas peetud rahvaülikoolide osakondade paiknemist rajoonis. Väiksemates keskustes on otsustavaks osutunud avada eri osakonnad üksteise järel, näiteks kaheks aastaks pedagoogiline, siis kaheks aastaks tervise ja kaheks aastaks juriidiline või mõni teine osakond. Rahvaülikoolide ja osakondade töö tutvustamiseks kasutatakse müürilehti. Rahvaülikoolide tegevust tutvustavad ka rajooni ajaleht, kohalikud meditsiini- ja kultuuritöötajad. Näiteks «Kommunismiehitajas» ilmub regulaarselt rubriik «Rahvaülikooli teated».

Osakondade juhatajateks on tervishoiuasutuste juhatajad, kes koos kohalike kultuuritöötajate ja sanitaaraktiiviga hoolitsevad kuulajaskonna eest. Praktiliste õppustega tegelevad aga põhiliselt kohalikud tervishoiutöötajad.

Viimastel aastatel on hakatud huvi tundma kitsama loengutemaatikaga osakondade vastu. Neist töötasid edukalt «Teile, naised» Kingissepas ja Orissaares, noorte osakond Orissaares. Mõni osakond töötab ainult ühes asutuses, näiteks Saikla turbatehases, Põide võitõustuses jm. Selle positiivseks küljeks on kuulajate parem distsipliin, võimalus valida teemasid vastavalt asutuse omapärale ja vajadustele. Rajooni tervishoiuasutused on tervise rahvaülikooli osakondade tööst suunanud osa võtma ka nooremast meditsiinipersonali ja administratiiv-majandustöötajaid. Eriti hästi on see korraldatud Sõmera sanatooriumis.

Õppeprogrammide aluseks on tervise rahvaülikoolide üleliidulised ja vabariiklikud näidisprogrammid, mida on muudetud ja täiendatud vastavalt vajadusele. Rajoonis on koostatud ühtsed programmid, mis lektoreil võimaldavad

kindlatel teemadel spetsialiseeruda ja näitlikke vahendeid hankida. Kõik programmid ja kalenderplaanid on kooskõlastanud ja kinnitanud tervise rahvaülikooli nõukogu. Kaheaastases rahvaülikoolis antakse 100 õppetundi, kusjuures programmid vastavad esimesele raskusastmele.

Linnas on õppused kaks, maal aga üks või kaks korda kuus. Kõrvuti loengutega on väikestele rühmadele (12...15 inimest) korraldatud ka rohkesti praktilisi õppusi esmaabi andmisest vigastuste ja äkiliste haigestumiste puhul, haigete põetamisest kodus, koduapteegist, desinfitseerimisest, desinsektatsioonist ja deratiseerimisest ning hommiku- ja virgutuse võimlemisest. Eriti on meeldinud õppekursioonid raviaasutustesse. On käidud arstiteaduse ajaloo muuseumis Riias.

Tähelepanu oleme pööranud õppuste näitlikustamisele. Loengutel näidatakse diapositiive, diafilme, kasutatakse flanellograafi või lektorimappe. Lektorite brigaad võtab maale alati kaasa epidiaskoobi või diaprospektori. On demonstreeritud filme ja kasutatud koolide õppevahendeid. Tervise rahvaülikooli nõukogu kontrollib süstemaatiliselt õppuste kvaliteeti.

Täiesti on end õigustanud mõnede ühiste õppuste korraldamine pedagoogilise rahvaülikooli osakondadega. Eriti huvipakkuvad on olnud küsimuste-vastuste õhtud, millest on osa võtnud mitme kutseala spetsialistid, näiteks arstid, pedagoogid, juristid. Maal on rahvaülikoolide kuulajad sageli ühed ja samad ning huvi tuntakse kõigi küsimuste vastu. Maa-asula rahvaülikoolide omavaheline kontakt ja töö koordineerimine on ilmselt vajalik.

Kuulajate arvamusi ja soove aitas paremini välja selgitada meie koostatud küsitlusleht, viimasel õppeaastal aga tervise rahvaülikoolide vabariikliku nõukogu küsitlusleht. Vastustest selgub, et rahvaülikooli töökorraldus enamikku kuulajatest on rahuldanud. Eriti on meeldinud naistehaiguste loengud, esmaabiõppused, ekskursioonid tervishoiuasutustesse. Raskesti arusaadavaks on jäänud mitmed puhtteoreetilised loengud, näiteks «Elu tekkimisest». Mõnede osakondade puuduseks on peetud praktiliste tööde vähesust. Ei ole jõutud märkmeid teha, kuulajatele ei ole

jagatud sanitaarhariduslikku kirjandust. Mõnikord aga on puuduseks kohalike tervishoiutöötajate passiivsus või rahvaülikooli tööst eemalejäämine.

Õppustel tehtud märkusi oleme arvestanud ja hakanud jagama sanitaarhariduslikke brošüüre ning meespeasid. Kahjuks on neid ilmunud vähe, eriti tervislikest eluviisidest, varaealise lapse tervishoiust ja haigete põetamisest kodus. Seni pole trükitud brošüüre, mis otseselt oleksid määratud rahvaülikooli kuulajaile.

Õppeaasta lõpetatakse võimalikult pidulikult. Aktusel saavad lõpetajad nägusa tunnistuse, neid õnnitlevad asutuste ja ühiskondlike organisatsioonide esindajad ning omaksed. Peetakse meelektoreid. Öhtu lõpeb peolauas.

**KIRJANDUS:** 1. Eesti NSV Rahvaülikoolide Põhikiri. Tallinn, 1968. — 2. Kask, M. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1961, 4, 72—74. — 3. Kask, M., Sarap, A. Tervishoiu saavutusi Eesti NSV-s. Tallinn, 1966. — 4. Tamm, O., Roots, H. Nõukogude Eesti

Tervishoid, 1964, 6, 53—57. — 5. Tamm, O., Raig, M., Jänes, H. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1965, 5, 374—377.

**РЕЗЮМЕ.** Из опыта работы народного университета здоровья Кингисеппского района. Р. Р. Биркенфельдт. Кингисеппский районный народный университет здоровья основан в октябре 1962 г. К весне 1969 г. подготовлено 6 выпусков с числом выпускников 566 человек. Происходит обмен лекторами между университетом здоровья и другими народными университетами. Отделения народного университета здоровья открылись в центрах сельсоветов, на предприятиях, в колхозах и совхозах, куда выезжают бригады лекторов. Задачей местных работников здравоохранения было проведение практических занятий. Особенно интересуется население отделениями узкого профиля. Постоянное внимание уделяется лекторами использованию наглядных пособий в ходе занятий. Оправдала себя организация некоторых совместных занятий с другими народными университетами (педагогические, юридические). На занятиях раздаются санитарно-просветительные брошюры и памятки. По окончании университета выпускники получают удостоверения.

*Kingissepa Rajooni Keskaigü*

## Arstiteaduse ajaloost

### ARSTIDE SELTSID NARVAS

VIKTOR KALNIN

Tartu

UDK 614.258.1(091)

Käesoleval aastal täitub 70 aastat arstide organiseerumisest Narvas. Nimelt kinnitati Narva Arstiteadusliku Seltsi põhikiri 31. jaanuaril 1899. a., esimene istung aga peeti sama aasta 14. märtsil (2).

Seltsi võisid kuuluda ka proviisorid ja loomaarstid rahvusele vaatamata. Seejärel oli seal ka eesti arste, näiteks R. Aavakivi (1902...1904) — tuntud publitsist, materialismi ja darvinismi propageerija, J. Jänes (1903...1909), V. Reier (1910). Seltsi liikmeiks olid ka naisarstid O. Andrejeva-Zabelina ja E. Jakubovskaja-Bólova. Viimane oli

1909. aastast alates seltsi sekretäriks ning koostas esimese kümne aasta tegevuse aruande, mis avaldati trükis. 1909. a. oli seltsil 30 liiget, neist 20 arsti, 9 proviisorit ja üks loomaarst. Seltsi koosolekud peeti klubi «Harmoonia» ruumes, seal oli ka seltsi raamatukogu (2).

Asudes väikeses, kuid tähtsas tekstiilitööstuse keskuses, Eestimaa ja Peterburi kubermangu piiril, ühendas selts mitte ainult Narva ja selle ümbruse, vaid ka lähimate maakondade (Rakvere, Jamburgi, Oudova ja Schlüsselburgi) arste. Seetõttu oli selts ainuke Eestis, millesse kuulus ka vene semstvoarste.

Seltsi peamine organiseerija oligi Jamburgi maakonnasemstvo sanitaararst N. Zolotavin (1853...1928), kes alaliselt elas Narvas. Ta oli seltsi esimees asutamisest kuni 1918. aastani (2, 5). N. Zolotavin on kirjutanud ligikaudu 100 teaduslikku ja populaarteaduslikku tööd, sealhulgas mitu raamatut ja brošüüri, enamasti hügieeni ning epidemioloogia alalt (3). Tänu peamiselt N. Zolotavinile omandas seltsi tegevus selgelt väljendatud ühiskondlik-sanitaarse suunitluse.

Juba tegevuse algul kutsus N. Zolotavin üles parandama linnade sanitaarset olukorda, ise aga uuris bakterioloogiliselt Narva jõe vett (2). Olles ühtlasi Peeter I kolmeklassilises merekoolis tervishoiu õpetajaks ja Narva Tütarlaste Gümnaasiumis kooliarstiks (3), pööras ta suurt tähelepanu koolihügieenile. Nii uuris ta Jamburgi maakonna 11 kooli õpilaste füüsilist arengut ja tervise seisundit. Tema ettepanekud hõlmasid peaaegu kõiki koolielu külgi (2).

Seltsi tegevuses kuulus tähtis koht võitlusele nakkushaigustega. Sageli esines N. Zolotavin ettekannetega sarlakite, röugete, difteeria, kõhutüüfuse ja süüfilise levikust ning näitas epideemiatõrje suuri puudusi. Ta propageeris difteeria seerumravi, Oudova semstvoarst E. Plesis aga tõestas kogemuste najal sarlakivaktsiini kasulikkust. Jamburgi semstvoarsti N. Prohhorovi konstrueeritud aurustaja pesu ja esemete desinfitseerimiseks, sidumismaterjali steriliseerimiseks ning destilleeritud vee saamiseks võeti aga kasutusele Narva ja Jamburgi haiglates ning isegi Peterburi Sõjaväemeditsiini Akadeemias (2).

Tähtis oli ka veterinaararst S. Beinarovitši sanitaar-epidemioloogiline tegevus. Ta avastas suuri puudusi loomatapmisel ja lihaga varustamisel, nõudis uue tapamaja ehitamist ja veterinaar-sanitaarjärelevalve parandamist, sealhulgas ka sanitaarjaama asutamist. 1901. a. avatigi Narvas linnalaboratoorium toiduainete uurimiseks. Seal peeti vahel ka seltsi koosolekuid, kus S. Beinarovitš demonstreeris liha ja teiste toiduainete uurimise meetodeid, elusaid kooleravibriooni ja koolera seroloogilise diagnoosimise võtteid. Ta uuris ka kariloomade tuberkuloosi levikut Narva ümbruses ning tegi kindlaks veiste sageda haiges-

tumise tuberkuloosi — ühes mõisas reageeris tuberkuliinile 98% veistest. S. Beinarovitš nõudis seltsi kaudu linnavalitsuselt alatist järelevalvet piima müügi üle, pidas vajalikuks kõrvaldada piimakarjadest tuberkuloosi põdevad loomad ja teha sanitaarpropagandat kariloomade valdajate hulgas. Aastail 1902...1905 tõestas ta, et Balti kubermangudes sageli esinev suurte sarvloomade haigus, mida rahva hulgas vereskuseks nimetati, ei sugene kahjulike taimede söömisest, nagu tollal arvati, vaid kuulub malaariate hulka. Haiguse ülekandjaks loomadel aga on puuk *Ixodes neduvius* (2).

Seltsi tegi ettepaneku asutada võitluseks süüfilisega meditsiiniline politseikomitee, millesse kuuluksid kolm arsti: sanitaar-, linna- ja sõjaväearst (2). 1912. a. asutati seltsi algatusel Ülevenemaalise Tuberkuloosi Vastu Võitlemise Liiga Narva osakond, mille esimeheks valiti N. Zolotavin (3, 5). Samal aastal avas osakond Narvas tuberkuloosiambulatoriumi, mis tegeles ka hoolekandega (1). See oli Eestimaa Tuberkuloositõrje Seltsi poolt Tallinnas asutatud samalaadse asutuse kõrval üks esimesi dispansereid Eestis. 1914. a. korraldas Narva Arstiteaduslik Selts sõjaaegsete halastajaõdede ettevalmistamise kursused (5).

Et Narvas ja selle ümbruses oli mitu meditsiiniasutust (1909. a. näiteks semstvohaigla, polgulaatsaret, T. Lavretsovi eraambulatorium, kalevivabriku haigla, Kreenholmi Manufaktuuri haigla, I. Salzmanni vesiravila ja sanatoorium Narva-Jõesuus, peale nende linnalaboratoorium ja laboratoorium E. Luchsingeri apteegi juures), siis vahetati seltsi koosolekutel sageli ravikogemusi, demonstreeriti haigeid, operatsioonimaterjali, patoloogilisi-anatoomilisi ja -histoloogilisi preparaate (W. Dehn, E. Henzel, L. Kretzer jt.). Esitati ka arstide tähelepanekutel ja uurimistel põhinevaid ulatuslikke ettekandeid, näiteks elektroteraapiast A. Dokelin, balneo- ja hüdroteraapiast I. Salzmann, D. Tjaželov. 1904. a. esitas Narva Poeglaste Gümnaasiumi õpetaja K. Ptšenitsõn kooli füüsikakabinetis ettekande seltsi liikmetele raadiumi omadustest ja demonstreeris neid (2).

Eriti tuleks esile tõsta semstvoarst N. Prohhorovi ettekandeid. Ta soovitas

muuta raviprintsiipe: erinevalt farma-  
kopöa ettekirjutustest hakkas ta ravi-  
mite doseerimisel arvestama haigete  
kehakaalu. Sublimaadi, elavhõbeda ja  
arseeni jaoks määras ta ise maksimaal-  
sed mittetoksilised annused kehakaalu  
ühiku kohta. Tema soovitatud kaalu-  
meetodit süüfilise ravimisel elavhõbe-  
daga kontrolliti professor T. Pavlovi  
kliinikus Peterburis, samuti Vilniuses  
(doktor Gavrino) ja Lyonis (doktor  
M. Lheureux) ning see andis häid tule-  
musi (2).

Seltsi sidemetest vene semstvomedit-  
siiniga annab tunnistust ka tervitus-  
telegramm seltsi veteranile, esimesele  
Vene sanitaararstile I. Mollesonile  
35-aastase tööjuubeli puhul (1900) ning  
Pirogovi kongressidel vastuvõetud ot-  
suste arutamine seltsi koosolekutel.

Aastail 1904...1909 peegeldus seltsi  
tegevuses ka revolutsiooniline mee-  
olu. Nii arutati rahva elutingimuste  
muutmise vajadust Venemaal selleks, et  
parandada elanike tervislikku seisundit,  
ning räägiti, et tuleks reorganiseerida  
tervishoiukorraldust vastavalt aja nõue-  
tele. Avaldati nõrdimust tsaarivõimude  
vägivalla ja repressioonide üle mediti-  
siinitöötajate kallal ja saadeti kaastun-  
deavaldusi kannatadaaanutele. 1905. a.  
Moskva ülikoolile 150. aastapäevaks  
läkitatud auaadressis avaldas selts soovi,  
et ülikool «saaks täieliku võimaluse  
laialt ja vabalt levitada riigi jaoks nii  
vajalikku kõrgemat haridust, ... et  
ühiskondlikud tingimused, milles kõige  
paremini võib kulgeda ülikooli valgus-  
tustegevus, muutuksid soodsamaks...»  
Seltsi eesrindlikkusest räägib ka see, et  
auliikmeks valiti Narva endine vabriku-  
arst W. Schiele, kes vabatahtlikult sõitis  
Transvaali selleks, et abistada haavatud  
buure (2).

Narva Arstiteaduslik Selts oli üks  
progressiivsemaid arstide seltse Eestis  
XIX sajandi lõpul ja XX sajandi algul.  
Talle kuulub silmapaistev koht Eesti  
arstiteaduse ajaloos.

Narva Arstiteadusliku Seltsi otseseks  
järglaseks sai Narva Arstide Ühing,  
mille põhikiri registreeriti 7. oktoobril  
1920. a. Esimeheks aastail 1920...1931  
oli endise seltsi abiesimees W. Dehn,  
aastail 1932...1935 K. Bekker ja aas-  
tail 1935...1940 H. Sulg. Uue põhikirja  
kohaselt võisid seltsi liikmed olla ainult  
arstid. Ühing jäi endiselt segaseltsiks —

liikmed olid mitmest rahvusest, ainult  
saksa rahvusest arstid lahkusid ühingu  
18. mail 1933.

Ühing jätkas endise seltsi traditsioone.  
Algaastail pöörati suurt tähelepanu  
võitlusele nakkushaigustega ja sotsiaal-  
hügieeni mitmesugustele probleemidele,  
hiljem hakkasid domineerima puhttea-  
duslikud ja kutseküsimused ning kasuis-  
tika (5). Kuid aktiivsusest (12...18  
koosolekut aastas) jäi Narva Arstide  
Ühing, kuhu 1937. aastal kuulus 25 lii-  
get, maha ainult Tartu Eesti Arstide  
Seltsist, ületades teaduslike ettekannete  
arvult isegi Tallinna Eesti Arstide Seltsi  
(100 liiget 1937. aastal). Kui Narva Ars-  
tide Ühingus peeti aastail 1920...1936  
218 ettekannet, siis Tallinna Eesti Ars-  
tide Seltsis aastail 1919...1937 aga  
kõigest 97 (4). Narva Arstide Ühing on  
andnud aktiivseid nõukogude tervishoiu  
tegelasi, nagu A. Striž, A. Joakimov jt.

KIRJANDUS: 1. Каганович Р. Б. Из  
истории борьбы с туберкулезом в дореволюци-  
онной России. М., 1952. — 2. Краткий отчет о  
деятельности Нарвского медицинского общест-  
ва за 10 лет (1899—1909). Составлен Е. В. Яку-  
бовской-Быловой. Нарва, 1909. — 3. Bren-  
nson, I. Die Ärzte Estlands. Riga, 1922. —  
4. Eesti organiseeritud arstkond 1912—1937.  
Tartu, 1938. — 5. Levitski, A. Narva Ars-  
tide Ühing 1920—1937. Raamatus Eesti orga-  
niseeritud arstkond 1912—1937. Tartu, 1938,  
231—242.

РЕЗЮМЕ. Врачебные общества г. Нарва.  
В. В. Калнин. Устав Нарвского медицинского  
общества был утвержден 31 января 1899 г. Оно  
объединяло не только врачей Нарвы и ее ок-  
рестностей, но и ближайших уездов Эстлянд-  
ской и Петербургской губерний и было единст-  
венным в Эстонии обществом, включавшим в  
свои ряды русских земских врачей. Деятель-  
ность общества носила общественно-санитар-  
ное направление, которое было связано с ра-  
ботой санитарного врача Ямбургского уезд-  
ного земства Н. А. Золотавина (1853—1928),  
одного из организаторов общества и его пред-  
седателя с 1899 по 1918 г. Он часто выступал  
на заседаниях по вопросам санитарии, гигие-  
ны и борьбы с инфекционными болезнями.  
Н. А. Золотавиным написано около 100 науч-  
ных и научно-популярных трудов.

Для борьбы с сифилисом в Нарве общество  
предложило создать медико-полицейский коми-  
тет. В 1912 г. оно приняло участие в орга-  
низации Нарвского отделения Всероссийской  
противотуберкулезной лиги (председателем  
был избран также Н. А. Золотавин), которое  
создало в Нарве противотуберкулезную амбу-  
латорию с попечительством — первое диспан-  
серное учреждение в Эстонии. В 1914 г. об-  
щество организовало курсы для подготовки  
медсестер военного времени.

Нарвское медицинское общество являлось наиболее прогрессивным в Эстонии в конце XIX — начале XX в. и, следовательно, ему принадлежит выдающееся место в истории медицины Эстонии. Непосредственным продолжателем Нарвского медицинского общества стало Нарвское общество врачей, устав которого был зарегистрирован в 1920 г. По национальному составу общество осталось по-прежнему смешанным (только немецкие врачи ушли из общества в 1933 г.). В области научно-практической деятельности общество продолжало тра-

диции своего предшественника, отставая по активности только от Тартуского общества эстонских врачей и превышая по числу докладов более чем в два раза такое большое общество, как Таллинское общество эстонских врачей. Из Нарвского общества врачей вышли впоследствии активные деятели советского здравоохранения А. Стриж, А. Йоакимов и другие.

TRÜ Arstiteaduskonna hügieeni kateeder

## Konverentsid ja nõupidamised

**Elektroaerosoolidealane teaduslik-tehniline nõupidamine** oli 15. ja 16. septembril 1969. a. Tartus. Selle korraldasid NSV Liidu Ministrite Nõukogu Riiklik Teaduse ja Tehnika Komitee ning Tartu Riiklik Ülikool. Kahe päeva jooksul kuulati 26 ettekannet, milles käsitleti elektroaerosoolide toimet ja aparatuuri. Külalistena võtsid nõupidamisest osa Saksa DV pulmonoloog professor G. Pickroth Berliinist ja insenerkonstruktor H. Börner Dresdenist, kes demonstreerisid ultraheli aerosooli inhalaatorit ja vastavasisulist filmi.

Meie vabariigist esinesid professor E. Siirde, professor E. Raudam kaasautoritega, dotsent S. Sibul ja arstiteaduse kandidaadid A. Jents, I. Maripuu ning H. Pöder kaasautoritega. Nõupidamise materjalid avaldati trükis.

Nõupidamisel asuti seisukohal, et elektroaerosoolid mõjutavad otseselt ainult ülemiste hingamisteede limaskestast, reflektorselt aga ninakoopa ja ninaneelu limaskestast kaudu peaaegu vastavate keskuste vahendusel kogu organismi (vererõhku alandav ning desensibiliseeriv toime jne.).

Arved Luus

**Riikliku Teadusliku Meditsiinilise Raamatukogu 25. aastapäeva tähistamiseks** korraldati 12. novembril 1969. aastal konverents, mille avas Eesti NSV

tervishoiu ministri asetäitja O. Tamme.

Põhjaliku ülevaate raamatukogu tegevusest, alates esimeste raamatute hankimisest sõjapäevil ning lõpetades nüüdisaja probleemidega, andis raamatukogu esimene direktor, praegune Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi onkoloogiaosakonna juhataja dotsent G. Loogna (vt. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1968, 6, 456—459).

Riikliku Teadusliku Meditsiinilise Raamatukogu direktor M. Tedrema a kõneles vabariigi meditsiinitöötajate informatsioonivajadusest. Üleliidulise programmi järgi tehtud sisukast uurimusest, milles lisaks raamatukogus leiduvate andmete statistilisele töötlemisele kasutati ka ankeetküsitlust, selgus muu hulgas, et liiga vähe kasutavad raamatukogu fondi kesk-eriharidusega meditsiinitöötajad.

Millised olid möödunud talvel tervishoiuasutuste ning meditsiinitöötajate mured ning kuidas Eesti NSV ajalehed nende tegevust valgustasid, seda analüüsis Vabariikliku Teadusliku Meditsiinilise Informatsiooni Osakonna juhataja arstiteaduse kandidaat I. Laan.

Raamatukogu osatähtsus praktiseeriva arsti igapäevases töös oli Mustvee Linna Haigla peaarsti R. Markovitsi ettekande teema. Seda mitmetahulist probleemi arutades rõhutas esineja, et eriti perifeerias peab igal arstil ka kodus olema väike erialane raamatukogu.

Eestikeelse meditsiinilise terminoloogia olukorda käsitles Eksperimentaalse

ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vanem teaduslik töötaja arstiteaduse kandidaat H. J ä n e s. Oma huvitavas ettekandes kritiseeris ta mitmeid asutusi ja ühiskondlikke organisatsioone, kelle pinna-pealse töö või isegi vastuseisu tõttu on meedikud eestikeelse meditsiinilise terminoloogia käsiraamatuta.

Saalitais kuulajaid reageeris soojalt ettekannetele, raamatukogu staažikate töötajate autasustamisele ning arvukatele tervitustele ja õnnesoovidele.

Hillar Kurul

**Eesti NSV spordiarstide VIII vabariiklik konverents**, mis oli pühendatud V. I. Lenini 100. sünni-aastapäevale, toimus 12. kuni 14. novembrini 1969. a. Tallinnas. Paljude ettekannete uued mõtted kõitsid rohkearvulise kuulajakonna tähelepanu. Külaliste hulgas oli arste, treenereid ja sportlasi ka Moskvast, Leningradist, Riiaast, Vilniusest, Kaunasest, Siauliaist jm.

Konverentsi avasid Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja O. T a m m ja Eesti NSV Ministrite Nõukogu juures asuva Kehakultuuri- ja Spordikomitee esimehe asetäitja K. A r u s o o.

A. V i r u märkis ettekandes, et hüpofüsaar- ja adrenokortikaalsüsteemi reaktsioon sõltub uuritava koormusest, treenituse astmest ja emotsionaalsest seisundist.

Keskmaajooksjate hingamissüsteemi ja vere koostise näitajate määramise tähtsusest treeningu vältel kõneles J. P ä r n a t. O. I m e l i k esitas uurimuse vere koostisest ja selle muutustest sportlastel füüsiliste pingutuste korral. Autor leidis, et erütrotsüütide arv treeningu vältel suureneb nii täiskasvanud kui ka noortel sportlastel.

Väga tähtsal probleemil peatus P. K ö r g e. Uurides sportlaste vee- ja elektrolüütide bilanssi võistlusperioodil, täheldas ta, et kaaliumi vähesuse korral organismis väheneb märgatavalt inimese töövõime.

Kergejõustiklaste treenituse astme hindamise võimalustest kõnelesid T. K a r u ja H. S u l s e n b e r g.

Sportlastel esinevate haiguste diagnoosimisest, ravist ja profülaktikast esitas põhiettekande professor A. D e m b o Leningradist. L. L e v i n a samast lin-

nast aga näitas faktide põhjal, et südamelihase hüpertroofia sportlastel ei ole alati positiivne nähtus. Spordi mõju südamele valgustasid eri aspektist ka A. A r r o, K. L a b a n a u s k a s (Vilnius), R. D i b n e r ja V. L u t k o v (Leningrad) ning teised.

N. E l š t e i n nentis ettekandes sportlaste seedeelundite haigustest, et sapiteede ning seedetrakti haiguste vältimisel on üks tähtsaim tegur süstemaatiline tegelemine kehakultuuri ja spordiga.

E. A n n u s uuris ja analüüsis 1070 sporditrauma tekke põhjusi. Ta tuli järeldusele, et mikrotraumade profülaktika ja õigeaegne ravi, treenimine ja võistlemine laitmatu varustuses ning sanitaar-hügieenilistele nõuetele vastavatel väljakutel ja saalides, samuti ületreenituse ja üleväsimuse vältimine on traumadeta rekordispordi eelduseks.

Achilleuse kõõluse nahaaluste rebendite diagnoosimisest ja kirurgilisest ravist rääkisid B. M a a r i t s ja K. T a m m e r a, kes 15 aasta jooksul on ravinud 36 sellise vigastusega haiget. Sporditraumade ravi käsitles ka T. J e k a b s o n (Riia), sportlaste füsioteraapiast aga kõneles H. P ä r s i m.

Vabariiklikus Arstliku Kehakultuuri Dispanseris aastaid kestnud uurimistö tulemusi standardsete koormuste rakendamisel treenituse astme määramiseks esitas F. M a r k u s a s. Ka J. V a i n b a u m i (Moskva) ettekande sisuks oli sportlaste füüsilise töövõime hindamine submaksimaalse koormuse abil.

Huvi äratas R. K e e v a l l i k u katse otsustada füüsilise koormusega kohanemise üle hapete-leelite tasakaalu põhjal süljes. Meetodika on lihtne, kuid kasutatav ainult koos teiste uurimismeetoditega.

Spordimeditsiini uuele suunale — immuunsustegurite uurimisele sportlastel — oli pühendatud Tallinna arstide J. R o z o v a, B. H e i f e t s - T e i t e l b a u m i ning G. K o n d r a š o v a ettekanne.

Konverentsi kolmandal päeval kõneldi ravikehakultuurist peamiselt südame ja veresoonekonna mitmesuguste haiguste korral. Väga huvitav oli J. R i i v i ettekanne südame isheemilise tõve profülaktikast ja ravist süstemaatilise füüsilise treeningu abil. Paljudel tema haigetel on töövõime taastunud. Tähele-

panu äratasid ka V. Vassiljeva ja L. Zahharova (Moskva), V. Lebedeva ja I. Kutsevitši (Leningrad) ning E. Dapkevičiuse (Šiauliai) ettekanded.

Konverents õnnestus hästi. Ka NSV Liidu Spordimeditsiini Föderatsiooni ning Üleliidulise Arstliku Kontrolli ja Ravikehakultuuri Teadusliku Seltsi teravituste rõhutati, et Eesti NSV arstide ja teadlaste panus spordimeditsiini on väga suur.

*Fritsas Markusas*

**Balti liiduvabariikide tervishoiu ministereiumide õpetatud nõukogude ühendatud pleenum korraldati 9. kuni 10. oktoobrini 1969. a. Vilniuses. Sellest võtsid osa ka Valgevene teadlased.**

Põhiprobleemideks oli arstiteadusliku uurimistöö parendamine, uusimate saavutuste senisest tõhusam kasutuselevõtmine ja meditsiiniliste uurimisasutuste võrgu korrigeerimine Balti liiduvabariikides.

Põhiettekannetega esinesid Leedu, Läti ja Eesti NSV tervishoiu ministereiumide õpetatud nõukogude esimehed. Š. Gulordava andis üksikasjaliku ülevaate meie arstiteaduslikust uurimistööst.

Läbirääkimistel olid tähelepanu keskpunktis NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu määrused nr. 517 (5. juulist 1968. a.) ja nr. 760 (24. septembrist 1968. a.). Nendes on ette nähtud elanike meditsiinilise teenindamise parandamise abinõud, mille eesmärk on tõhustada teaduslike asutuste tööd ning teaduse ja tehnika saavutusi rahvamajanduses kiiremini kasutusele võtta.

NSV Liidu Tervishoiu Ministereiumi õpetatud nõukogu esimees akadeemik D. Ždanov märkis sõnavõtus, et Eesti NSV-s võtavad uurimistööst laialdaselt osa ka praktiseerivad arstid, ja kutsus meie eeskju järgima.

Pleenum võttis vastu üksikasjaliku otsuse uurimistöö edasiseks parandamiseks ning Eesti, Läti ja Leedu NSV meditsiiniliste uurimisasutuste võrgu laiendamiseks.

*Artur Talibärm*

**Leedu, Läti, Eesti ja Valgevene liiduvabariikide reumatoloogide II konverents** toimus 27. ja 28. novembril 1969. a. Vilniuses. Peale nimetatud liiduvabariikide arstide võtsid konverentsist osa ka reumatoloogid Moskvast, Jaroslavlist, Ivanovost jt. linnadest ning isegi Saksa DV-st. Kahe päeva jooksul kuulati 77 ettekannet, mis käsitlesid reumat, reumatoidartriiti ja muid kollagenoose. Konverentsi materjalides trükiti ära 144 ettekande kokkuvõtted.

Reuma epidemioloogiale ja organisatsioonilistele küsimustele olid pühendatud L. Lautsevičiuse (Vilnius), L. Gargasase (Vilnius), J. Devaitene (Kaunas), V. Dabolini (Riia), G. Matveiko (Minsk), E. Kõivu (Tapa) ja paljude teiste tööd. Esinejad märkisid reumasse haigestumise vähenemist viimase kümne aasta jooksul, kusjuures haigestumist soodustava tegurina makrokliimast olulisem on mikrokliima. Eriti hästi on uuritud reuma epidemioloogiat Leedu NSV-s, kus viimase viie aasta vältel on kehtestatud reumahaigete kohustuslik registreerimine ühtse süsteemi alusel.

Reuma etiopatogeneesi käsitlevatest töödtest oli huvitav N. Ješmantaite jt. (Vilnius) ettekanne streptokoki filtreerivate ja L-vormide isoleerimisest reumahaigeilt. Paljud esinejad, näiteks V. Astrauskas, J. Anšelevitš, G. Liepin jt., peatusid valkude ja elektrolüütide ainevahetusel reuma puhul kliinikus ning eksperimendis.

Huvi äratasid pediaatrite tööd. Nii tuli sellest seksioonist A. Tatarinovi (Moskva) ettekanne «Hormoonravi taktika olenevus kortikosteroidide sekretsiooni ööpäevasest rütmist» kordamisele isegi plenaaristungil. Meie vabariigist oli kõige rohkem ettekandeid samuti pediaatriaseksioonis (V. Sui, E. Müllerbek, L. Tamm jt.).

Reuma ravi ja diagnoosimise alal väärtsid erilist tähelepanu A. Sigidini (Moskva) ettekanne antireumaatiliste ravimite toimemehhanismist, A. Matulise jt. (Vilnius) töö ATF kasutamist latentset reumokardiiti põdevatel haigetel ning N. Andrejevi (Riia) andmed immunodepressantide ja immunostimulaatorite kasutamisest reuma ravis. Viimast küsimust reumatoidartriidi ravis puudutas ka L. Päi ette-

kanne, kuna B. Liberman ja M. Kalle v andsid ülevaate virvendava arütmia ravist.

Originaalseid töid esitasid L. Lautesvičius ja kaastöötajad, kes uurisid neuromuskulaarse aparadi muutusi mitmesuguste liigeskahjustuste juhtudel.

Konverentsil vastuvõetud otsuses rõhutati vajadust jätkata reuma-alaseid teaduslikke uurimistöid, mida Balti liiduvabariikides ja Valgevene NSV-s koordineeriks Leedu NSV Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut. Samuti peeti vajalikuks kõigis neljas vennisvabariigis parandada reumat ja reumatoidartriiti põdevate haigete järelravi, rajada rohkem kohalikke sanatooriume nii lastele kui ka täiskasvanutele ning sügisel ja kevadel korraldatava sesoonse profülaktika asemel rakendada profülaktikat bitsilliini ja teiste ravimitega aasta vältel. Lastearstidel soovitati kardioloogide ja reumatoloogide töö ühendada, kuid täiskasvanute ravimisel peeti otstarbekaks see eraldada. Reumatoloogidel tuleks rohkem tähelepanu pöörata mitmesugustele artroosidele ja artroosihaigete dispanseerimisele.

Konverentsi lõpul tutvusid külalised Vilniuse Vabariikliku Kliinilise Haigla, Leedu NSV Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi ning Vilniuse vaatamisväärsustega.

Järgmine Balti liiduvabariikide ja Valgevene NSV reumatoloogide konverents kavatakse korraldada 1972. a. Tartus.

Ingrid Laan

**Kohtuarstide V üleliiduline konverents** peeti Leningradis 2. kuni 5. juulini 1969. a. Delegaate oli saanud kõikidest liiduvabariikidest 294 ja külalisi 222.

Konverentsi põhiteemad olid kohtumeditsiiniline traumatoloogia, äkksurma kohtumeditsiiniline ekspertiis, kohtumeditsiiniline toksikoloogia, füüsikaliste ja laboratoorsed uurimismetodid. Kuulati üle 300 ettekande, kusjuures huvi pakkusid tööd, mis käsitlesid äkksurma, selle diagnoosimist ja vältimist. Järgnes elav diskussioon. Tartu kohtumeditsiini eksperdi K. Hansoni töö «Hisi kimbu säärite morfoloogilised muutused äkksurma korral» äratas ül-

dist tähelepanu. See väärtuslik töö oli koostatud praktikast võetud andmeil, mis veel kord tõestab praktiseerivate arstide võimekust kogemuste põhjal üldistusi teha.

Üle 50 ettekande hõlmas kohtumeditsiinilist toksikoloogiat. Peab märkima, et kõikjal on suurt tähelepanu pööratud toksikoloogiakeskuste asutamisele ja nende tegevusele. Vaatluse all oli pestitsiididest, raviainetest, tarbekeemia toodetest põhjustatud mürgistuste profülaktika ning diagnoosimine. Traumatoloogia valdkonnast leidis käsitlemist vigastuste kohtumeditsiiniline diagnoosimine liiklustraumade, laskevigastuste ja tootmistraumade korral.

Füüsikaliste ja laboratoorseid uurimismetodeid käsitlevates ettekannetes (neid esitati üle 60) kirjeldati mitmeid täiesti uusi kohtumeditsiinilise ekspertiisi metodeid.

Üleliidulise Kohtuarstide Seltsi esimehe professor V. Smoljaninovi aruandes-ettekandes anti Eesti NSV Kohtuarstide Seltsi tegevusele kõrge hinnang. Kõne alla võeti ka ajakirja «Судебно-медицинская экспертиза» toimetuse töö. Üleliidulise Kohtuarstide Seltsi uude juhatusse valiti Eesti NSV kohtuarstide esindajana A. Lukaš.

Konverentsi materjalid anti välja kahes köites. Konverents näitas, et kohtumeditsiinialaste uurimistööde maht on märgatavalt suurenenud, samuti seda, et teaduslikku tööd on hakanud tegema rohkem kohtumeditsiini eksperte, eriti just noored praktiseerivad spetsialistid.

Aleksei Lukai

**VII üleliiduline elektronmikroskoopia konverents** toimus 21. kuni 26. juulini 1969. aastal Kiievis. Bioloogia- ja meditsiinisektsioonis esitati Eesti NSV-st kolm ettekannet. TRÜ esindaja J. Kärner kõneles autolüsoosomide moodustumisest fibroplastide esmastes koekultuurides ning Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teaduslikud töötajad L. Kesa hiirte maksarakkude elektronmikroskoopilisest ehitusest varajases dietüülnitrosoaminiiga esilekutsutud kantserogeneesis ning E. Põldvere ortoaminoasotoluooliga indutseeritud hiirte primaarsete hepatoomide elektronmikroskoopilisest ehitusest.

Endel Põldvere

**Üleliidulise Stomatoloogide Seltsi X pleenum ja sessioon** korraldati 17. kuni 19. septembrini 1969. a. Riias, kus Eesti NSV-d esindasid 10 stomatoloogi Tartist, Viljandist, Võrust ja mujalt.

Sessioon, mille vältel kuulati ligikaudu 50 ettekannet, oli pühendatud läti silmapaistva tervishoiuorganisaaatori, tuntud teadlase ja nõukogude stomatoloogia ühe rajaja Paul Dauge (1869...1946) 100. sünni-aastapäevale. Professor D. Kalvelis, dotsendid P. Laizan ja V. Pakaln Riias ning S. Volõnski Moskvast jt. andsid arst ja revolutsionäär P. Dauge tegevusest mitmekülge ülevaate.

Teisel päeval arutati terapeutilise, kirurgilise ja ortopeedilise stomatoloogia alaste uurimistulemuste kasutuselevõtmist. Esitati andmeid mitmesugustest uutest täitematerjalidest ja ravimitest. Tutvustati uut aparatuuri ja instrumente, nagu vaakuum- ja elektronaparaat parodontoosi diagnoosimiseks ning raviks, portatiivne hambapuurmasin, instrumentide komplekt uranoplastika jaoks, spetsiaalne sond hamba juurekanali mõõtmiseks, ravilahased ning ortodontilised aparaadid jms. Kõne all oli elastsete polümeeride kasutamise võimalus näo plastilises kirurgias.

Huvitavad olid G. Ivaštšenko (Moskva) andmed joogivee fluorimise kohta NSV Liidus. Esineja rõhutas vajadust rohkem tähelepanu pöörata suukoopa hügieenile. On tarvis kontrollida hambaharjade ja -pastade valmistamist, nende tarvitamise populariseerimist jne. Sel eesmärgil rajatakse Stomatoloogia Teadusliku Uurimise Keskinstituudi juurde suukoopa hügieeni osakond. Samuti juhtis ta tähelepanu stomatoloogide tervise kaitsele ja tööhügieeni tähtsusele.

N. Vihma, A. Kõdari ja M. Lõvi ettekanne käsitles stomatoloogilist abi vajavate laste dispanseerimist Eesti NSV-s.

Esimese päeva lõpul käidi ühiselt kalmistul, kuhu P. Dauge on maetud, ja pandi pärg tema hauale. Teisel päeval pärast istungit korraldati ekskursioon Riia uude, hiljuti valminud stomatoloogiapolikliinikusse ja ka kliiniku hoonesse.

Kolmandal päeval oli Üleliidulise Stomatoloogide Seltsi plenaaristung, kus kuulati seltsi esimehe, NSV Liidu Arsti-

teaduse Akadeemia korrespondentliikme professor A. Rõbakovi ettekannet juhatause presiidiumi tegevusest ja arutati muid organisatsioonilisi küsimusi.

Maie Lõvi

**Kivisöetööstuses esinevate kutsehaiguste profülaktika alane üleliiduline konverents** peeti 14. kuni 17. oktoobrini 1969. a. Kemerovos. Osavõtjaid oli kõikidest liiduvabariikidest, kokku 446 inimest.

Ettekandeid kuulati kolmel plenaaristungil ja kahes seksioonis. Esimese seksiooni ettekanded käsitlesid pneumokonioosi diagnoosimist ja ravi, samuti haigete ajutist töövõimetust ja töökorraldust.

Konstateeriti, et antrakosilikoosi haigestumine ja invaliidsusjuhtude arv on viimastel aastatel vähenenud. Söetööstuse ministeeriumi töötajad avaldasid rahulolematust, et perioodilistel meditsiinilistel läbivaatustel ei käi kõik kaevurid. Sellele vaieldi vastu, sest tööjõu suure voolavuse tõttu ei saa rohkem kui 90% töölisest läbi vaadata. Soovitati kasutada funktsionaalse diagnoosimise meetodeid. Kui oletatakse pneumokonioosi, on vajalik haigete varajane ravi ja nende töö otstarbekas korraldamine. Tehti ettepanek, et väga tolmustes töökohtades töötataks ainult 3...4 päeva nädalas. Öhu tolmusisalduse vähendamiseks on vaja konstrueerida paremaid kaevandusmasinaid. Pneumokonioosi haigestumise likvideerib tootmise automatiseerimine.

Teises seksioonis käsitleti hügieeni- ja tehnilisi abinõusid vibratsioonitõve ja teiste kutsehaiguste profülaktikas. Vaidlus käis vibratsioonitõve klassifikatsiooni ümber. Otsustati lähemal ajal Moskvast välja töötada vibratsioonitõve staadiumide ja vormide eristamise ühtsed printsiibid. Juhiti tähelepanu vajadusele diagnoosida vibratsioonitõbe kompleksse uurimise alusel.

Mitmed ettekanded käsitlesid harvem tekkivaid kutsehaigusi, nagu bursiit, püodermiit ja nimme-ristluu piirkonna radikuliit.

Allakirjutanu andis lühikese ülevaate põlevkivikaevurite närvisüsteemi kahjustustest.

Arvi Sillam

**Üleliidulise Arstide-Laborantide Teadusliku Ühingu pleenum**, mis käsitles kasvajate tsütoloogilist diagnoosimist, korraldati Tbilisis 17. kuni 19. novembrini 1969. a. Pleenumist võttis osa 148 delegaati.

Sissejuhatava ettekandega esines akadeemik N. Krajevski, kes rõhutas morfoloogiliste uurimiste tähtsust, eriti enne operatsiooni ja selle ajal. Paralleelselt tuleb teha tsütoloogilisi ja histoloogilisi uurimisi, mis täiendavad teineteist, soodustades nii täpsemat diagnoosimist.

Professor A. Petrova märkis, et viimasel ajal võib täheldada tsütoloogilise diagnoosimise kvaliteedi tunduvalt paranemist. Eriti perspektiivseks pidas ta tsütokeemilisi uurimisi.

Huvitavad olid ettekanded, mis käsitlesid kateeterbiopsiat kopsuvähi (perifeerse) diagnoosimisel, sugukromatiini määramist hormonaalselt aktiivsete kasvajate korral ja pahaloomulistes kasvajates esinevaid tsütokeemilisi muutusi. Kõrge hinnangu osaliseks sai ka Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri arstide T. Vanaselja ja I.-M. Luki ettekanne maovähi tsütoloogilise diagnoosimise võimalustest.

Organisatsioonilisi küsimusi puudutava põhiettekande esitas NSV Liidu peaspetsialist professor E. LarSKI, kes rõhutas, et praegu on aktuaalne laboratooriumitöötajate kaadri ettevalmistamine ja täiendamine. Erilist tähelepanu tuleb pöörata laborantide teadmiste süvendamisele.

Eesti NSV-st olid pleenumil arstid B. Vursel, I.-M. Lukk ja allakirjutanu.

*Heiju Kapral*

**Anestesioloogide IV rahvusvaheline sümpoosion** toimus 15. kuni 20. septembrini 1969. a. Bulgaaria kuurortlinnas Varnas.

Sümpoosionist võtsid osa peamiselt Euroopa riikide anestesioloogid-reanimatoloogid, kuid esindajaid oli ka Ameerika Ühendriikidest ja Kanadast, kokku 334 teadlast 21 maalt. Esitati 149 ettekannet, peeti 8 loengut ja demonstreeriti 6 filmi. 25 firmat korraldasid anestesioloogia ja reanimatoloogia praktikas kasutatavate uute aparatuuride ning ravimite näituse. Peale selle esitas Bulgaaria Vetelpääste Teenistus ülevaate

esmaabi andmisest uppujatele ja vetelpääste organisatsioonist Musta mere rannikul.

Sümpoosionil arutatavaks põhiprobleemiks oli reanimatoloogiline abi õnnetuskohal, meditsiinilises kiirabis ja haiglates ning selleks kasutatav varustus.

Põhjalikult käsitleti organismis toimuvaid muutusi, mis tekivad mitmesuguste traumade, mürgistuste ja haiguste korral. Erilist tähelepanu aga pöörati terminaales seisundis haigete ravi taktikale. Nagu selgus välismaa teadlaste sõnavõttudest, on tulemused parimad siis, kui esmast arstiabi kohapeal antakse aktiivselt ja oskuslikult ning kiirabi tegevus ei piirdu ainult hospitaliseerimisega.

Näitusel demonstreeriti õnnetuskohal kasutatavat portatiivset diagnoosimis- ja raviaparatuuri. E. Nagel USA-st tutvustas telemeetrilist aparatuuri elutegevuse näitajate edasiandmiseks keskusse, et valvoreanimatoloog raadio teel saaks anda tegutsemisjuhendeid. Sellise aparatuuriga varustatud tuletõrje- ja politseiüksused saavat otstarbekat esmaabi kiiremini ning rohkearvulisemalt anda kui meditsiiniline kiirabi. Uudsed olid ka vahendid, mida transportimise ajal kasutatakse luumurdude immobiliseerimiseks. Näib, et transpordikostüüm või -madrats, mis gaasiseguga on täidetud, fikseerib vigastatud piirkonna kindlalt, eriti õigustab end lülisamba murdudega haigete transportimisel.

Paljud ettekanded käsitlesid šokiseisundis haigete ravi ning pea ja rindkere piirkonna traumadega haigetele abi andmist. Meie vabariigi esindajad üldistasid Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neurokirurgiaosakonnas avatud hingamiskeskuse töökogemusi. E. Kross kõneles väljasõidubrigaadi tööst, A. Tikk aga ajutraumadega komatooses seisundis haigete ravi tulemustest.

Anestesioloogidele pakkusid huvi G. Corsseni ettekanne ja film, mis käsitlesid dissotsiatsioonianesteesiat. Uue ravimi ketamiin abil õnnestus esile kutsuda lühiaegne ja taanduv närvisüsteemi dissotsiatsiooniseisund, mis väldib organismi reageerimise perifeersetele, mitte aga vistseraalsetele valuaistingutele.

Sisukad olid H. Churchill-Davidsoni ja F. Foldesi loengud, mis

käsitlesid müorelaksante, A. D o b k i n i loeng anesteetikumide toimest kardiovaskulaarsesse süsteemi, M. M e y e r i, O. M a y e r h o f e r i ja teiste loengud, mis puudutasid šokist ja anesteesiast põhjustatud tüsistusi.

Anestesioloogide IV rahvusvahelise sümposiumi ettekannetega on võimalik tutvuda Meditsiinilises Raamatukogus.

*Bernard Lebeppu*

**Rahvusvahelisel sümposiumil** Sotšis vaeti 29. septembrist kuni 1. oktoobrini 1969. a. reumatismi ja teiste kollagenooside kuurordiravi küsimusi. NSV Liidu teadlaste kõrval võtsid sümposiumist osa spetsialistid 13 välisriigist, nimelt Ungari RV-st, Prantsusmaalt, Rootsist, Jugoslaavia FSV-st, Itaaliast ja mujalt. Meie vabariiki esindasid arstiteaduse doktor L. P ä i Tartu Riiklikust Ülikoolist ning arstiteaduse kandidaadid E. M ü l l e r b e k ning E. V e i n p a l u Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist.

Reumat või mõnd muud kollagenoosi põdevatele haigetele on kuurordiravi väga vajalik ning sellel on ka profülaktiline tähtsus uute haiguspuhangute vältimiseks. Professor O t t o (Saksa DV) tööst selgus, et mittespetsiifilist infektsiooset polüartriiti põdejate dispanseerimise ning süstemaatilise kuuordiravi tulemusena on invaliidsusjuhtude arv vähenenud 40%. Sellest tuleb ka meie tervishoiuorganitel järeltulek teha.

Rõhutati haigla ja kuurordi koostöö vajalikkust. Jäi kõlama mõte, et igal kuurordiravi teguril ja nende kompleksil on nii mittespetsiifiline kui ka spetsiifiline toime.

Üks sümposiumi põhiküsimusi oli kuurordiravi tulemuste hindamise süsteem. Leiti, et see on väga subjektiivne, mistõttu ravitulemused eri asutustes pole üksteisega võrreldavad. Kurorto-

loogia ja Füsioteraapia Keskinstituudile ning Reumatismi Instituudile tehti ülesandeks meedikute laialdasel osavõtul välja töötada kuurordiravi tulemuste objektiivsema hindamise kriteeriumid.

Asjalik oli mõttevahetus reuma ja teiste kollagenooside kuurordiravi organisatsiooni ümber. Ei rahulda kehtivad standardsed sanatoorse ravi ajad.

Sümposiumil võttis sõna poolsada teadlast. Neist L. P ä i rõhutas, et kuurordiravi tulemuste hindamiseks on tarvis leida sobivamad laboratoorsed testid. E. M ü l l e r b e k käsitles reumahaigete laste kuurordiravi. Ta näitas, et sanatoorses internaatkoolis on lapsi haigus-  
hoogude vahel võimalik ravida, sealhulgas teha mudaravikuure. E. V e i n p a l u puudutas oma uurimistulemustest lähtudes kuurordiravi tulemuste hindamist, kuurordi- ja medikamentoosse ravi koosmõju ja sanatoorse ravi diferentseeritud kestust.

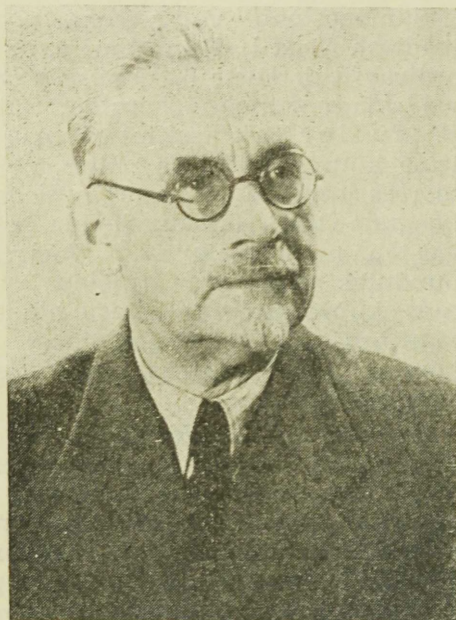
Huvitav oli kuulda professor O l h a g e n i l t, et Rootsis on ägedasse reumasse haigestumine viimasel ajal märgatavalt vähenenud, kroonilist mittespetsiifilist infektsiooset polüartriiti põdevaid haigeid aga on väga palju. Rootsi kuurordiravi-asutused ei olevat populaarsed. Haiged, kes kuurordiravi vajavad ja kellel selleks on võimalused, sõidavad peamiselt Hispaania ja Jugoslaavia kuurortidesse.

Prantsuse kuurortides rakendatavate vesiravi meetoditega, nagu ravikehakultuuri harjutused vees ja duššmasaaž, võis tutvuda filmi kaudu.

Hea mulje jättis Sotši Kurortoloogia ja Füsioteraapia Teadusliku Uurimise Instituut, kus muu hulgas pööratakse suurt tähelepanu reumahaigete laste ravile kuurordis.

*Endei Veinpälu  
Elona Müllerbek*

## PROFESSOR A. VALDES 85-AASTANE



1. detsembril 1969. a. sai 85-aastaseks Eesti NSV teeneline teadlane, professor arstiteaduse doktor Albert Valdes, kes pikka aega, üle kolmekümne aasta (1930...1962), juhatas TRÜ Arstiteaduskonna patoloogilise anatoomia kateedrit. Praegu töötavate arstide põlvkondadele on Albert Valdes olnud õpetaja, kes oma teadmiste ja oskuste edasiandmise kõrval on suurt tähelepanu pööranud ka üliõpilaste eetiliste ning esteetiliste töökspidamiste arendamisele.

Juubilari tegevus on olnud mitmekülgne. Tema elukäigust ja tööst on korduvalt kirjutatud (Nõukogude Eesti Tervishoid, 1959, 6; Архив патологии, 1960, 4 jm.). Temast on räägitud kui silmapaistvast pedagoogist, teadlasest ja teadlaste kasvatajast, praktikust ning organisaatorist. Et kõike öeldut mitte korrata, esitab allakirjutanu mõne väljavõtte A. Valdese artiklitest, mis võiks iseloomustada tema tegevust arstiteadusliku oskuskeele arendamisel. Teata-

vasti toimetas A. Valdes pikka aega «Eesti Arsti», ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» eelkäijat.

Kogumikus «Sugemeid eesti arstinduse ajaloole» (Tartu, 1940) kirjutas ta lk. 470: «Algaegadel olid mõningad kartused sisu pärast, kas leidub küllaldaselt kaastööd selleks, et «Eesti Arst» võiks ühtlaselt lakkamatult oma numbreid välja saata. Need kartused osutusid asjatuks, sest kogu oma ilmumise aja jooksul pole «Eesti Arstil» töödest puudus olnud. Aja jooksul on kaastöö hulku suurenenud, nii et «Eesti Arsti» mahtu on vaja olnud suurendada... «Eesti Arsti» möödunud ilmumisjärk on tõenduseks, et eesti arstkonnas on juba kandvat jõudu kultuurseks tööks arstiteaduslik-kirjanduslikul alal.»

Samas artiklis lk. 472—473: «Eesti arstiteaduslik oskuskeel on vahepeal tunduvalt täienenud ning «Eesti Arst» on olnud arstiteadusliku oskuskeele täienduste elluviijaks — uued oskused ja väljendused on saanud «Eesti Arsti» lugejaskonnas koduseks. Rida sõnu, mis on esmakordselt tarvitusele võetud «Eesti Arstis», on jõudnud juba üldrahvakeele pärisvaraks saada.»

Järgmine väljavõte sama kogumiku teisest artiklist (lk. 507—508) kõlab aktuaalsena veel praegugi: «Osutub äärmiselt hädavajalikuks meie arstinduse ajaloolise arhiivi ja muuseumi loomine, kuhu oleks võimalik koondada kõiki seda, millel on tähtsust meie arstkonna ja arstinduse ajaloo. Tuleb silmas pidada, et mingi rahva arstinduse ajalugu moodustab suure osa vastava rahva kultuuri ajaloost.»

Professor A. Valdes on kogu oma elu jooksul taotlenud meie arstkonna teadmiste taseme tõstmist ning selle kaudu rahva tervise parandamist. Sel eesmärgil on ta kohusetundlikult töötanud aastakümneid.

Auväärse juubeli puhul õnnitlevad professor A. Valdelt nii endised kolleegid kui ka kogu vabariigi arstkond.

Kolleegeid

## KLAVDIA BEŽANITSKAJA 80-AASTANE



15. oktoobril 1969. a. tähistas 80. sünnipäeva vabariigi vanemaid ftisiaatreid Klavdia Bežanitskaja.

Juubilar sündis 15. oktoobril 1889. a. Pärnumaal Kergu külas. Lõpetanud 1913. a. Tartu ülikooli *cum laude*, asus ta Tartu ülikooli sisehaiguste kliinikus tööle assistendina-ordinaatorina. Esimese maailmasõja ajal oli K. Bežanitskaja Kaukaasia rindel ja Punase Risti teenistuses.

Juubilar on innukalt võidelnud tuberkuloosi vastu nii Tartus kui ka kogu Eesti NSV-s. 1923. aastal asutas K. Bežanitskaja esimese tuberkuloosipunkti Tartus, mida samal ajal tuberkuloosihaihlaga juhatas kakskümmend kuus aastat.

Juubilariteeneks on Tartu Tuberkuloosi Dispanseri varustuse säilitamine okupatsiooni- ja lahingute ajal. Ta oli esimesi meditsiinitöötajaid, kes alustas tööd taasvabastatud Tartus. Tänu tema energilisele organiseerimisele avas tuberkuloosidispenser esimeste raviasutuste hulgas abivajajatele ukсед.

Aastail 1949...1957 töötas K. Bežanitskaja ftisiaatrina-röntgenoloogina Omski oblastis. 17. VIII 1957. a. kuni 25. VI 1961. a. oli ta Tallinna Vaba-

riikliku Psühhoneuroloogia Haigla röntgenikabineti juhataja. Sellelt ametikohalt läks ta pärast 48-aastast arstina töötamist pensionile.

K. Bežanitskajat on autasustatud rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane» ja medaliga «Ennastalgava töö eest Suures Isamaasõjas aastail 1941—1945». 80. sünnipäeva puhul autasustasid teda EKP Tartu Linnakomitee ja Tartu Linna TSN Täitevkomitee aukirjaga.

Juubilar on Eesti NSV Ftisiaatrite Seltsi ja Tartu Ftisiaatrite Seltsi auliige.

Praktilise töö kõrval on K. Bežanitskaja välja õpetanud palju ftisiaatreid ja ta on võitnud tunnustuse ning populaarsuse.

Soovime juubilarile veel paljudeks aastateks head tervist ja senist reipust.

*Kolleegid*

## MALEV UIBO 50-AASTANE



22. oktoobril 1969. a. sai 50-aastaseks Tartu Riikliku Ülikooli hügieeni kateedri juhataja Malev Pauli p. Uibo.

M. Uibo sündis Tartumaal Vastse-Otepää vallas talupidaja perekonnas. Pärast keskhariduse omandamist Tartus astus ta 1940. a. TRÜ Arstiteaduskonda, mille lõpetas 1946. aastal. Juba üliõpilaspõlves asus ta tööle hügieeni kateedri assistendi kohusetäitjana ning võttis osa teaduslikust tööst, uurides sõjajärgse

Tartu varustamist joogiveega. 1946. a. määrati ta sama kateedri assistendiks, 1951. a. aga vanemõpetajaks. Põhitöö kõrval on M. Uibo olnud Tartu Meditsiinikooli hügieeni-õppejõud ja töötanud Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama laboratooriumis. 1. aprillil 1968. a. määrati ta hügieeni kateedri juhataja kohusetäitjaks, 1969. a. septembris aga valiti kateedri juhatajaks.

M. Uibo on tegelnud mitme teadusliku probleemiga. Aastail 1948... 1950 uuris ta Emajõe reostumist ja isepuhastusvõimet ning need andmed on aluseks võetud Tartu kanalisatsiooni rekonstrueerimisel. 1958. a. alates on M. Uibo uurinud peamiselt toitlustusprobleeme. Samal ajal võttis ta osa kateedri ühisest tööst — mikroelementide määramisest Eesti NSV pinna- ja põhjavetes. Praegu juhendab ta nelja lepingulist tööd.

1967. a. kaitses M. Uibo kandidaadi väitekirja «Laste toitlustuse sanitaarhügieeniline uurimine Tartu linna laste-aedades». Selle alusel on koostatud

juhend toitlustuse korraldamiseks lasteasutustes. M. Uibo sulest on ilmunud 45 tööd, sealhulgas kolm hügieenialast õpavahendit, mis on koostatud koos manalasse varisenud professor M. Kasega.

M. Uibo on kahel korral lõpetanud marksismi-leninismi õhtuülikooli (1950. ja 1965. a.). 1962. a. alates on ta NLKP liige. M. Uibo ühiskondlik töö on mitmealgeline. Ta on TRÜ ametiühingukomitee toitlustuskomisjoni esimees ja ühingu «Teadus» aktiivne lektor. Ta kuulub Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi hügieeni ja kutsehaiguste alase probleemkomisjoni ning TRÜ Arstiteaduskonna õpetatud nõukogusse. M. Uibo on Tartu Hügienistide ja Tervishoiuorganisatorite Teadusliku Seltsi esimees ning samanimelise vabariikliku seltsi juhataja liige.

Soovime juubilarile tugevat tervist, palju jõudu ja edu edaspidiseks viljakaks tööks.

*Kolleegid*

## ILMAR LAAN 50-AASTANE



Ilmar Laan sündis 8. jaanuaril 1920. aastal Tartus kooliõpetaja perekonnas. Haridusteed alustas ta 1928. a. Tartu 2. algkoolis ja jätkas 1933. a. H. Treff-

neri gümnaasiumis. 1940. a. sügisel astus Tartu Riikliku Ülikooli Ajaloo-Keele-teaduskonda.

Suure Isamaasõja ajal teenis I. Laan Punaarmees, alustades reamehena ja lõpetades sanitaarinstruktorina — kaardiväe vanemseersandina, ning tegi kaasa Velikije Luki, Eesti NSV ja Kuramaa vabastamise lahingud. I. Laan on autasustatud rinnamärgiga «Sanitaarteenistuse eesrindlane» ja medalitega «Lahinguliste teenete eest» ning «Võidu eest Saksamaa üle Suures Isamaasõjas aastail 1941—1945».

1945. a. novembris I. Laan demobiliseeriti ja sama aasta detsembris alustas ta õpinguid Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonnas, mille lõpetas 1953. a. Pärast ülikooli lõpetamist suunati I. Laan tööle Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituuti, kus ta esialgu töötas kliinilise biokeemia laboratooriumis noorema teadusliku töötajana, 1953. a. septembrist 1956. a. jaanuarini aga teadusliku sekretärina. Aastail 1956... 1967 oli juubilar sama instituudi protozoologiasektori noorem teaduslik töötaja. 1965. a. valmis tal

kandidaativäitekiri, mis käsitles *Trichomonas vaginalis*'e mitmesuguste bioloogiliste omaduste muutlikkust.

1967. a. valiti I. Laan Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi informatsiooniosakonna, praeguse Vabariikliku Teadusliku Meditsiinilise Informatsiooni Osakonna juhataja ametikohale.

Juubilar on avaldanud 41 teaduslikku artiklit, neist 3 välismaa ajakirjades, ning on esinenud vabariiklikel, üleliidulistel ja rahvusvahelistel konverentsidel. Ta on Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi õpetatud nõukogu meditsiinilise ja meditsiinilis-tehnilise informatsiooni ja töö teadusliku organiseerimise probleemkomisjoni esimehe ase-täitja.

I. Laan võtab aktiivselt osa ühiskondlikust elust. Teda on korduvalt valitud juhtivatele kohtadele kohalikus ametiühingukomitees. Ühingu «Teadus» liikmena peab ta sageli loenguid ning on avaldanud populaarteaduslikke kirjutisi. Juubilar tunneb suurt huvi keeleküsümuste, eriti meditsiinilise terminoloogia vastu. 1968. a. alates töötab ta põhitöö kõrval ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetuses toimetaja ametikohal.

Soovime Ilmar Laanele jätkuvat nooruslikkust, energiat ja palju kordaminekuid töös.

Kaastöötajad

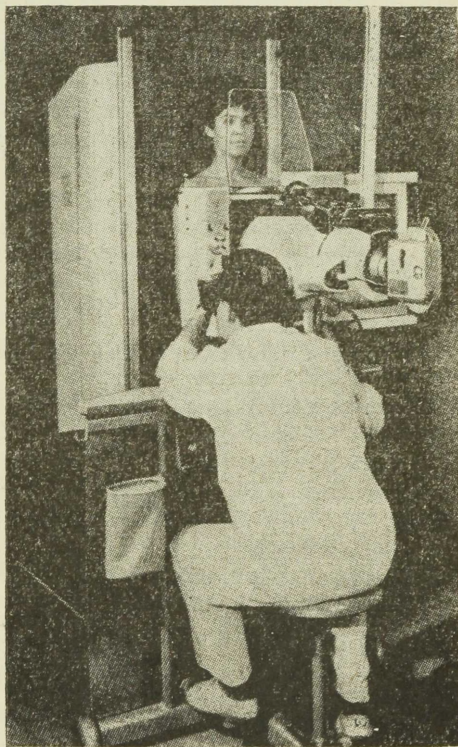
## Meditsiinitehnika

### ELEKTRONOPTILINE VÖIMENDI CHIRANA ZOX 190 A

Viimasel ajal on röntgenidiagnostikas suurt tähelepanu pälvinud ja poolehoidu leidnud elektronoptilised võimendid. Ühe sellise aparaadi, Chirana ZOX 190 A, sai hiljuti oma valdusse Tallinna Vabariiklik Onkoloogia Dispanser. Palusime seda fakti kommenteerida dispanseri röntgeniosakonna juhataja L. Luigel.

«Elektronoptiliselt võimendilt ootame pärast selle töökorda seadmist palju,» ütles L. Luik. «Röntgenoloogiliste uurimiste maht väieneb ju järjest. Seedetrakti uurimine, südame ja veresoonte sondeerimine ning nende kontrasteerimine nõuab pidevat röntgenoloogilist jälgimist ja kontrolli. On selge, et vajame üha täiuslikumat röntgenitehnikat nii diagnoosimise täpsuse kui ka uuritavate ja uurijate tervise huvides, sest uurimiste arvu suurenemine toob kaasa üha suureneva kiirguskoormuse nii haigetele kui ka röntgeniosakonna töötajatele.

Elektronoptiline võimendi toob nähtavale sellised üksikasjad, mis tavalise röntgenoskoopia puhul üldse ilmsiks ei tule. Detailrikkuse poolest võib elektronoptilise võimendiga saadud kujutist ekraanil võrrelda väga hea röntgenogrammiga. Tänu kujutise suurele valgustugevusele ja teravusele lubab võimendi röntgenoloogil töötada pimendamata kabinets. Seega langeb ära aeganõudev nägemise kohandamine. Samal ajal väheneb ioniseeriva kiirguse kahjulik mõju personalile ja patsien-



dile 7...10 korda, võrreldes tavalise röntgenoskoopiaga.

Elektronoptilisel võimendil ZOX 190 A on veel üks suur eelis. Tal on kaamera, mille abil uuritava elundi muutusi on võimalik filmida, tehes 32 kaadrit sekundis. See võimaldab näha detaile, mis tavalisel röntgenuuringul esile ei tule. Filmi saame korduvalt vaadata ja üksikasjaliselt analüüsida nii dunaamikas kui ka üksikute kaadritena.»

Mis printsiibil Chirana ZOX 190 A töötab? Esitasime selle küsimuse Meditsiinitehnika ja Abikäitiste Valitsuse töötajale insener Mati Toomessoolle.

«Võimendi sügava vaakuumiga klaaskolvis (1) on fotokatood (2), anood, teravustamise elektrood ja väljundekraan.

Röntgenitorust (x) tulev kiirgus läbib patsiendi keha (P), kus ta teatava astmeni neeldub, ja langeb võimendi fotokatoodile (2). Fotokatoodi sfääriline, alumiiniumist valmistatud hoidja (2 a) on kogu ulatuses kaetud fluorestseeruva ekraaniga (2 b). Ta on vahetus kontaktis fotokatoodi massiga (2 c), kus kujutis muundatakse. Väljalöödud elektronidele antakse kiirendus küllalt kõrge pingega (15...22 kV) fotokatoodi ja anoodi (3) vahel. Viimane täidab ka elektronlätse funktsiooni.

Kiirendatud fotoelektronid põrkavad fluorestseeruva ekraani (5) vastu ja põhjustavad vähendatud, kuid selge ümberpööratud kujutise (02).

Optilise seadeldise objektiiv (6) pöörab kujutise õigesse asendisse (03). Kujutise (03) vaatlemisel läbi okulaari (7) näeme suurendatud tegelikku kujutist (04). See on ligikaudu niisama suur kui esialgne (01). Kujutise teravust saab reguleerida, milleks muudetakse teravustamise elektroodi (4) pinget.

Väljundväli on kaitstud pliiklaasiga (8). Vaatluseks võib kasutada binokulaaroptikat kas sirge või murtud vaatlusteljega.

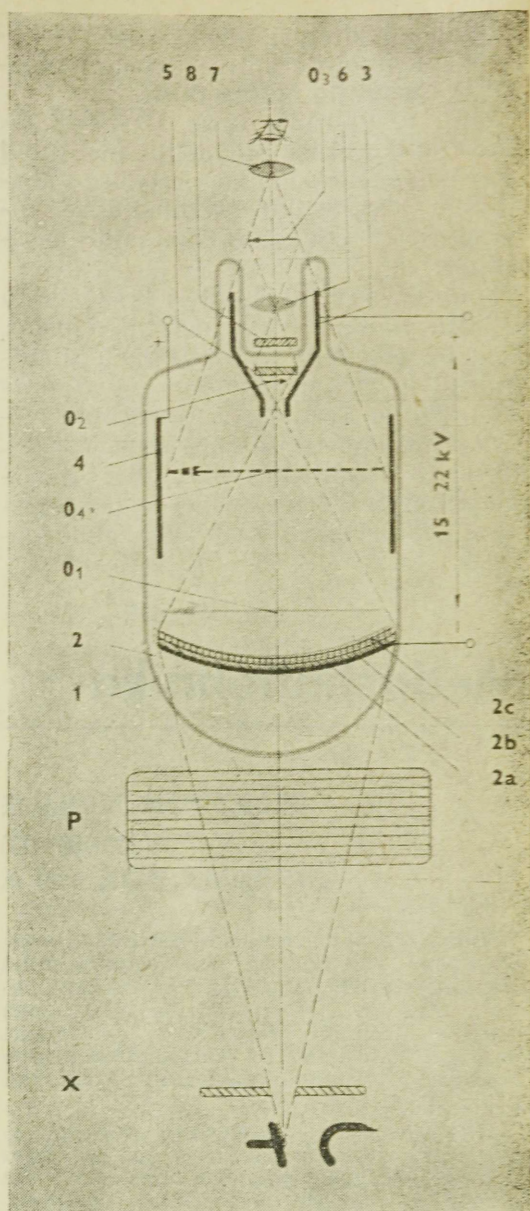
Filmida saab võimendiga selleks kohandatud kinokaamera «Admira-16» abil, mis on elektriliselt juhitud.

Kui ZOX 190 A ei kasutata, tuleb teda ikkagi kord nädalas üheks tunniks sisse lülitada. Seda on vaja vaakuumi säilitamiseks elektritoru formeerimise eesmärgil.

ZOX 190 A võib pidevalt koormata režiimil kuni 30 mA 90 kV.

Normaalne töörežiim kaameraga «Admira-16» on kuni 15 mA 90 kV.

Võteteks soovitatavad filmid on «Orvo»,



«Foma» või «Gevart», mille tundlikkus on 21, 24, 27 DIN.»

Lebo Kivikink

## OLULINE PANUS MEDITSIINIBIBLIOGRAAFIASSE \*

UDK 01:61(474.2)(049.3)

Bibliograafia «Eesti NSV meditsiiniline kirjandus 1940—1965», mille on välja andnud Riiklik Teaduslik Meditsiiniline Raamatukogu, on teataval määral Nõukogude Eesti arstiteaduse ja tervishoiu saavutuste 25 aasta kokkuvõte. Ta kajastab tervishoiu arengut, andes ülevaate kõikidest olulisematest tervishoidu puudutavatest trükistest alates 1940. a. väljaantud «Tasuta arstiabi andmise juhendist» ja «Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissariaadi põhimäärusest» kuni 1965. a. ilmunud organisatsiooniliste töödeni. Need tööd peegeldavad nõukogude võimu 25 aasta vältel Eestis toimunud suuri nihkeid töötajate tervise kaitsmisel. Bibliograafiasse on püütud koondada mitte ainult vabariigis ilmunud meditsiinikirjandust, kuigi geograafilise printsiibi järgimine olu kergem, vaid ka teistes liiduvabariikides ja välismaal avaldatud Eesti NSV autorite töid. Heaks võib kiita ka seda, et bibliografeeritud on partei ja valitsuse otsuseid ning määrusi, artikleid arstiteaduse ajaloost ja personaaliat Eesti NSV tähtsamatest ajalehtedest. Kindlalt võib väita, et paljud nendest töödest jäid arstide laiale ringkonnale seni tundmatuks ja seepärast ei leidnud kasutamist.

Kõnealune bibliograafia koosneb 26 osast paljude alajaotustega, kus on registreeritud 9324 publikatsiooni. Nende õnnestunud süstematiseerimine, üksikute osade vaheline seos, autorite loetelu eraldi ladina ja vene alfabeedi järgi — see kõik kergendab tööde leidmist. Eesti keeles ilmunud tähtsamate tööde pealkirjade esitamine venekeelses tõlkes hõlbustab bibliograafia kasutamist ka neil, kes eesti keelt ei valda.

Tohutu materjali väljaselgitamiseks ja leidmiseks tuli koostajal lisaks E. Langi diplomitöö «Eestikeelne meditsi-

siiniline kirjandus 1940.—1959. a.» andmete täpsustamisel ja täiendamisel ära teha suur töö. Seda ei kergendanud palju ka Eesti NSV Riikliku Raamatupalati väljaanne «Artiklite ja retsensioonide kroonika», mis hakkas ilmuma alles 1952. aastal. Üleliidulised venekeelsed väljaanded «Raamatukroonika», «Artiklite ja retsensioonide kroonika» ning aastaraamat «NSV Liidu teaduslik meditsiiniline kirjandus» registreerivad aga peamiselt keskajakirjanduses ilmunud töid ja ainult osaliselt liiduvabariikides ilmunud. Tuleb lisada, et aastate 1947...1956 kohta need bibliograafilised indeksid üldse puuduvad ning meditsiinikirjanduse üksikud liigid, näiteks ettekannete teesid, pole neis registreeritud. Seepärast on «Eesti NSV meditsiiniline kirjandus 1940—1965» oluline täiendus nimetatule ja dubleerib neid tühisel määral.

Ülesanne anda ülevaade aastail 1940...1965 Eesti NSV-s, teistes liiduvabariikides ja välismaal ilmunud Nõukogude Eesti arstiteaduslikust kirjandusest aga käib ühele koostajale teataval määral üle jõu. Eesti NSV autorite kõigi tööde registreerimine, olenemata nende ilmumiskohast, tähendaks ju personaalsete bibliograafiate koostamist, mis vististi ei olnud selle bibliograafia ülesanne. Kuid samas jääb arusaamatuks, miks Vilniuses ilmunud kogumikust «Материалы VI конференции по истории науки в Прибалтике» (1965) on toodud ainult ühe Eesti NSV autori töö (nr. 1463). Välja on aga jäetud neli Eesti NSV autorit ning üldse 18 tööd, mis valgustavad Eesti arstiteaduse ja tervishoiu ajalugu, sealhulgas «Hügieeni areng Tartu ülikoolis XIX sajandil ja XX sajandi algul». Bibliografeerimata on jäänud Vilniuses 1959. aastal korraldatud konverentsi ettekannete teesid «III Междуреспубликанская конференция по вопросам истории естествознания и техники в Прибалтике», kuigi

\* «Eesti NSV meditsiiniline kirjandus 1940—1965». Bibliograafia. (Koostaja E. Vahe-salu). Tallinn, 1969, 672 lk. Tiraaž 1000.

selles on Eesti arstiteaduse ajalugu puudutavaid töid. Ka on bibliografeerimata akad. A. Middendorfi juubelikonverentsi ettekannete teesid (1965), milles muu hulgas on töö A. Middendorfi õpinguaastate kohta Tartu ülikooli arstiteaduskonnas. Samuti on bibliograafiast välja jäänud paljud Eesti NSV ajalehtedes ilmunud arstiteaduse ajalugu ja ateismi küsimusi käsitlevad artiklid.

Teoses on ka teiste liiduvabariikide autorite töid, mis on ilmunud väljaspool meie vabariiki, kuid puudutavad Eesti meditsiini ja tervishoiu ajalugu (näiteks nr. 756, 1448, 1456, 9202, 9204 jt.). Ebaselgeks jääb aga see, millisel alusel nende tööde valik on tehtud. Nii on bibliograafiast välja jäänud paljud Tartu ülikooli arstiteaduskonna kasvandikele (F. Inozemtsev, J. Varvinski, V. Manassein, A. Samoilov, F. Ovsjannikov jt.) pühendatud monograafilised uurimused, teaduslike kogumike ja ajakirjade rohkearvulistest artiklitest rääkimata. Ilmselt ei ole koostaja olnud teadlik, et need tööd kuuluvad Eesti arstiteaduse ajaloo valdkonda.

On küsitav, kas bibliograafiasse oli vaja sisse võtta töid väljastpoolt meie vabariiki, mis pealegi sisuliselt ei puuduta Eestit. Näitena võiks tuua Janis Kalnini töö põllumajandusliku traumatismi profülaktikast Lätis (nr. 2065), kuigi see ilmus Eestis. Analoogiliselt viimasele peaksid siis väljaandes olema Läti ja Leedu NSV autorite tööd, mis käsitlevad nende vabariikide arstiteaduse ajalugu, kuid avaldati Tartus Baltimaade teaduste ajaloo V konverentsi

materjalide kogumikus (1964). Paraku pole see siiski kõnealuse bibliograafia ülesanne. Esitatud näited räägivad bibliograafia koostamise põhimõtetest kinnipidamise ebajärjekindlusest.

Leidub vigu autorite nimedes. Nii peab Саава Э. (nr. 1810) ja Саава X. (nr. 1723) asemel olema Саава А. Ühesuguse perekonnanime ja initialsaalia erisikute tööde esitamisel peaks initialsaali järel sulgudes tingimata olema eesnimi, näiteks Karu, E(lmar) ja Karu, E(ster). Esimesel juhul on tegemist psühhiaatriaprofessoriga, teisel silmaarstiga: autorite registris on aga nende tööd esitatud ühe nime, Karu, E. all. Sellistel juhtudel ei oleks Eesti NSV autorite eesnimede väljaselgitamine eriti raske olnud. Eeskujuks võiksid olla «TRÜ bibliograafiad».

Mainitud libastumisi võiks korvata bibliograafia täiendava köite väljaandmine, millesse kuuluksid sellest bibliograafiast väljajäänud tööd, kuid järgmiste bibliograafiate koostamisel tuleks neid vigu kindlasti vältida.

Eespool toodu ei vähenda ilmunud bibliograafia kui esimese sellelaadse tähtsust. Paljud teaduslikud töötajad, tervishoiuorganisaatorid ja arstid leiavad sellest väärtuslikke andmeid ka niisuguse kirjanduse kohta, mis pole registreeritud üheski teises bibliograafias. Eriti suurt abi pakub nimetatud bibliograafia Eesti NSV arstiteaduse ja tervishoiu ajaloo uurijaile.

Tartu

Viktor Kalnin

## BIBLIOGRAAFILISI KARTOTEEKE MEDITSIINILISES RAAMATUKOGUS

**Asfüksia vastsündinutel.** Ajakirjade artiklid aastaist 1966...1969 (november). Vene keeles 41, võõrkeeltes 150 nimetust. Koostanud E. Kook.

**Elektronmikroskoopilised ja histokeemilised uuringud dermatoloogias.** Monograafiad ja ajakirjade artiklid aastaist 1967...1969 (juuli). Vene keeles 29,

võõrkeeltes 121 nimetust. Koostanud H. Künamägi.

**Infektsioosse hepatiidi immunoloogia.** Monograafiad ja ajakirjade artiklid aastaist 1967...1969 (juuni). Vene keeles 71, võõrkeeltes 68 nimetust. Koostanud H. Künamägi.

**Katehoolamiinid.** Ajakirjade artiklid

aastaist 1966...1968. Vene keeles 35, võõrkeeltes 85 nimetust. Koostanud E. Kook.

**Krooniline hepatiit. Maksatsirroos.** Ajakirjade artiklid aastaist 1964...1968. Vene keeles 52, võõrkeeltes 263 nimetust. Koostanud E. Kook.

**Kurortoloogia ja füsioteraapia reumatismi, südamehaiguste, liigesehaiguste ja endokriinsete haiguste korral.** Monograafiad ja ajakirjade artiklid aastaist 1968...1969 (september). Vene keeles 206, võõrkeeltes 90 nimetust. Koostanud H. Künamägi.

**Meditiiniline teenindamine polikliinikus ja haiglates.** Monograafiad ja ajakirjade artiklid aastaist 1968...1969 (september). Vene keeles 40, võõrkeeltes 8 nimetust. Koostanud J. Mürsepp.

**Morbus Cushingi.** Ajakirjade artiklid aastaist 1966...1968. Saksa ja inglise keeles 180 nimetust. Koostanud E. Kook.

**Müokardi-infarkt.** Monograafiad ja ajakirjade artiklid aastaist 1967...1968 (juuni). Vene keeles 208, võõrkeeltes 299 nimetust. Koostanud E. Kook.

**Psühhofarmakoloogia.** Monograafiad ja ajakirjade artiklid aastaist 1967...1969 (juuli). Vene keeles 30, võõrkeeltes 120 nimetust. Koostanud H. Künamägi.

**Reumatism ja teised kollagenoosid.** Monograafiad ja ajakirjade artiklid aastaist 1968...1969. Vene keeles 328, võõrkeeltes 341 nimetust. Koostanud H. Künamägi.

**Sapiteede haigused. Diagnoosimine ja ravi.** Monograafiad ja ajakirjade artiklid aastaist 1968...1969 (oktoober). Vene keeles 47, võõrkeeltes 15 nimetust. Koostanud J. Mürsepp.

**Seedeelundite haiguste diagnoosimine ja ravi (gastriit, gastroenteriit).** Monograafiad ja ajakirjade artiklid aastaist 1968...1969 (september). Vene keeles 20, võõrkeeltes 50 nimetust. Koostanud J. Mürsepp.

**Selektiivne vagotoomia ja püloroplastika.** Ajakirjade artiklid aastast 1969 (jaanuar...september). Võõrkeeltes 106 nimetust. Koostanud J. Mürsepp.

**Vältimatu abi kõhuõonekirurgias.** Monograafiad ja ajakirjade artiklid aastaist 1968...1969 (oktoober). Vene keeles 64, võõrkeeltes 5 nimetust. Koostanud J. Mürsepp.

Raamatukogu laenutab bibliograafilisi kartoteeke ka posti teel.

Tallinn

Eduard Kook

## Välismaalt

### HIMAALAJAST LÖUNA-INDIANI

Üleliidulise ühingu «Teadus» organiseerimisel külastas 17-liikmeline grupp ühiskonnategelasi ja teadlasi Indiat ning seejärel Nepaali, et India—Nõukogude ja Nepaali—Nõukogude sõprusühingute aktivistidele tutvustada sotsialismi saavutusid Nõukogude Liidus. Samal ajal oli reisi eesmärk lähem tutvumine India ja Nepaaliga, et neid maid, kellega Nõukogude Liidul on tihedad sõprus- ja koostöö sidemed, «Teaduse» lektoriumide võrgu kaudu Nõukogude rahvastele tutvustada.

Grupis oli majandusteadlasi, biolooge, filosoofe jm. spetsialiste mitmest liiduvabariigist, nende hulgas kaks akadeemikut, mitu professorit, teaduste doktorit ja kandidaati. Tervishoiu esindajaks oli Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja arstiteaduse kandidaat Oku T a m m. Ühes Madrased instituudis, mis uurib eriti obtlikke infektsioone, tuli O. Tammel esineda loenguga sanitaaria ja epidemioloogia organisatsioonist ning tööst Nõukogude Liidus.

Reisimuljetest jutustas O. Tamm meile järgmist.

Reisi alustasime 14. oktoobril kell 22.05 Moskva Seremetjevo lennuväljalt Il-62-ga. Lendasime pimedas üle «maailma katuse» Pamiiri ja Himaalaja mäestiku lumiste harjade — unustamatu vaatepilt, mille suurejoonelisust saime nautida alles tagasiteel — ja maandusime kell 03.45 Moskva aja järgi India pealinnas Dehliis. Olime vahemaandu-

miseta lennanud ligikaudu viis tuhat kilomeetrit. Et see tohtu maa-ala vähem kui kuue tunniga kodumaa ja meie vahele oli kasvanud, sellest saime aru harjumatus kuumusest, mis meid lennukist väljumisel vastu võttis.

Uluuluse saime Vana-Dehli hotellis «Broadway».

Vana-Dehli oma kitsaste tänavate räga, härjakaarikute, jalgratturite voolu, metsikult tuututavate autode, templite, ringihulkuvate pühade lehmade ja tänavakaubandusega avanes meile hommikul juba läbi hotelli akende kogu idamaisse värvikirevuses. Kõhnad tõmmud mehed, kelle ainus kehakate on valge puuvillane rätt (dhoti), nagu kandis Gandhi, sihid turbani ja habemega, sekka mõni kašmiirlane kitsastes pükstes ja pikas tihedalt nõõbitavas kuues, nagu riietus Nehru, naised iga värvi puuvillastes või siidist sarides, laubale maalitud täpp — see kõik oli meie silmale uudis.

Hotelli sein tõmbas nagu piiri kahe eri maailma vahele. Siinpool meenutas kõik Läänt: euroopalik riietus ja sisustus, komfort, laitmatu teenindamine. Seinas avastasime kliimaseadeldise, mida võisime tööle panna oma vajaduste kohaselt, lae all rippus suur tiivikventilaator. Raadio. (Televisiooni veel ei ole.) Vann ja dušš, mida kasutasime neli-viis korda päevas, et end vähegi inimesena tunda, sest õhutemperatuur püsis kogu aeg nii kõrgel, et isegi paigal seistes higi kõikidest pooridest tungis. Ma ei tea, kui paljud indialased võivad endale lubada luksust vannis ja duši all käia või koguni kahhelkividest basseinides supelda, mis kuulub jõukate inimeste harjumuste hulka, kuid ilmselt peab nende protsent olema äärmiselt väike. 1954. aastal, kui Indias algas veevarustuse ja kanalisatsiooni ehitamise riikliku plaani realiseerimine, oli kogu maal ainult 20 miljonit elanikku, kes võisid kasutada kaevusid või veevärki. 1961. aastaks suurenese arv 80 miljonile, mis kõneleb selget keelt valitsuse pingutustest ja edusammudest. Kui palju neid on praegu, ei olnud võimalik selgitada — statistilisi andmeid on India maalalade suuruse ja mõningate muude asjaolude tõttu raske saada. Et aga kogu India 530 miljonile elanikule teha kättesaadavaks selline puhtus, mida peame tavaliseks ja hügieeni seisukohalt vältimatuks, see peaks küll mitu aastakümnet tööd nõudma.

Dehli on võrreldud «igavese linna» Roomaga, kuid tema minevik on tunduvalt kirevam. Seitse korda on türklased, pärslased, afgaanid, mogulid ja teised võõrad anastanud Dehli hävitanud. Seitse korda on linn uuesti üles ehitatud. Iga kord on ta seejuures oma asukohta muutnud. Kõigi seitsme linna varemed on praegugi näha, kõige vanamad neist umbkaudu meie ajaarvamise algusest.

Dehli sümbol on 72,5 m kõrgune liivakivist minarett, Kutb Minar, mis suurepäraselt säilinuna kerkib kunagise Muhammed Chorise mošee varemetest. 13. sajandi algul ehitatud torni tippu viib nüüd 378 astmega keerdtrepp. Meie jalataldadest jäi see küll puutumata, sest ilm oli rõhuvat kuum ja iga liigutus nõudis erakordset pingutust.

Praeguse Vana-Dehli ehitasid India vallutajad muhamediusulised mogulid 16. sajandil. Eriti tihedalt on pealinnaga seotud suurmogul Džahani (1592...1666) nimi. Tema valitsemisajal, mis langes ühte Mogulite riigi õitsenguga, ehitati võimas Punane Fort, suurmoguli palee marmorpaviljoni ja maailmakuulsa Pärlimošeeaga. Karmi välimusega punaste kindlusemüüride taga olid varjul arhitektuuri

meistriteosed, idamaise toredusega sisustatud sammassaalid ja kaunid aiad purskkaevudega. Suurmoguli vastuvõturuumis asus vääriskividega rikkalikult kaunistatud nn. paabulinna-troon ja ruumi ukse kohale oli kirjutatud: «Kui maa peal kuskil peaks olema paradiis, siis on see siin, siis on see siin.»

Punane Fort on India riigivõimu sümbol. Aastal 1857, kui indialastest formeeritud Briti-India väeosad oma isandad Punases Fordis ümber piirasid ja üldiseks ülestõusuks sellega märku andsid, sai see koht ühtlasi ka vabadusvõitluse sümboliks. Punases Fordis kuulutas valitsus 26. jaanuaril 1950 välja India iseseisvuse. Punases Fordis peetakse pidulikku koosolekuid, siin leiavad aset riiklikud vastuvõtud.

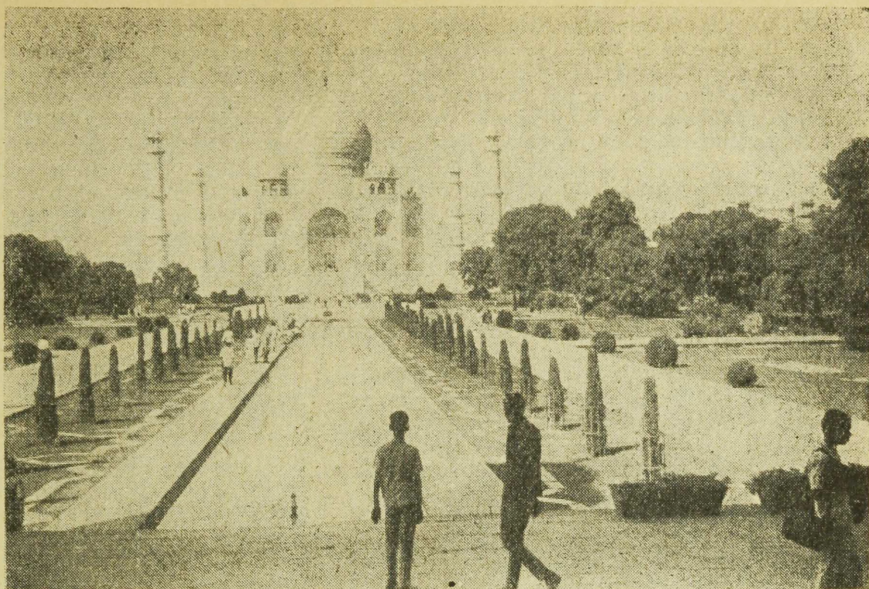
Külastasime veel üht India pühamut, radžhatti, kohta Yamuna jõe kaldal, kus põletati Mahatma Gandhi põrm. Vägivallatuse jutlustaja, kes poliitilise reaktsiooni ohvriks ise vägivaldset surma pidi surema, põletati sandlipuust tuleriidal ja tema tuhked heideti Yamuna voogudesse. Yamunat peavad hindud pühaks nagu Gangeski.

Gandhi mälestusmärk on lihtne nagu oli ta ise — ühegi kaunistuseta marmorplokk. Juba nüüd on see koht ka palverändurite sihtpunkt. Sinna pääsesime ainult jalatsiteta nagu templisse.

Oleleb veel üks Dehli, järjekorras kaheksas. See on Uus-Dehli, omaette linn, mille Briti koloniaalvõimud pärast seda, kui nad suurmoguli muinasjutupaleesse olid ehitanud arsenali ja sõjaväebarakid, ajaloolise Dehli naabruses rajasid. Uus-Dehli pole midagi stiihiliselt tekkinud, seal on kõik otse vatmanilt ja kalkalt tänavatele, väljakutele ja ehitusplatsidele kantud. Uue linna ehitasid inglased koloniaalvõimu esindajatele, eeskätt asukuningale, valitsusasutustele ja administratiivaparaadile. Uus-Dehli on suur aedlinn sirgete laiade tänavate ja puisteedega, pretensioonikate villade ja aedadega. Igas aias kasvavad palmid. Pärast võimuvahetust asus Uus-Dehlisse India rahvuslik valitsus. Seal on India parlamendihoone, presidendiloss, ministriumid ja välisriikide esindused. Seal paikneb ka Nõukogude Liidu saatkond, kuhu meie ekskursioonigrupp saabumispäeva õhtul külla oli palutud. Saatkonnal on oma kultuurihooned. India—Nõukogude sõprusühingu liikmete korraldatakse seal loenguid ning kohutusi nõukogude teaduse ja kunsti silmapaistvate esindajatega. Meie grupp pidas saatkonna kultuurihoones kolm erialast loengut.

Tahaksin veel põgusalt peatuda mogulite arhitektuuril, mis India kultuuripärandi aaretest on kaunimaid.

Talupoegade ja käsitööliste ekspluateerimine ning oskuslikust kaubanduse arendamisest saadud suured tulud võimaldasid suurmogulitel lasta püstitada ehitisi, mis maailma arhitektuuriajalugu rikastasid kvaliteedilt täiesti uuega. Imetlesime Dehli Humajani mausoleumi ja kolossaalset liivakivist ning valgest marmorist Džama Masdzidit, üht suurimat mošeed maailmas. Jäime aga sõnatuks, kui meid viidi Agrasse, et näeksime legendaarset Tadž Mahali. Kõikides neis ehitistes on islami arhitektuuri ilu orgaaniliselt liitu-



Tadž Mahal, India arhitektuuri pärl.

nud India ehituskunsti parimate traditsioonidega. Tulemus on kahe stiili suurepärase süntees, mille tipuks on üllas valgest marmorist Tadž Mahal, suurmogul Džahani poolt tema naise auks ehitatud mausoleum.

17 aastat kestis hauakamari enitamine, mille rajamisel töötas 20 000 inimest. Valmis meistriteos, mille kohta maailma arhitektuurimälestistest vist küll kõige rohkem superlatiive on kasutatud. Ta on oma tervikkikkuses täiuslik. Teda on nimetatud unistuseks marmoris.

Kogu oma graatsilisuses on Tadž Mahal suurem, kui vahest foto järgi võib arvata. Mausoleumi keskosa lõpeb kaunitult võlvitud ja ornamenteeritud marmorkupliga, mille läbimõõt on 18,8 m. Džahani ja tema naise rikkalikult kaunistatud sarkofaagid on mausoleumis kõrvuti. Igal aastal korraldatakse Mutmaz Mahali mälestuseks, kes suri 36-aastaselt, austamistseremonia.

Ehitist ümbritsevad neli sihvakat minaretti. Küpresside ja basseineidena aed rangelt sümmeetrilise mausoleumi ümber on niisama rangelt sümmeetriline. Eriti mõjuv olevat kogu ansambel kuupaistelisel öödel, mida me kahjuks oma silmaga näha ei saanud.

Agra oli üle saja aasta (1556...1658) Mogulite riigi pealinn ja suurmoguli residents. Seal on rohkesti ehitismälestisi, mis on rajatud kõige silmapaistvama suurmoguli Akbari ajal. Oma poja auks laskis Akbar Agra lähedale ehitada uue residentsi Fatehpur Sikri («Võidu linn»). Luksuslik asula jäeti aga varsti maha üsna proosalisel põhjusel — tekkis joogivee puudus. Praegu elab Fatehpur Sikris ainult 13 000 inimest.

Et joogiveel on Indias märksa suurem väärtus kui meil, see sai selgeks juba reisi esimestel päevadel. Higistamisega kaotatud varude asendamiseks tuli ainuüksi lõuna ajal ümmarguselt liiter vedelikku ära juua. Veevärgivesi öeldakse olevat enam või vähem

reostatud, ja et Indias tüüfus, koolera ja rõuged pole haruldased, siis hoiatati meid kraanivee eest. Lubati juua ainult keedetud vett, mida jahutatuna hoitakse termoses, apelsinivõi mangomahla, coca-colat või mõnda muud karastusjooki. Millal ükskord jõuab niisugune julgustus ja heaolu India rahvaste laiade hulka, kellest ainult 6% võib kasutada puhast kvaliteetset vett? Seni joovad nad rahumeeli ka saastatud jõevett, isegi pühaks peetavatest jõgedest, kus terveksaamise lootusega kümblevad leepira- ja düsenteeriahaiged, kollatõbised ja süfiliitid. Leepira- haiged arvatakse Indias olevat üle miljoni, luust põeb 5...7% elanikest. Katk on põhiliselt likvideeritud, epizootilised kolded näri- liste hulgas aga on jäänud, mis sunnivad valvsusele. Edukas on olnud malaariatõrje. Seda haigust peeti veel mõne aasta eest vaenlaseks number üks. Tänu laialdasele vaktsineerimisele on taandumas ka rõuged. Rõuge- vaktsiiniga abistab Indiat suurel määral Nõukogude Liit. Võitlus rõugete vastu, nagu rääkisid kohalikud arstid, oleks märksa edukam, kui rahvastiku teadlikkus oleks kõrgem ja kui paljud indialased ei keelduks end vaktsineerida laskmast. Laialdaselt on levinud trahhoom. Seda näeb tänavapildiski. Palju on trahhoomi tagajärjel pimedaks jäänuid, keda talutatakse või kes kepiga kombates teed otsivad.

India olude üle ei tohi otsustada pealiskaudselt ja ennatlikult. Peab teadma, kui vana ja kõrge kultuuriga maa see on. Juba 3. ja 2. aastatuhandel e.m.a. oli India põlv- lunduses kasutusel kunstlik niisutus, olid arenenud arvukad käsitööharud, ehitati suuri linnu tellistest hoonetega. Järeldatakse, et tegemist oli ürgühiskonna kultuuriga, mille rüpes tekkisid juba klassid ja riigivõim. India kunstiajalugu hõlmab vähemalt viit tuhandet aastat; filosoofial, mis tekkis 15. kuni 10. sajandil e.m.a. vana tsivilisatsiooni pinnal, on

rohkem kui tuhandeaastane traditsioon. Siidi, riisi, maitseaineid ja muid varasid viidi Indiast välja juba iidsetel aegadel; öitses mere- ja karavanikaubandus, maa oli rikas.

Võtme tänapäeva India vaesuse ja mahaajäämuse mõistmiseks annab fakt, et teda peaaegu kahe sajandi kestel riisusid ja näljutasid Suurbritannia koloniaalvõimud. Just sel ajajärgul tegi Euroopa läbi suure tehnilise arengu, millest kauge asumaa jäi niisama hästi kui puutumata. Maa eraomandiks kuulutamise ja India muutmiseks Inglismaa odavate tööstuskaupade turuks hävitati senine külaühiskonna struktuur, laostati imetlusväärne India käsitöö, võeti töö miljonitelt ja miljonitelt inimestelt. Kui India 1947. aastal imperialistide ikke turjalt heitis, avanes kogu maailmale masendav pilt katastroofilisest olukorrast, millesse suure ja jõuka maa oli tõuganud Briti kroon. «Rahvas on tavatult vaene, keskmine eluiga madal, inimesed ei ela sellistes tingimustes, et vastu panna haigustele ja epideemiatele; maal valitseb kirjaoskamatus; määratutel maa-aladel pole mitte mingisugust sanitaarset ega meditsiinilist teenindamist; tööpuudus nii keskklassides kui ka laiades rahvahulkades on võtnud vapustava ulatuse,» kirjutas autobiograafias India Vabariigi esimene peaminister Džavaharlal Nehru.

Nõukogude Liidu eeskujul alustas kapitalistlik India, mille valdavaks ideoloogiaks on kohati Gandhi vägivallatuse õpetus, kohati Nehru «demokraatlik sotsialism», oma sõltumatu majanduse ülesehitamist plaanimajanduse printsiibil. India viisaastakute eesmärgiks on olnud põllumajanduse arendamine ja tööstuse ülesehitamine, kompleksse niisutus- ja energeetikasüsteemi rajamine, toodangu ja rahvatulu suurendamine, võitlus tööpuuduse vastu, hariduse edendamine jne. Valitsuse pingutustest kõnelevad hiiglaslikud tammid, uued metallurgia-, masinaehitus- ja väetisetehtased, naftatöötlemise kombinaadid, aatomi-

elektrijaamad ja palju muud, millest koloniaalne India võis ainult unistada. Tehtud on väga palju, kusjuures Indiat on abistanud Nõukogude Liit ja sotsialismileer. Tarvitseb meenutada ainult Bhilai metallurgiakombinaati ja Bhakra hiigeltammi, kus töötasid paljud Nõukogude insenerid. India tohutuid mõõtmeid ja rasket olukorda arvestades on seda aga väga vähe, mis valitsusel seni on õnnestunud teha.

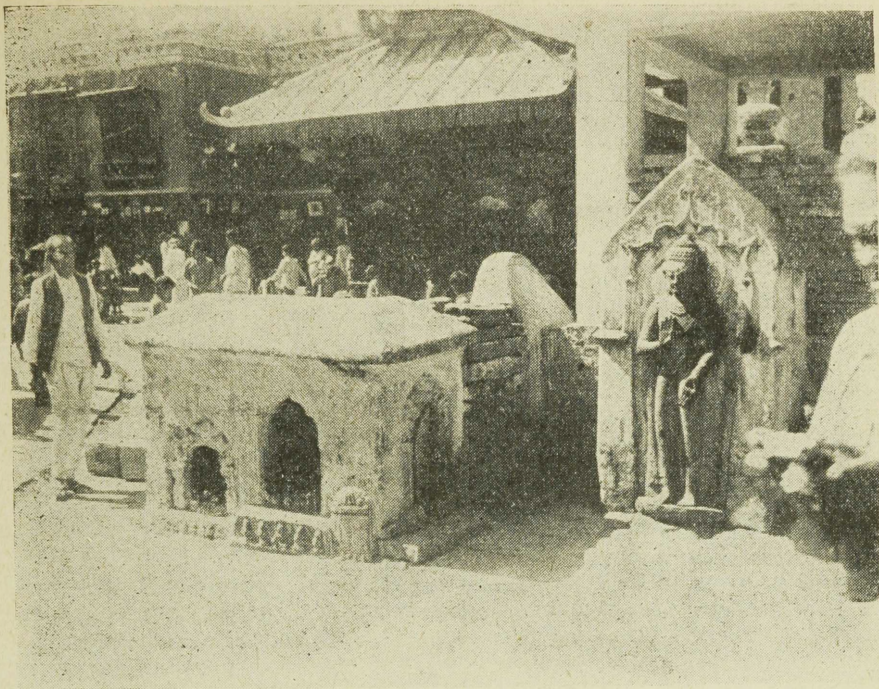
Kui viimaseid statistilisi andmeid, mida läks korda saada, võrrelda sellega, mida omal ajal kirjeldas Nehru, siis näeme, et olukord on veel küllalt raske.

Rahvastiku toiduvajadus jääb suures osas rahuldamata. 1966. a. oli toiduainete miinimumi maksumus inimese kohta 40 ruupiat kuus, keskmine sissetulek aga 24 ruupiat. Puudulik toitumus torkab silma juba esimesel pilgul. India lapsed on äärmuseni kõhnad, tüsedad inimesed on haruldased. Vähesel tootumise kõrval kannatab rahvastik ka kroonilise valgugaeguse all, sest 90% kasutada olevatest toitainetest on süsivesikud. Süüakse peamiselt riisi ja banaane või muid puuvilju. Indias on 175 miljonit veist ja 51 miljonit pühvlit (1961. a. andmed), kuid veiseliha paljudel ei luba süüa usk ja piimatoodang on uskumatult madal — 200 kg lehma kohta aastas. Valitsus püüab teha kõik, et alatoitumusest jagu saada. Esmajärjekorras hoolitse-takse laste, rasedate ja imetavate naiste eest. Lasteasutusi on hakatud varustama vitamiinidega.

Keskmine eluiga on pikenenud 39 aastalt (1936) 46 aastale (1965). Vanuselises struktuuris domineerivad noored inimesed, mitte vanad, nagu näiteks Eesti NSV-s. Suremus on Indias suur, sündimus veelgi suurem. Tavaliselt on perekonnas kuus-seitse last. Valitsus peab vajalikuks sündimust piirata ja propageerib kahelapsesüsteemi. Kõikjal ripuvad



Killuke Jaipurist, kus ka turistidel on võimalus elevantil sõita.



Tänavapilt Nepaali pealinnast Katmandust.

suured plakatid, kus ühel poolel kujutatakse vaest perekonda paljude lastega, teisel jõukat perekonda kahe lapsega.

Nagu oma silmaga näha võis, ei ela india-lased ka praegu sellistes tingimustes, et vastu panna haigustele ja epideemiatele. Puudulik toit, primitiivne olustik, käimlate puudumine isegi väga paljudes linnaelamutes, napid teadmised hügieenist, tervishoiuasutuste hõredus, tsentraliseeritud epideemiatõrje puudumine — see kõik muudab tervishoiutöötaja töö pingeliseks ja vähe tõhusaks. 1965. aastal oli Indias 10 000 elaniku kohta 2 arsti ja 5 voodikohta. Ainult 15% ravimitest toodetakse kohapeal.

India elanikest oskab lugeda ja kirjutada umbes üks kolmandik.

1965. a. oli Indias 12 miljonit töötut ja 50...60 miljonit hooajatöölist, kellele jätkus tööd ainult osal aastast.

Kogu see viletsus lasub raske koormana rahva õlgadel.

Pärast koloniaalike kõrvaldamist on aktuaalseks muutunud ka muude tõkete kõrvaldamine, mis seisavad risti ja põiki India arengu teel: rahvusliku kapitali nappus, rahvahariduse madal tase, religiooni kütked, eriti kastid, riigi paljude rahvaste passiivne meelelaad, lõpuks ikkagi peapaha — kapitalistlik kord. Kapitalism ei võimaldanud vajaliku radikaalsusega läbi viia maareformi, mille tõttu India külas endiselt on säilinud feodaalne maaomand ja poolfeodaalsed suhted. Miljonitel talupoegadel pole maad.

Reaktsoonäärade surve India poliitilises elus tugevneb. Kuid mida tugevamaks muutuvad rahu jõud ja sotsialism kogu maailmas, seda rohkem pöörduvad india-lased marksism-leninismi ideede poole. 1957. aasta valimistel

said kommunistid Kerala osariigis enamuse ja moodustasid koguni valitsuse.

Tahaksin veel üsna lühidalt peatuda meie marsruudil. Peale Dehli ja Agra käisime Jaipuris ja kolmes suures sadamalinnas — Bombay, Kalkutas ja Madrases. Jaipuris nägime kuulsat Tuultepaleed, sattusime esimesele maotaltsutajale meie teekonnal, saime proovida söitu elevanti seljas, vaatasime ülikooli, külastasime Jaipuri endise maharadža losse haaremi ja relvakoguga, mis nüüd on muuseum. Maharadža ise sõitis 1947. aastal koos oma peremeestega Inglismaale. Ta võib murelt ja seisusekohaselt ära elada, sest võõrandatud vara eest maksab India valitsus talle ligikaudu 17 000 ruupiat kuus. Võrdluseks olgu öeldud, et elatusmiinimum Indias on 70 ruupiat, kooliõpetaja kuupalk 150...300 ja professoril 800...900 ruupiat.

Bombays näidati meile India värvavat, mis püstitati kunagi Inglise kuninga ja India keisri George V külaskäigu auks ja mille kaudu 1947. aastal lahkus maalt viimne inglise sõdur. Kalkutas, India suurimas linnas (7 milj. elanikku), käisime esinduslikus India Muuseumis, Nobeli preemia laureaadi Rabindranath Tagore majamuuseumis ja lopsaka vegetatsiooniga hämmastavas botaanikaaias, mille võib-olla suurim vaatamisväärsus on tuhandetüveline baanianipuu.

Madras, mis asub Hindustani poolsaare lõunatipu lähedal, võttis meid vastu sellise niiske kuumusega (+35...+38° C), et raske oli hingata. Elamuseks oli Mahabalipuri, kus asuvad hinduismi templid. Võisime imetleda meisterlikke reljeefe, Šiva ja Parvati skulptuure, ja et aimu saada, kuidas neid tehakse, võisime pilgu heita ka kohalikku skulptorite

kooli. Madrases tuli mul anda 1½-tunnine intervjuu ajakirjanikele, kes tundsid huvi meie tervishoiusüsteemi vastu. Öhtul pidasin loengu instituudis, kus uuritakse eriti ohtlikke infektsioone. Auditorium oli tähelepanelik, ettekande lõpul esitati rohkesti küsimusi. Imestati, kui kuuldi, et meil pole enam difteeriat, et koolera on ammu-ammu likvideeritud, et rõuged tegid meil muret viiskümmend aastat tagasi. Tunti huvi, kui kaugele ulatuvad meie arstide võimupiirid sanitaarialalaste puuduste avastamisel, kuidas võitleme nakkusliku kollatõve vastu, kuidas on korraldatud sanitaarharidustöö. Kuulsime, et eriti ohtlikesse infektsioonidesse haigestumiste arv näitab tunduvalt vähenemist. Kuid 1966. a. oli veel üle 32 000 rõugejuhu ja rohkem kui 13 000 inimest haigestus koolerasse.

Madrases oli võimalus tutvuda ka ühe haigla tööga, mida arvatakse paremate hulka. Üldprofiiliga haigla, 120 voodikohta, pluss polikliinik. Põhiliselt erahaigla, kuid saab riigilt toetust ja on selle eest kohustatud teenindama ka vaeseid. Neile, kelle palk on alla 100 ruupia kuus, on vastuvõtt polikliinikus tasuta, haiglapäeva eest maksavad nad 1...2 ruupiat. Arste on 42, kusjuures polikliiniku arstid töötavad ainult polikliinikus. Nende koormus on ümmarguselt 30 vastuvõttu päevas. Palatites on 6 haiget, sisustus on väga lihtne, samasugune on ka aparatuur. Soovida jättis puhtus, kuid nii olevat see enam-vähem kõikides haiglates.

Indiast lendasime mõnepäevaseks külas-käiguks Nepaali. 10 miljoni elanikuga Nepaali kuningriik asub Himaalajas, India ja Tiibeti vahel. Nepaal paikneb subtroopilise kliima valdkonnas, kuid kuus seitsmendikku tema territooriumist võtavad enda alla mäed. Rahvastiku tuum koosneb India ja Tiibeti pärit-

oluga rahvastest. Pealinn Katmandu asub 1200 m kõrgusel üle merepinna, elanikke on 220 000, majad enamasti ühe- ja kahekorru-selised telliskivihooned.

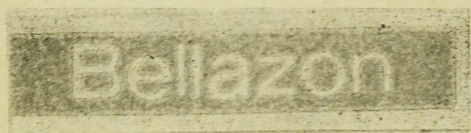
Nõukogude Liit peab oma internatsionaal-kesks kohuseks abistada arenevaid rahvaid, kes on jõudnud rahvusliku sõltumatuse teele. Majandusliku ja tehnilise koostöö kokkuleppe alusel 1959. aastast on Nepaalis Nõukogude Liidu abiga ehitatud sigaretivabrik Džanakburis ja suhkrutehas Birandžis. Abi ja toetust on antud ka põllumajandusmasinate tehase, esimese riikliku hüdroelektrijaama ja teede ehitusel. 250 Nepaali üliõpilast õpib Nõukogude Liidus. Tervishoiuolud on Nepaalis veelgi raskemad kui Indias. Kogu riigi kohta on 200 arsti ja 580 voodikohta. Tervishoiu ministeerium koosneb kahest departemangust — tervishoid ja rahvameditsiin. Umbes 50% ravimeetoditest põhineb rahvameditsiini. Nõukogude Liidu abiga ehitati mõne aja eest Katmandusse 50 voodikohaga ajakohane haigla ja polikliinik, kus kaks aastat töötasid Nõukogude arstid. Selle aja kestel vaadati läbi 11 000 haiget ja kontrolliti profülaktiliselt 1511 õpilast.

Tutvusime 10. sajandil rajatud Katmandu vanalinnaga, kus on rohkesti templeid ja mitu lossi; ülikooliga, kus õpib 600 üliõpilast; vaatasime budhistide templit ja kloostrit, käisime Tiibeti põgenike töökodades. Põgenikud teevad vaipu ja muud käsitööd ning, nagu meile öeldi, teenivad 3...10 ruupiat päevas.

Kokku võttes tegime huvitava reisi Himaalajast kuni India lõunaosani. Kogesime igal sammul, et Nõukogude Liidul on sõpru kõikjal.

Vestles Bruno Rokš

## Uusi ravimeid



**BELLASOON** (*Bellazon*, Беллазон) on liit-ravim, mille üks dražee sisaldab 75 mg preparaati INHA-17 ja 0,25 mg karumustika alkaloidi, peamiselt atropiini ja hüostüamiini.

Preparaadi alkaloididel on tsentraalne kolinolüütiline toime lihaste toonust ja liigutusi reguleerivatesse koorealustesse keskustesse ning perifeerne spasmolüütiline toime silelihaskonda. Sellele lisandub veel INHA-17 kui monoaminooksüdaasi inhibiitori tsentraalne toime. Bellasoon vähendab lihaste väikust, värisemist, hüpo- ja bradükineesi,

vegetatiivse närvisüsteemi häireid ja müdiparkinsonismi sümptome. Kergendab neuroloogilisi vaevusi ja parandab haigete psüühilist ja somaatilist seisundit.

Bellasoon on näidustatud mis tahes etioloogiaga parkinsonismi puhul.

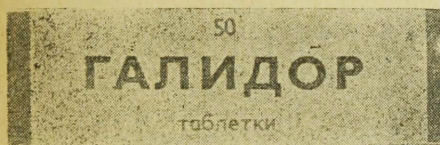
Vastunäidustused: südame ja veresoonte, neerude ja maksa raskekujulised kahjustused, diabeet, glaukoom, ateroskleroos ja türeotoksikoos.

Ravi algul antakse 2...3 dražeed bellasooni päevas. Iga 3...4 päeva tagant suurendatakse annust ühe dražee võrra. Olenevalt ravimi talutavusest ilmneb optimaalne toime siis, kui kasutatakse 8...16 dražeed päevas. Kui annuse suurendamisel tekib kõrvalnähte, tuleb esialgu piirduda selle viimase annusega, mida patsient hästi talus. Alles mõne päeva pärast võib annust suurendada. Ravikuur

optimaalse annusega kestab 3...6 kuud ja lõpetatakse annuseid pikkamisi vähendades ühe kuu vältel. Pärast 3...4 kuu möödumist peab ravi kordama. Et tulemusi fikseerida, tuleb edaspidi iga kolme kuu tagant teha ühekuuline bellasoonkuur.

Kõrvalnähtudena võivad tekkida unetus, iiveldus, peapööritus, kõrgeenenud erutuvus, kuivustunne suus, tahhükardia, raskendatud urineerimine. Nende ilmnemisel tuleb annust vähendada.

Ravim kuulub B-nimekirja. Originaalpakendis 50 dražeed. Bellasooni toodab Bulgaaria RV tehas «Pharmachim».



**HALIDOR** (*Halidor*, Галидор). Sünonüme: *Egyt-201*, *Венсуланум*.

Spasmolüütiline ravim, mille toime ületab papaveriini müotroopse toime. Halidooril on ka nõrk kesknärvisüsteemi trankviliseeriv toime. Vegetatiivset närvisüsteemi ta aga ei mõjuta.

Preparaadi eelisteks on vähene toksilisus ja hea imenduvus seedekanalist. Vereseerumi valkudega ei ühine.

Halidoori toimel laienevad pärgarterid, samuti naha ja lihaste veresooneid, mille tagajärjel paraneb kudede ja elundite verevarustus. Preparaati kasutatakse silelihaste ägedate ja krooniliste spasmide kõrvaldamiseks eeskätt veresoonte haiguste korral.

Tähtsamaid rakendusvõimalusi: 1) perifeersete veresoonte haigestumisest sugenevad silmahaigused; 2) mao ja soolte spasmid, gastriit, koliit, enteriit, tenesmid, koletsüstopaatia, koletsüstektomiajärgne seisund; 3) haavandõbi; 4) bronhiaalastma, astmaatilised seisundid.

Halidoori võetakse sisse 3...4 tabletti päevas. Ravikuur kestab 2...4 nädalat.

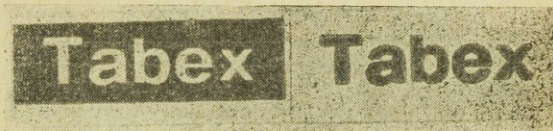
Vastunäidustusi ei ole. Kõrvalnähtudena võivad harva tekkida kuivustunne suus, peapööritus, iiveldus ja peavalu.

Ägedate haigusnähtude korral süstitakse halidoori lihasesse või veeni. Parenteraalsel manustamisel tuleb olla ettevaatlik eriti siis,

kui on kalduvus kollapsi tekkeks, samuti raskete vereringe- ja hingamishäirete ilmnemisel.

Preparaati toodetakse tablettidena (originaalpakendis 50×100 mg) ning ampullides, mis sisaldavad 50 mg toimeainet.

Halidoori toodab Ungari RV tehas «EGYT».



**TABEKS** (*Tabex*, Табекс).

Üks tabeksi tablett sisaldab 0,0015 g tsütisiini, mis aitab kustutada organismi nikotiinialga suitsetamisest loobumisel ilmnevate abstinentsinähtude korral. Arvatakse, et tsütisiini ja nikotiini toimemehhanismid on samalaadsed ning organismis tekib nende vaheline konkurents, millega on seletatav ka preparaadi toime.

Tsütisiin mõjub üledoseerimisel toksiliselt ning võib põhjustada iiveldust, oksendamist, südamegevuse kiirenemist, üldist nõrkust ja hingamislihaste halvatusi.

Tabeksi kasutamisel ilmnevad ebameeldivad aistingud, mis tingivadki suitsetamisest loobumise, kuid tulemusrikkaks raviks on vajalik ka patsiendi tugev tahtejõud.

Ravitakse alljärgneva skeemi järgi.

Kolmel esimesel päeval võetakse üks tablett korraga kahetunniliste vaheaegadega, s.o. 6 tabletti päevas. 4. kuni 12. päevani üks tablett 2½-tunniliste vaheaegadega, s.o. 5 tabletti päevas. 13. kuni 16. päevani 3-tunniliste vaheaegadega, s.o. 4 tabletti, 17. kuni 20. päevani 5-tunniliste vaheaegadega 3 tabletti päevas ja 20. kuni 25. päevani ainult 1...2 tabletti päevas. Hiljemalt viiendal ravipäeval peab suitsetamisest täiesti loobuma. Püsiva toime saavutamiseks ei tohi ka hiljem kordagi suitsetada.

Vastunäidustuseks on kõrge vererõhk ja ateroskleroos.

Ravim kuulub B-nimekirja.

Originaalpakendis 100 tabletti. Tabeksit toodab Bulgaaria RV tehas «Chimpharm».

Aino Järison

## TEADAANNE

1971. aastal tuleb kokku Eesti NSV terapeutide V kongress. Et vabariigi rajoonide ja linnade arste kongressil esinemiseks võimalikult rohkem kaasa tõmmata, kinnitas Eesti NSV Terapeutide Teaduslik Selts juba varakult kongressil arutusele tulevad probleemid. Need on:

1) spetsialiseeritud terapeutiline abi ja selle organisatsioon;

2) sisehaiguste õpetuse üldküsimumused tänapäeval\*;

3) terapeutiliste haigete haiglaväline ravi.

Et kongressil esineda ettekandega, tuleb avaldus saata hiljemalt 1970. aasta 1. oktoobriks Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaterapeutile aadressil Tallinn, Lossi plats 7.

\* Selle all tuleb mõista haiguste üldsümpomaatikat, ühe või teise ravimirühma kasutamise üldpõhimõtteid, organismi üldreaktsioone eri haiguste korral, ravimite kõrvaltoimet jne.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumil 9. oktoobril 1969. a. arutati tööle võtmisele eelnevate ja perioodiliste meditsiiniliste läbivaatuste korraldamist ning kutsehaigustesse haigestumise vähendamise võimalusi vabariigis.

Kolleegium kohustas linnade tervishoiuosa-kondade juhatajaid ning rajoonide peaarste rohkem kontrollima neid läbivaatusi asutustes.

Kolleegium kinnitas terapeutide atesteerimise komisjoni liikmeks Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kutsehaiguste peaspetsialisti I. Maripuu. Teda kohustati 1970. a. jooksul korraldama seminare arstidele, kes tegelevad meditsiiniliste läbivaatustega. Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla ja Tallinna Vabariikliku Haigla organisatsioonilis-metoodilise kabineti spetsialistidele tehti ülesandeks läbivaatuste korraldamist edaspidi regulaarselt juhendada ja kohapeal kontrollida.

*Aili Volmer*

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumil 30. oktoobril 1969. a. arutati nakkushaiguste tõrjet Narvas ja Tallinnas.

Kuulati Tallinna Linna TSN TK Tervishoiu Osakonna juhataja U. Meikase ja Narva Linna TSN TK Tervishoiu Osakonna juhataja B. Tsitilise aruandeid ning ministeeriumi peaepidemioloogi V. Tapupere kaasarannet.

Kolleegium tegi U. Meikasele ülesandeks rajada enne 1. jaanuari 1970 Tallinna Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamas marutõve profülaktika kabinet. B. Tsitilisel aga tuleb ägedate soolenakkuste õigeks diagnoosimiseks viivitamatult eraldada voodikohad.

13. novembril 1969. a. arutati kolleegiumil Tallinna Vabariikliku Haigla tööd. Kuulati Tallinna Vabariikliku Haigla peearsti A. Roosilehe aruannet ja Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse juhataja N. Ajasta kaasarannet.

Kolleegium kohustas A. Roosilehte osakondade juhatajatelt nõudma, et voodifondi ratsionaalselt kasutataks.

Tehti ülesandeks 1970. a. I kvartali jooksul välja töötada haiglasisesse töö ratsionaalsed vormid, likvideerida ebaseaduslik koha-kaasluse alusel töötamine ja edaspidi rangelt kinni pidada tööseadusandlusest.

Pearsti asetäitjat organisatsioonilis-metoodilisel alal R. Malvistet kohustati hoolt kandma eesrindlike kogemuste levitamise eest. Plaaniliste väljasõitude ajad tuleb kooskõlastada vabariigi teiste ravi- ja profülaktika-asutustega.

Kolleegium kohustas N. Ajastat ning L. Lavrovat 1. jaanuariks 1970. a. esitama

ettepanekud Tallinna Vabariikliku Haigla voodifondi kasutamise kohta.

Ministeeriumi peaspetsialistid N. Elstein, Š. Gulordava, S. Naarits ja A. Vares peavad regulaarselt kontrollima Tallinna Vabariikliku Haigla tööd ja abistama selle korraldamisel ning ravi ja diagnoosimise kvaliteedi parandamisel.

*Asta Kaldma*

3. detsembril 1969 arutas Eesti NSV Ülemnõukogu tervishoiu- ja sotsiaalkindlustuskomisjon vabariigi koolitervishoiu ja kiirabi olukorda.

Õpilaste meditsiinilist teenindamist analüüsiti komisjoni 1966. aasta 18. novembri otsuse täitmise seisukohalt tervishoiu ministri esimese asetäitja E. Kama ettekande ja haridusministri esimese asetäitja J. Tohver'i kaasettekande põhjal.

E. Kama ettekandest selgus, et ümmarguselt 60% kooliarstidest on koolis põhitöökohal. Tallinnas, Tartus, Kohtla-Järvel ja Narvas on sisse seatud vanem-kooliarsti ametikohad. 1969. aastal loodi ka ühiskondlikel alustel töötava pea-kooliarsti ametikoht. Seega peaks kooli meditsiinitöötajate tegevuse metoodiline juhtimine paranema. Süstemaatiliselt korraldab ministeerium kooli meditsiinitöötajatele seminare.

Tallinnas on meditsiiniline abi õpilastele reorganiseeritud. IX...XI klassi õpilasi teenindavad nüüd noorukite kabinetid. Tõhusat tööd üldhariduslike ja internaatkoolide õpilaste tervise heaks teevad lastepoliklinikute spetsialiseeritud abi kabinetid kardioreumatoloogia, lastegünekoloogia, endokrinoloogia, oftalmoloogia jt. aladel. Internaatkoolides on vaksineerimise tulemusena saavutatud immuunsus selliste haiguste suhtes nagu difteeria, läkakõha, poliümüeliit ja tuberkuloos. Kõrgel tasemel on meditsiiniline abi Keila-Joa ja Haapsalu sanatoorsetes internaatkoolides. Ravi ja diagnoosimise mahu ning kvaliteedi poolest võib neid õppeasutusi võrrelda spetsialiseeritud sanatooriumidega.

Hinnatavat teaduslikku tööd õppiva noorsoo tervise heaks teeb Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut. Arstiteaduse doktor R. Silla juhendamisel töötava kollektiivi koolitervishoiualased soovitused on üleliiduliselt tunnustust leidnud.

1965. aastal dispanseeriti vabariigis enne kooliminekut 95% 7-aastastest lastest. 1968. aastal suurenes nende protsent 97,9-ni. Rohkesti tööd on seejuures tehtud maa meditsiinipersonali kvalifikatsiooni tõstmiseks pediatría alal. Ka maal dispanseeritakse lapsed enne kooli astumist, kaitsepooked tehakse seal mitte halvemini kui linna meditsiiniaasutustes.

Põhjalikumad läbivaatused hõlmasid 1965. aastal 98% õpilastest, 1968. aastal 99,5%. Need

läbivaatused kõnelevad õpilase tervise mitmete näitavate paranemisest.

Aasta-aastalt on vähenenud haigestumine reumasse ja muudesse lapsea haigustesse. Profülaktika tulemus on reuma retsiidiivide ja südamerikete arvu järsk vähenemine ning haiguse kergem kulg. Suremus selle raske haiguse tagajärjel on tegelikult likvideeritud.

Pärast stomatoloogilise abi reorganiseerimist maal suurenes ravitud hammastega laste arv 1965. aasta andmetega võrreldes 38%. Lastestomatoloogide osatähtsus stomatoloogide hulgas on suurenenud 26%-lt 36%-le.

Tervikuna koolide sanitaarne seisund paraneb. Samal ajal kõrvaldatakse kahjuks liiga aeglaselt niisuguseid puudusi nagu klassiruumide mitteküllaldane valgustus ja koolimööbli sobimatus õpilaste kasvuga. Nende tagajärjel on kooliõpilase tervis mõne näitavate poolest halvenenud. Näiteks avastati 1000 läbivaadatu kohta

	1965. a.	1968. a.
nägemisteravuse nõrgenemist	82,3	84,2
skolioosi	18,7	27,3

Haridusministri esimese asetäitja J. Tohver'i kaasettekandes selgitati, et uute koolihoonete ja juurdeehituste rajamisel on klassiruumi valgustuse normatiividest kinni peetud. Endistes koolihoonetes, kus valgustus ei ole küllaldane vana elektriseadmetiku tõttu, kuulub see hoone kapitaalremondi ajal ümberhitamisele. Kapitaalremondiks on igas rajoonis koostatud graafik. Remondisummade piiratuse tõttu võtab kogu ülesande lahendamine aega paratamatult veel aega.

1966/1967. õppeaastast mindi üle parandatud konstruktsiooniga koolipinkide tootmisele, mis vastavad uuele riiklikule standardile.

Samast õppeaastast alates nõutakse koolidelt, et õpilased suure vahetunni ajal värskes õhus viibiks.

Ülemnõukogu tervishoiu- ja sotsiaalkindlustuskomisjon otsustas 1966. a. 18. novembri otsuse koolitervishoiu kohta meie vabariigis täide viiduks lugeda ja päevakorrast ära võtta.

Kiirabi olukorra arutamisel märkis tervishoiu ministri esimene asetäitja E. Kama positiivse seigana seda, et Eesti NSV-s, võrreldes teiste liiduvabariikidega, langeb kodustest visiitidest kiirabi visiitidele suhteliselt väike osa. Kiirabi visiitid moodustasid 1967. aastal teistest visiitidest (protsentides)

Nõukogude Liidus keskmiselt	35
Vene NFSV-s	36
Leedu NSV-s	53
Läti NSV-s	44
Ukraina NSV-s	27
Eesti NSV-s	22

See tähendab, et kiirabi on meil vähem kooritud nende mitte tingimata kiiret abi vajavate visiitidega, mida tavaliselt teevad jaoskonna- ja vältimatu abi arstid.

Et õnnetusjuhtumite, eriti liiklustraumade arv vabariigis aasta-aastalt suureneb, märkis

E. Kama, siis on vaja, et esmaabi- ja ajakohaseid elustamisvõtteid valdaks iga kodanik. Eesti NSV Tervishoiu Ministerium taotleb sellise korra kehtestamist, et iga autojuht ja individuaalauto omanik peaks kohustuslikult läbi tegema esmaabi kursuse ning et igas autos oleksid ravimid ja esmaabi andmise vahendid. Sama nõue peaks olema kehtiv miilitsa-, tuletõrje ja gaasiavarii töötajate kohta.

Eesti NSV Ülemnõukogu saadik M. K a l e v juhtis kaasettekandes tähelepanu sellele, et vaatamata olukorra järkjärgulisele paranemisele, ei vasta kiirabi töö vabariigis praegu veel meditsiini tänapäeva arengutasemele. Suur erinevus on selles maa ja linna vahel. Üks olulisemaid puudusi maal on arstide ja kesk-eriharidusega meditsiinipersonali mitteküllaldane kiirabialane kvalifikatsioon. Selle põhjuseks on suur kohakaasluse protsent ja kaadri voolavus. Välja arvatud Tallinn ja Tartu, on kiirabi brigadide varustus instrumentide ja aparaatidega puudulik. Osa kunstliku hingamise ja narkoosiaparaate seisab kasutamata, sest väikesi hapniku- ja naerugaasi balloone ei saa kusagil täita. Mõnes kiirabiosakonnas ei kasutata aparaate sellepärast, et personalile ei ole õpetatud nende käsitsemist. Rajoonides on kiirabi autod enamasti radiofitseerimata, raadioside aparaadid Tallinnas, Tartus, Kohtla-Järvel ja Pärnus aga on töös ebastabiilsed. Kohati asub kiirabi kitsastes, sobimatutes ruumides, näiteks Harju Rajooni Kiirabi jaam, Narva ja Jõhvi kiirabiosakonnad. Veel valusam punkt on garaazide puudumine.

Komisjon võttis olukorra parandamiseks vastu üksikasjaliku otsuse, milles muu hulgas Tallinna Linna TSN Täitevkomiteele tehakse ettepanek: 1) kaaluda ühe Tallinna haigla kiir- ja vältimatu abi haiglaks muutmist, millega ühendatakse Tallinna Kiirabi jaam, ja 2) lähemate aastate jooksul rajada Tallinna Kiirabi jaamas reanimatoloogide ja neuroloogide spetsialiseeritud brigadid.

Bruno Rokk

\*

24. septembril 1969. aastal korraldati Paide rajooni arstide seminarnõupidamine, kus käsitleti tulareemia, marutaudi ja süüfilise mõningaid probleeme. Seminaril olid külalisteks Leningradi Sadama ja Linna Katkutorjajaama epidemioloog G. Bogojavlenski ning Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogijaama eriti ohtlike nakkuste osakonna arst L. Stepanova.

Külaline Leningradist rõhutas vajadust mõelda tulareemiale senisest rohkem. Sageli on tulareemia kliinik ebaselge ja haigust võib ekslikult pidada tuberkuloosiks. On kirjeldatud juhte, kus õige diagnoosi panemine on hilineanud isegi 9 kuud. Kõikidel kahtlastel juhtudel tuleb abiks võtta seroloogiline diagnoosimine ja allergiline nahatest tulemisi.

L. Stepanova andis ülevaate marutaudist ning selgitas selle ohtliku nakkushaiguse epidemioloogiat, diagnoosimist, profülaktikat ja ravi. Ta rõhutas, et marutaudi haigestumise

vältimine eeldab ladasat koostööd veterinaar-, samuti miilitsatöötajatega. Väga tähtis on regulaarne ja sihikindel selgitustöö elanike hulgas.

Süüfilise kliinilise pildi iseärasustest, diagnoosimisest ja profülaktikast rääkis Paide dermatoveneroloog I. Saluste.

Seminarnõupidamine värskendas ohtlike nakkushaiguste alaseid teadmisi ja oli igati kasulik.

*Ado Tamm*

\*

Salmonelloosidealne seminar toimus 6. kuni 9. oktoobrini 1969. a. Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis. Sellest võtsid osa kuue liiduvabariigi (Moldaavia, Ukraina, Valgevene, Leedu, Läti ja Eesti NSV) meditsiini- ja veterinaariatöötajad, kuid külalisi oli ka Moskvast, Bakuust, Kaliningradist ja mujalt.

Seminarit avas Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja O. Tamm, kes kõneldes salmonellooside aktuaalsusest, viitas nende haiguste globaalsele levikule, mitmekesisele etioloogilisele struktuurile, komplitseeritud kliinikule ja epideemilisele ning epizootilisele levikule.

Järgnevalt andis ülevaate salmonelloosidesse haigestumisest Nõukogude Liidu NSV Liidu Salmonelloosikeskuse ja Epidemioloogia Keskinstituudi soolenakkuste osakonna juhataja V. Kileso. Ta rõhutas meedikute ja veterinaaride koostöö ning nendevahelise informatsiooni tõhustamise vajadust, viidates seejuures mõnele Eesti NSV eriteadlaste kogemustele.

Salmonellooside epidemioloogilisi iseärasusi ja profülaktikaabinõusid Eesti NSV-s kirjeldas H. Pihl. Seminarist osavõtjad tundsid elavat huvi koostatud ning vabariigi tervishoiu ja põllumajanduse ministeeriumides kinnitatud metoodilise juhendi vastu, mis puudutab salmonellooside epidemioloogiat ja profülaktikat.

Salmonellooside etioloogiat käsitles salmonelloosikeskuse töötaja J. Võdrina, kes mainis, et praegu tuntakse juba üle 1200 salmonellade seroloogilise tüübi, kusjuures avastatakse üha uusi tüüpe.

Meie maa tuntumaid salmonellooside spetsialiste professor J. Surpeatus salmonellooside epizootoloogia mõnedel probleemidel.

Teoreetiliste ettekannete kõrval olid seminaris kavas ka salmonellooside laboratoorse diagnoosimise praktikumid. Seminaril lõpul arutati organisatsioonilisi küsimusi.

Seminarist osavõtjad tutvusid Tallinna Pimatoodete Kombinaadi, Tallinna Liha- ja Konservikombinaadi, Tallinna Külmoone sublimatsioonitsehhi ning Kurtna Linnukasvatuse Katsejaama tööga.

*Hendrik Pihl*

Tartu Riikliku Ülikooli arstide spetsialiseerimise ja täiendamise kateedri korraldatud seminarid, mis käsitlevad meditsiini aktuaalseid küsimusi, on vabariigi arstide hulgas populaarsuse võitnud. Nefroloogiaseminarile, mis toimus 17. kuni 19. novembrini 1969. a., oli saanud üle poolesaja arsti vabariigi paljudest rajoonidest ja linnadest.

Ettekande neerude füsioloogia tänapäeva seisukohtadest esitas Tartu Linna Kliinilise Haigla arst H. Hanson, kes käsitles ka neerude talitlushäireid ekstrarenaalsete haiguste puhul.

Professor K. Kõrge andis põhjaliku ülevaate nefroloogias kasutatavatest diagnoosimismeetoditest. Ta rõhutas, et radioaktiivsete isotoopide abil on neeruhaiguste diagnoosimine efektiivne. Isotoopnefrograafia ja neerude stsintigraafia on meie vabariigi suuremates raviasutustes juba kasutusel. Röntgenuuringutest on perspektiivsed veenisisene püelograafia ja renovasograafia. K. Kõrgelt olid ettekanded ka neeruhaigetel esinevatest sündroomidest ja neerukivitõve konservatiivset ravist.

Mitu ettekannet oli pühendatud üksikutele neeruhaigustele ja sündroomidele. Ägedast ja kroonilisest glomerulonefriidist rääkis dotsent Ü. Lepp, nefrootilisest sündroomist, püelonefriidist ja renaalset hüpertooniast arstiteaduse kandidaat S. Maramaa. Neerude ägeda ja kroonilise puudulikkuse etiopatogeneesi, kliinikut ja ravi käsitles arstiteaduse kandidaat H. Tihane. Ta andis ka ülevaate peritoneaaldialüüsist ja ekstrakorporaalsest hemodialüüsist.

Seminarist osavõtjad tutvusid Tartu Linna Kliinilise Haigla kunstliku neeru keskuse tööga.

*Maido Sikk*

\*

30. septembril 1969. a. peeti Pärnu Liha-kombinaadis ratsionaalse toitumise nõukogu järjekordne koosolek. Tutvuti Pärnu Liha-kombinaadi rekonstrueerimisega ja degusteeriti tooteid. Nõukogu pidas rekonstrueerimist õnnestunuks ja andis toodangule kiitva hinnangu. Küll aga märgiti, et mõned lihasaadused on liiga rasvased ja soolased, need sisaldavad kuni 6% soola. Nõukogu soovitas kombinaadis veelgi rohkem valmistada pakendis lihasaadusi ning poolfabrikaate, näiteks poolvalmis praadi.

E. Vagane andis ülevaate nõukogu 1968. a. tööplaani ja otsuste täitmisest. Plaan on täidetud ja otsused põhiliselt realiseeritud. Raskusi on tekkinud nn. tasakaalustatud näidismenüüde koostamisel, millega Tallinna Polütehnilises Instituudis Eesti NSV Kaubandusministeeriumi initsiatiivil tehti algust juba paar aastat tagasi. Nõukogu soovitas Eesti NSV Kaubandusministeeriumil diferentseeritud tasakaalustatud menüüde koostamiseks eraldada summad ning Tallinna Polütehnilisel Instituudil leida võimalusi töö jätkamiseks.

K. Kask juhtis tähelepanu sellele, et liha- ja piimasaaduste hinnad stimuleerivad eeskätt rasvarikaste toiduainete tootmist ning

turustamist. See süvendab disproportsiooni inimese vajaduste ning toidu keemilise koostise vahel, sest tootmise mehhaniseerimine ning automatiseerimine vähendab tunduvalt rasva- ja süsivesikute tarvidust, kuid suhteliselt suureneb valgu-, vitamiini- ja mõnede mineraalainete vajadus. Otsustati pöörduda Eesti NSV Teaduste Akadeemia Majanduse Instituudi poole ettepanekuga analüüsida põllumajandussaaduste hindu ja uurida rentaa- bust, et välja töötada ratsionaalsed seisukohad ning teha ettepanekud.

E. Maurer informeeris nõukogu sellest tööst, mida Eesti NSV Toiduainete Tööstuse Ministeerium teeb leiva-, saia- ja kondiitri- toodete rikastamiseks valkudega. 1968. a. lisati rohkem kui pooltele saia- ja kondiitri- toodetele piimavalgu. Suurendati ka toodete teadusisaldust. Enne kui kalajahu ja piima- valgukreem kasutusele võtta, on neid vaja veel katsetada. Tallinnas, Kohtla-Järvel ja Pärnus selgitati välja leiva- ja saiatooded, mida elanikud rohkem hindavad.

Einar Vagane

\*

NSV Liidu Kõrgema ja Kesk-erihariduse Ministeeriumi Kõrgema Atestatsioonikomis- joni otsusega 14. maist 1969. a. anti vanema teadusliku töötaja kutse Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi järgmistele tea- duslikele töötajatele:

Blinova, Ellen Arnoldi t. — farmakoloogia erialal;

Kahn, Hubert-Viktor Augusti p. — hü- gieeni ja kutsehaiguste erialal;

Karusoo, Jaan Jaani p. — teraapia erialal; Schamardin, Boris Mihhaili p. — hügieeni ja kutsehaiguste erialal;

Schamardin, Naomi Alfredi t. — hügieeni ja kutsehaiguste erialal.

Selle sündmuse tähistamiseks oli instituudi teadusliku nõukogu järjekordne koosolek 18. novembril 1969. a. tavalisest pidulikum. Instituudi direktor professor V. Kung andis teadusliku kutse tunnistused kätte soojade sõnade saatel, uusi vanemaid teaduslikke töö- tajaid õnnitlesid teadusliku nõukogu liikmed ja kolleegid.

Ilmar Laan

\*

Neljakümne ühel farmatseudil, kellest Eesti NSV-s töötab kakskümmend kolm, möödus kolmkümmend aastat Tartu ülikooli farmaat- siaosakonna lõpetamisest. 1939. aastal lõpetanu kursusekaaslasel kogunesid hiljuti taas farmaatsia kateedrisse. Kateedri juhataja dotsent B. Luik andis ülevaate farmaatsia arengust pärast 1939. aastat, rääkis ülikoolis toimunud muudatustest ja tutvustas kateedri tööd.

Allakirjutanu rääkis kursusekaaslaste elust ja tööst. Kunagised õpingukaaslasel töötavad mitmesugustel kohtadel: apteegijuhatajaina proviisorid A. Selli ja H. Vaher Tartus, H. Silla Karusel, A. Raidaru ja E. Kuik Tal- linnas, S. Purkin Narvas, J. Urb Antslas jne. Retseptariametit peab R. Treu Paides, osa-

konnajuhataja ametit aga A. Ojaver Tallin- nas. EPA keemia kateedri dotsendiks on far- maatsiakandidaat H. Jalviste, Tallinna Medit- siinikooli õppejõuks teeneline õpetaja V. Pe- dak ja Eesti NSV veeprobleemidega tegeleb bioloogiakandidaat L. Kuik. Kursusekaaslasi töötab ka mitmes välisriigis apteekritena ja keemikutena.

Kokkutulnud viisid lilli professorite H. Partsi, A. Tominga ja A. Siimi haudadele. Õhtul meenutati üliõpilaspõlve.

Eduard Kook

\*

Viiepäevane töönädal jätab puhkamiseks kaks päeva, mille sisukamaks veetmiseks Paide Rajooni Kesksaigla ja tervishoiutöötajate ametiühingu rajoonikomitee otsustasid ehitada rajooni tervishoiutöötajatele oma puhke- ja spordibaasi.

Möödunud aasta kevadel eraldati Kirna kolhoosi maadest 0,5 ha suurune maa-ala Pärnu jõe ääres. Sinna rajatakse tervishoiu- töötajate puhke- ja spordibaas, mis koosneb ühekorruselisest palkidest saunuvilast, üld- pindala 65 m<sup>2</sup>, supluskohast Pärnu jõe ääres, tennise-, võrk- ja korvpallväljakust, autode parkimise kohast jm. Saunuvila projekteeri- misel on arvestatud seda, et talvel saaks hoo- net kasutada ka suusabaasina.

Ehitustöid alustatakse juba tänavu, kus- juures ehitusmaterjalid saadakse põhiliselt rajooni kesksaigla kõrvalhoonest, mis lam- mutati, sest ta takistas elumajade ehitamist. Puhke- ja spordibaasi ehitusest võtavad ühis- kondlikus korras osa kõik rajooni tervishoiu- töötajad. 11. oktoobril 1969. a. korraldatigi esimene hoogtöölauapäevak, millest rajooni kesksaigla ning sanitaar- ja epidemioloogia- jaama töötajad rohkemvõltiselt osa võtsid.

Ühiselt korrastati puhkebaasi territoorium ja tehti eeltöid saunuvila nulltsükli rajami- seks.

Rajooni tervishoiutöötajad peaksid oma sauna leili mõnused tunda saama 1970. aasta III kvartalis.

Ado Tammi

\*

25. detsembril 1969. aastal korraldati Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi õpetatud nõu- kogu presiidiumi koosolek, kus muu hulgas vaeti ka ajakirja «Nõukogude Eesti Tervis- hoid» tegevust kahe viimase aasta vältel.

Ajakirja tööst andis ülevaate peatoimetaja arstiteaduse kandidaat O. Tamm. Ta märkis, et «Nõukogude Eesti Tervishoiu» ilmuma hak- kamisest on möödunud juba 12 aastat. Selle aja jooksul on lugejateni jõudnud 72 üksik- numbrit, kogutiraaz 303 960 eksemplari. Pea- toimetaja ettekannet illustreerinud arvulised andmed aastal 1958...1969 avaldatud kirju- tiste, toimetusse saabunud artiklite ja tiraazi kohta on toodud tabelites 1...4.

Viimase kahe aasta vältel on «Nõukogude Eesti Tervishoiu» tegevuses olnud mitmeid muudatusi. 1968. a. alates sai ajakiri uue kujunduse. See andis võimaluse suurendada trükipinda umbes 1/7 võrra. Pealegi on uus

välisilme ajakohasem ja kahel veerul esitatud teksti on hõlpsam lugeda. 1969. a. esimesest numbrist alates on sisukord toodud tervikuna ka vene keeles. Ajakirja kujunduse ja sisu kohta on korraldatud küsitlusi. Ettepanekuid ja soovitusi on võimaluse piires püütud arvesse võtta.

On kinni peetud nõudest, et autorid saavad oma artiklitest separaadid, mis on vajalik informatsiooni vahetamiseks teiste uurijatega. Trükikoda on separaadid valmistanud korrektselt, nad kannatavad välja võrdluse teiste liiduvabariikide ja ka üleliiduliste ajakirjade separaatidega.

Tabel 1

«Nõukogude Eesti Tervishoius» aastail 1958—1969 avaldatud kirjutised

Rubriikide nimetused	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	Kokku
1. Sajand V. I. Lenini sünnist	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	5
2. Juhtkirjad ja rubritseerimata artiklid	7	5	12	7	3	3	6	12	5	4	1	3	68
3. Teooria ja praktika	66	54	72	66	57	54	54	60	50	44	48	48	673
4. Ülevaated	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	4	12
5. Filosoofia ja meditsiin	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
6. Nõukogude võimu 50. aastapäevaks	—	—	—	—	—	—	—	—	—	16	—	—	16
7. Tervishoid. Töö teaduslik organiseerimine	12	15	8	2	4	4	5	4	9	5	8	16	92
8. Kogemuste vahetamine ja kasustika	18	18	4	17	18	19	23	23	23	19	17	18	217
9. Abiks velskritele ja õdedele	9	—	—	9	19	20	19	17	15	17	14	17	156
10. Kaadri ettevalmistamine	4	3	3	3	7	6	7	5	6	7	17	16	84
11. Sanitaarharidustöö	1	2	—	3	1	2	2	1	3	—	1	5	21
12. Viisaastaku tähised	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	4
13. Arstiteaduse ajaloost	3	7	3	5	4	4	8	14	6	7	5	6	72
14. Konverentsid ja nõupidamised	32	35	32	66	31	40	34	27	49	42	36	39	463
15. Intervjuu	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1	2	1	8
16. Konsultatsioone	2	3	3	3	1	1	2	—	8	2	—	—	25
17. Tähtpäevad	2	6	7	9	7	9	11	5	10	12	12	14	104
18. Kriitika ja bibliograafia	—	—	1	2	4	4	2	5	1	2	4	2	27
19. Nekroloogid	1	2	1	2	—	6	3	—	2	4	5	3	29
20. Küsimused ja vastused	—	—	—	14	19	5	2	1	—	—	—	—	41
21. Referaate	—	—	5	9	5	8	2	—	3	—	—	—	32
22. Meditsiinitehnika	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4	5
23. Välismaalt	—	28	3	—	—	—	—	—	—	—	4	3	38
24. Mitmesugust	—	8	2	4	11	6	7	4	11	10	7	5	75
25. Asklepiose klubis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2
26. Mõttevahetus	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2
27. Vastukajad	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2
28. Oma asjus	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2
29. Meile kirjutatakse	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	3
30. Uusi ravimeid	1	—	—	4	—	—	—	—	6	6	6	6	29
31. Kroonika	23	17	18	29	39	36	42	50	55	80	72	61	522
32. Uusi raamatuid	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	6
33. 1958. a. lisa	35	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	35
	216	203	174	254	230	227	229	228	270	278	275	287	2871

Viimase kahe aasta vältel on toimetuse lasknud retsenseerida kõik teaduslikud, sealhulgas ka tervishoiu organisatsiooni käsitlevad artiklid. Niisugune praktika on end igati õigustanud. See peaks kajastuma ilmunud artiklite sisu paranemises ja ühtlustumises. Et toimetuse portfelli on retsensentide abiga tõhusalt söelutud, siis on see nüüd vähem kooramatud kui mõni aasta tagasi.

Retsensioonide ära kirjad saadab toimetuse autorile. Nii talitatakse ka siis, kui retsensent olulisi puudusi ei ole leidnudki. Kahjuks nii mõnigi kord ei anna autorid hiljem endast elumärke. Niisuguste vaikijate hulgas ei ole nimekaid autoreid, kuid on kahju, kui mõni päris huvitav kirjutis seepärast avaldamata jääb, et selle kirjapanija ei võta vaevaks oma artiklit parandada ega täiendada. Juba teist aastat kehtib ajakirja kolleegiumi otsusel kord, et kui autor ei vasta ega saada uut, parandatud ning täiendatud käsikirja kuue kuu jooksul pärast retsensiooni ära kirja saamist, siis tõstetakse artikkel toimetuse portfellist välja.

Toimetuse koos toimetuse kolleegiumiga on seisukohal, et vähemalt osal ajakirja numbritest peaks olema temaatiline kallak. 1968. aastal ilmusid temaatilised ajakirjanumbrid gastroenteroloogia, mudaravi, pulmonoloogia, onkoloogia, viirushaiguste ja kardioloogia alal, 1969. aastal pediaatria, kirurgia, hügieeni ja sanitaaria, tervishoiu organisatsiooni ning polikliinilise teenindamise, oftalmoloogia ja otorinolarüngoloogia alal. 1970. aasta esimene number on psühhiaatrilise kallakuga, käsitleb depressiivseid seisundeid. Niisugust suunda jätkatakse.

Toimetuse on seadnud eesmärgiks artiklite mahtu, välja arvatud ülevaateartiklid, edaspidi veelgi vähendada, et kiirendada nende ilmumist ja operatiivsemalt anda teaduslikku informatsiooni. Selles töös on abistanud retsensendid ja mõned toimetuse kolleegiumi liikmed.

Enamik meie arstkonnanast on koondunud arstide teaduslikkudesse seltsidesse. Viimased tegutsevad aktiivselt, kuid toimetusse laekub seltside kohta väga vähe informatsiooni. Sellest on kahju. Ajakiri avaldab jooksvat informatsiooni hea meelega. Seltside juubelite puhul aga oleks otstarbekas trükkida nende tegevusest ülevaatlikke kirjutisi, avaldada fotosid juhatuse liikmetest jne.

Viimastel aastatel on järjekindlalt ilmunud rubriik «Abiks velskritele ja õdedele». Selles avaldati 1968. aastal 14 ja 1969. aastal 17 artiklit. Nimetatud rubriik on toimetusele tekitanud palju muret, sest autorid peavad rohkem lugu rubriikidest «Teoria ja praktika», «Kogemuste vahetamine ja kasuistika» jt. Tõsi küll, kõne all olevas rubriigis on ilmunud ka 9 kesk-eriharidusega meditsiinitöötajate artiklit, kuid sellest on ilmselt vähe.

Toimetuse on püüdnud kõikide dissertantide, ka praktiseerivate arstide artikleid avaldada eelisjärjekorras, kui artikli kvaliteet seda ei ole takistanud. Sama põhimõtet peetakse silmas ka edaspidi.

Rubriigis «Kroonika» on ajakiri püüdnud registreerida peamisi sündmusi tervishoiuasutuste ja -töötajate tegevuses, kuid informatsioon võiks olla palju ulatuslikum ja kirjutised lühemad. Tuleb õigeks pidada põhimõtet, et igas linnas ning rajoonis, samuti TRÜ Arstiteaduskonnas ja instituutides oleksid kirjasaatjad, kes toimetust tähtsamatest sündmustest pidevalt informeeriksid.

Esineja märkis, et palju meelehärmi ja ebameeldivusi on põhjustanud asjaolu, et juubelikirjutisi, samuti nekrolooge saadetakse toimetusse suure hilineamisega, isegi kuus kuud ja veel hiljem pärast sündmust. Seetõttu on nii mõnelegi lugupeetud isikule pühendatud juubelikirjutis jäänud ilmutamata.

1968. aasta novembris oli Moskvas meditsiiniajakirjade peatoimetajate nõupidamine, mille korraldas NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi õpetatud nõukogu. Nõupidamisel pälvitunnustuse «Nõukogude Eesti Tervishoiu» mõödutunne ja valiku oskus Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni 50. aastapäevale pühendatud kirjutiste avaldamisel. 1969. aasta kevadel hakkas ilmuma rubriik «Sajand V. I. Lenini sünnist», mis lõpetatakse 1970. aasta teises numbris.

Toimetuse on igas ajakirjanumbris püüdnud tutvustada uusi ravimeid. Ruumi ei ole selleks palju jätkunud, tuleb leppida paratamatusega, et ajakirja maht on piiratud.

1969. aastal tegi toimetuse ulatusliku töö — koostas kümne aasta (1958...1967) koondsisukorra koos autorite registriga. Kümne aastakäigu koondsisukord, mis jõuab lugeja lauale 1970. aasta algul, peaks arstkonnale huvi pakkuma, sest ta hõlbustab soovitatavate artiklite ning autorite leidmist.

Viimase paari aasta vältel on toimetuse vestlusringis aeg-ajalt kokku tulnud üsna palju tervishoiutöötajaid, kes ühiselt on püüdnud lahti harutada umbsõlmi. Nii kujunes Asklepiose klubi, mis kahe aasta jooksul on koos käinud kolm korda. Viimase kiubivestluse materjalid — need puudutavad arstiteaduslikku uurimistööd — avaldatakse 1970. aasta teises numbris. Toimetuse ja toimetuse kolleegium on arvamisel, et niisuguseid vestlusringid tuleb korraldada ka edaspidi, kusjuures koosolijate mõtteid tutvustatakse lugejaskonnale rubriigi «Asklepiose klubis» vahendusel.

«Nõukogude Eesti Tervishoid» on ilmunud graafiku järgi, hiline mis pole ette tulnud. Ka toimetuse töö teised näitajad, nagu tiraazinormi ületamine, tootmiskulude vähendamine jm., ei ole halvad.

Tabel 2

Toimetusse saanud kirjutised

1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
240	211	213	270	284	267	287	258	302	324	311	325

Kirjastus «Perioodika» on paaril viimasel aastal vastu tulnud toimetuse soovile ja iga aasta lõpul võimaldanud anda rahalisi preemiaid paremate artiklite eest. Premeerimist on kavatsus jätkata ka tulevikus.

Esineja nentis, et toimetuse töös on ka puudusi — side ja koostöö kõigi toimetuse nõukogu liikmetega ei ole veel küllaldane, vähe on ilmunud diskuteeritavaid kirjutisi jne. Kirjastus «Perioodika» ei ole leidnud võimalusi populaarteadusliku ajakirja «Tervis» väljaandmiseks ega «Nõukogude Eesti Tervishoiu» trükkimiseks paremal paberil.

Peatoimetaja O. Tamm avaldas arvamust, et toimetuse, kolleegiumi, nõukogu ja autorite ning lugejate ühiste pingutustega saab teha kõik selleks, et «Nõukogude Eesti Tervishoid» oleks huvitav ja omanäoline ajakiri.

Kaasettekande esitas Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi direktori asetäitja teaduslikul alal arstiteaduse doktor R. Silla. Ta kriipsutas alla, et «Nõukogude Eesti Tervishoiu» sisuline tase on viimastel aastatel tunduvalt tõusnud. Eriti märgatavad on positiivsed nihked kunstilises ja tehnilises toimetamises.

Ainukese meditsiinilise ajakirjana on «Nõukogude Eesti Tervishoid» suurt tööd tei-

nud eestikeelse meditsiinterminoloogia arendamisel.

Arstiteaduse doktor R. Silla avaldas mõtteid, mille realiseerimine võiks ajakirja taset aidata veelgi tõsta. Eesti NSV-s töötavate arstiteadlaste teaduslik produktsioon on kahtlemata tunduvalt suurem kui praktiseerivate arstidel. Niisugune töömahu erinevus «Nõukogude Eesti Tervishoiu» veergudel ei kajastu. Ajakiri peaks senisest rohkem publitseerima just teadurite töid. Et väljaandemahu suurendamine praegu ei ole reaalne, siis tuleks teaduslike ja teoreetiliste artiklite redigeerimisel püüda neid maksimaalselt kontsentreerida ja lühendada. Tänapäevale omases informatsioonitulvas on piisav, kui avaldame ainult uurimistöö tulemuste tuuma, sest pikki kirjutisi ei ole enam aega lugeda. Teaduslike artiklite lühendamine võimaldaks artikleid avaldada suuremal hulgal.

Teatav trükipinnareserv peitub ka kasuistikat puudutavates artiklites. Kasuistilised artiklid on muidugi vajalikud, kuid ka nende mahtu tuleks piirata. Nii saab jällegi rohkem avaldada teaduslikke artikleid, mis baseeruvad ulatuslikumal uurimismaterjalil ja seetõttu on sisult kaalukamad.

Kaasesineja soovitas ajakirja toimetusel kaaluda võimalusi avaldada osa artikleid vene

Tabel 3

Aastail 1958—1965 «Nõukogude Eesti Tervishoiule» saabunud mahukamad artiklid

Asutuse nimetus	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	Kokku	%
Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium	19	15	19	7	10	10	17	12	7	8	5	12	141	9,33
TRÜ Arstiteaduskond	45	25	27	38	21	21	29	27	28	28	23	20	332	21,96
Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut	14	6	4	17	18	15	23	24	18	25	24	15	203	13,43
Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut	9	4	4	4	6	7	1	4	5	2	6	4	56	3,70
Tallinna ravi- ja profülaktikaasutused	34	20	21	31	27	30	33	29	28	19	37	32	341	22,55
Tartu ravi- ja profülaktikaasutused	6	8	7	9	15	10	8	12	16	11	2	16	120	7,93
Perifeeria ravi- ja profülaktikaasutused	9	8	11	7	9	13	4	9	5	7	13	17	112	7,41
Mujalt (ka arstiteadlastelt jt tellitud tööd)	15	14	9	8	6	7	12	28	30	31	15	32	207	13,69
	151	100	102	121	112	113	127	145	137	131	125	148	1512	100,00%

Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» tiraaž aastail 1958—1969

Nr.	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
1	3500	3200	3000	3000	3850	4330	4500	5100	5350	5760	5500	5500
2	3500	3500	3000	3000	3900	4500	4530	5100	5300	5720	5500	5540
3	3500	3200	3200	3000	4000	4570	4500	5200	5420	5800	5720	5670
4	3000	3000	2700	2700	3500	3700	4000	4500	4400	4900	5100	5100
5	3000	3000	2800	2800	3600	3820	4200	4500	4450	4900	5100	5100
6	3000	3000	2750	2700	3700	3900	4200	4600	4540	5000	5100	5140
Lisa	3000											
	22500	18900	17450	17200	22550	24820	25930	29000	29460	32080	32020	32050

Kokku 303960 eksemplari

keeles. Sel viisil pääsesid Eesti NSV arsti-  
teadlaste uurimistööd kiiremini nii-öelda maa-  
ilma areenile. Teaduslike artiklite trükki-  
mine võõrkeeletes ei kahanda mingil määral  
ajakirja rahvuslikku tähtsust, kuid soodustab  
sidet eri maade teadlaste vahel. Seda on näi-  
danud näiteks Soome meedikute kogemused.

Ettekande lõpus avaldas R. Silla soovi, et  
«Nõukogude Eesti Tervishoid» edaspidi trükki-  
takts paremal paberil, parem kaanepaber  
aitaks ajakirja välisilmel parandada. Ka  
tuleb jätkata taotlusi suurendada ajakirja  
üksiknumbri mahtu 1...2 trükipoogna võrra  
või siis ilmunissagedust 12 numbrini aastas.

R. Silla tegi ettepaneku tunnistada aja-  
kirja töö heaks.

Ettekannetele järgnenud mõttevahetuses  
jätkati tõstatatud probleemide analüüsimist.

Professor E. Raudam rõhutas, et «Nõu-  
kogude Eesti Tervishoid» on viimastel aastatel  
teinud edusamme. Ajakiri jäägu ikkagi  
eestikeelseks ajakirjaks, sest ta võimaldab  
arendada eesti meditsiinilis-kirjanduslikku  
kultuuri, eriti eestikeelset meditsiinitermino-  
loogiat. Kuigi «Nõukogude Eesti Tervishoid»  
ilmub eesti keeles, on tal lugejaid paljudes  
välisriikides. Seega keelebarjäär ei ole takis-  
tanud ajakirja levikut.

Kõneleja oli selle vastu, et piirata kasuisti-  
lisi haigusjuhte kirjeldavate artiklite osatäht-  
sust ajakirjas, sest need on kliinistile väga  
vajalikud — on ju iga haiguse kirjeldus saan-  
ud alguse ühe juhu kirjeldusest. Üksikartik-  
lite mahtu võib muidugi vähendada, et selle  
arvel ruumi võita.

Arstiteaduse doktor N. Elšte in tuletas  
koosolijaile meelde, et «Nõukogude Eesti Ter-  
vishoid» ilmuvate teaduslike artiklite refe-  
reerimise ülesanne on ammu antud Riiklikule

Teaduslikule Meditsiinilisele Raamatukogule,  
kes peab hoolitsema selle eest, et ajakirjas  
ilmuvad materjalid kindlasti kajastuksid ka  
referatiivsetes ajakirjades.

Õpetatud nõukogu sekretär arstiteaduse  
kandidaat A. Tali h ä r m andis edasi tuber-  
kuloosiasutuste meditsiinide soovi, et  
«Nõukogude Eesti Tervishoid» veel rohkem  
hakkaks avaldama kesk-eriharidusega mediti-  
siinitöötajatele mõeldud artikleid.

Pikemalt võttis sõna õpetatud nõukogu  
esimees arstiteaduse kandidaat Š. Gulor-  
d a v a, kes avaldas rõõmu selle üle, et Eesti  
NSV-s on oma eestikeelne meditsiiniline aja-  
kiri. Nii mõneski vennasvabariigis emakeelne  
meedikute ajakiri puudub. Uurimistööde pub-  
litseerimise võimaluse on vabariigi teadurid  
ja praktiseerivad arstid ära kasutanud. Seda  
tõestab «Nõukogude Eesti Tervishoidi» lae-  
kunud ja selles avaldatud kirjutiste arv.

Kõneleja toonitas, et senisest rohkem tu-  
leks tõsta nõudlikkust artiklite sisu vastu, et  
Asklepiose klubi tegevust võiks laiendada,  
sest toimetuse ümmarguse laua taga saab nii  
mõnegi probleemi selgeks rääkida, et rohkem  
on vaja valgustada arstide seltside mitmepal-  
gelist elu jne. Toimetuse kolleegiumi ja nõu-  
kogu liikmeid on toimetuse igapäevasesse  
töösse vaja rohkem kaasa tõmmata. Ja lõ-  
puks — tingimata vajalik on populaarteadus-  
lik ajakiri «Tervis».

Õpetatud nõukogu presiidium võttis vastu  
üksikasjaliku otsuse, milles «Nõukogude Eesti  
Tervishoidu» tegevus tunnistati rahuldavaks.  
Otsuses fikseeriti soovitusel ja ettepanekud,  
mida esitasid esinejad ning sõnavõtjad. Otsus  
jääb toimetusele tegevusjuhendiks lähema  
paari aasta jooksul.

## «NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOIU» PREEMIAID

«Nõukogude Eesti Tervishoiu» toimetuse ja kolleegiumi komisjon, koosseisus H. Roots, E. Raudam, N. Ajasta, H. Jänes ja I. Laan, vaatas läbi ajakirjas 1969. a. kestel ilmunud artiklid, et esile tõsta silmapaistvamaid töid.

Komisjon otsustas välja anda neli preemiat võrdses suuruses (à 25 rubla) järgmiste tööde eest:

Jaan Riiv, Kaljo Valgma (TRÜ Arstiteaduskonna sisehaiguste propedeutika kateeder) «Südame isheemilise tõve ravi printsiipe», «Nõukogude Eesti Tervishoid» (NET), 1969, 1, 23—29.

Arnold Seppo (Tallinna Tõnismäe Haigla) «Reieluu proksimaalse osa tugevustopograafia ja metalne osteosüntees», NET, 1969, 2, 91—95.

Kiira Subi, Aino Hurm, Vaike Tapupere, Anne Jakobson, Silver Jõks (Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut, Eesti NSV Tervishoiu Ministerium, Vabariiklik Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam) «Epidemioloogilisi ja laboratoorseid andmeid 1969. a. gripipuhangust Eesti NSV-s», NET, 1969, 6, 417—420.

Sigrid Aru, Selma Laanes, Endel Aaver (Tartu Linna Kliinilise Haigla polikliinik, TRÜ Arstiteaduskonna mikrobioloogia kateeder, Eesti Loomakasvatuse ja Veterinaaria Teadusliku Uurimise Instituudi veterinaariaiosakond) «Gripipuhang Tartus 1969. aastal», NET, 1969, 6, 420—422.

Peale nende otsustas komisjon esile tõsta veel järgmised tööd (autorite nimed tähestiku järjekorras):

Leida Keres, Aino Paves ja Helju Tälli (TRÜ Arstiteaduskonna pediatraia kateeder) «Naatriumvesinikkarboonaatravi metabolistliku atsidoosi kõrvaldamisel ägedat kopsupõletikku põdevatel lastel», NET, 1969, 3, 180—184.

Silver Koppel (Ed. Vilde nim. Tallinna Pedagoogiline Instituut) «Hieroglüfismi kriitika ja psühhofüsioloogiline probleem», NET, 1969, 3, 163—167 ja «V. I. Lenini ideepärand ja füsioloogilise ning psüühilise ühtsus», NET, 1969, 6, 403—408.

Elmut Laane, Rein Suija, Ain Klink, Malle Punman, Leili Hannus, Viive Kristian, Ado Pihlau, Oivo Rein (Võru Rajooni Kesksaigla, Võru Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam, Lasva Maa-ambulatorium, Rõuge Jaoskonnahaigla, Kanepi Jaoskonnahaigla) «Saunaleili mõju südamele ja vereringele», NET, 1969, 5, 348—350.

Harry Lõiv (Tallinna Merimetsa Haigla) «*E. coli* 04, *E. coli* 06 ja *E. coli* 015 serotüüpide uued seroloogilised ja biokeemilised variandid», NET, 1969, 2, 105—107.

Lennart Maurer (Tallinna Pelgulinna Haigla) «Bokseeritud registratuuri organiseerimine polikliinikus», NET, 1969, 4, 276—278.

Elisaveta Otter (Pärnu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam) «Viirushepatiidi epidemioloogiast ja profülaktikast Pärnus», NET, 1969, 2, 127—129.

## Vastukajad

Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1969. aasta 5. numbris avaldati rubriigis «Meile kirjutatakse» lehekülgedel 394...395 Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla meditsiiniõe E. Ganitševa kiri toimetusele.

Toimetus sai pärast seda kirja Eesti NSV Meditsiiniõdede Seltsi Tartu osakonna juhatusele, kes ei jaga E. Ganitševa seisukohti Eesti NSV Meditsiiniõdede Seltsi korraldatud konverentside ettekannete kvaliteedi kohta.

Toimetus peab vajalikuks selgitada, et rubriik «Meile kirjutatakse» on lugeja tribüün, milles lugejal on õigus asjalikeks mõtteaval-

dusteks. Need ei tarvitse mitte alati ühtida toimetuse seisukohtadega. On täiesti mõeldav, et selles rubriigis tuuakse mitme lugeja arvamusi ja et need võivad olla otse vastupidised. Seisukohtade erinevuse korral teeb toimetus kokkuvõtte vaidluse lõpul.

Kirja avaldamise mõte oli tähelepanu juhtida meditsiinitöötajate kvalifikatsiooni tõstmise tähtsusele. See on aktuaalne teema, mille üle peab mõtteid vahetama. Toimetus ootab lugejatelt veelgi arvamusi ja ettepanekuid nii arstide kui ka kesk-eriharidusega meditsiinitöötajate kvalifikatsiooni tõstmise kohta.

## RIIKLIKUS TEADUSLIKUS MEDITSIINILISES RAAMATUKOGUS

- Абель-Смит, Бриан. Международное исследование расходов на здравоохранение и его значение для планирования здравоохранения. [Перевод. М.], 1969, 146 с.
- Валяева К. Н. Справочник о продолжительности рабочего дня и отпусках работников здравоохранения. [На 1 мая 1968 г.]. Сост. К. Н. Валяева. Изд. 2-е, испр. и доп., М., 1969, 276 с.
- Мерков А. М. Общая теория и методика санитарно-статистического исследования. Пособие для врачей. Изд. 3-е, доп. М., 1969, 224 с.
- Современные методы исследования в биологии и медицине. Материалы Науч. конференции молодых ученых. Под общ. ред. Н. А. Семенов. Горький, 1969, 243 с.
- Методические указания по организации лечебно-профилактической работы на производственном участке. М., 1969, 43 с.
- Поляков И. С. Социальные проблемы в медицине. Л., 1969, 16 с.
- Розенберг П. А. и Бялко Н. К. Химические методы исследования биологических субстратов в профпатологии. (Практ. руководство). М., 1969, 183 с.
- Гайтон А. Физиология кровообращения. Минутный объем сердца и его регуляция. Пер. с англ. Н. П. Косицкой. Под ред. и с предисл. Г. И. Косицкого. М., 1969, 472 с.
- Климов П. К. Механизмы регуляции функции желчевыведительной системы. Л., 1969, 159 с.
- Микроэлементы в медицине. (Материалы первой всесоюз. науч. конференции, 21—24 мая 1969 г.). Ивано-Франковск, 1969, 529 с.
- Симпозиум по медицинской энзимологии. Одесса, 1969. Тезисы докладов. М., 1969, 51 с.
- Довгялло Г. Х. и Крыжановский В. Л. Практическое руководство по исследованию свертывающей системы крови в клинике. Минск, 1969, 184 с.
- Материалы I республиканской конференции по рационализации и изобретательству в медицине. 14—15 мая 1969 г. Рига, 1969, 200 с.
- Пасынков Е. И. Общая физиотерапия. [Учебник для мед. ин-тов]. Изд. 2-е, переработ. и доп. М., 1969, 352 с.
- Соколова Н. Ф. Азотные ванны. М., 1969, 12 с.
- Механизм действия лекарственных средств. [Сборник статей]. Омск, 1969, 143 с.
- О клиническом применении антибиотического препарата морфоциклина. (Метод. письмо). Л., 1969, 16 с.
- Попов А. П. Лекарственные растения в народной медицине. Киев, 1969, 316 с.
- Большие коллагенозы. (Материалы респ. конференции терапевтов. Донецк, май 1969 г.) Киев, 1969, 218 с.
- Бондарчук А. В. Заболевания периферических сосудов. Л., 1969, 519 с.
- Всероссийский съезд терапевтов, 3-й Ленинград. 1969. Тезисы докладов. [М., 1969]. 209 с.
- Всесоюзная конференция нефрологов. Ленинград. 1969. Тезисы докладов Всесоюзной (учредительной) конференции нефрологов. 13—14 февр. 1969. Л., 1969, 52 с.
- Капанадзе Р. В. Структурные изменения миокарда и их обратимость при различных функциональных состояниях сердечной деятельности. Тбилиси, 1969, 124 с.
- Туманов А. К. и Томилин В. В. Наследственный полиморфизм изоантигенов и ферментов крови в норме и патологии человека. М., 1969, 436 с.
- Хронические неспецифические заболевания легких в возрастном аспекте. (Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение). Материалы симпозиума. 27—28 мая 1969 г. М., 1969, 510 с.
- Воробьев А. А. и Васильев Н. Н. Адьюванты. (Неспециф. стимуляторы иммуногенеза). М., 1969, 206 с.
- Методические указания по лечению больных гриппом. Киев, 1969, 7 с.
- Пропаганда мер профилактики гриппа. Сборник метод. указаний. М., 1969, 66 с.
- Пяткин К. Д. и др. Руководство к практическим занятиям по медицинской микробиологии. [Для мед. ин-тов]. Изд. 2-е, переработ. и доп. М., 1969, 296 с.
- Шройт И. Г. и Козлюк А. С. Коровой вакцинальный процесс. Иммуноморф. исследование. Кишинев, 1969, 128 с.
- Рудой Н. М. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза. (Значение в клинике и эпидемиологии туберкулеза). М., 1969, 287 с.
- Туберкулез и борьба с ним на промышленных предприятиях Урала. Сборник трудов. Свердловск, 1969, 120 с.
- Актуальные проблемы пересадки органов. М., 1969, 327 с.
- Аминев А. М. Лекции по проктологии. М., 1969, 363 с.
- Байкова З. З. Предупреждение тромбозов. М., 1969, 30 с.
- Вагнер Е. А. Закрытая травма груди мирного времени. М., 1969, 300 с.
- Вопросы абдоминальной хирургии. Сборник науч. трудов 3-й хирург. кафедры. Л., 1969, 155 с.
- Дорозинский А. и Блюэн К.-Б. Одно сердце — две жизни. Пер. с франц. М., 1969, 158 с.
- Зотиков Е. А. Изосерология гомотрансплантации. М., 1969, 191 с.
- Каптелин А. Ф. Восстановительное лечение (лечебная физкультура, массаж и трудотерапия) при травмах и деформациях опорно-двигательного аппарата. М., 1969, 404 с.
- Клячкин Л. М. и Пинчук В. М. Ожоговая болезнь. (Клиника, патогенез, патол. анатомия и лечение). Л., 1969, 479 с.
- Лебедев А. П. Инвагинации кишечника. Минск, 1969, 168 с.
- Легкое после частичных резекций. М., 1969, 151 с.

- Лечение тромбфлебита и посттромбофлебитического синдрома. Краткий указатель отечеств. литературы... Харьков, 1969, 16 с.
- Матюшин И. Ф. Пластика предсердий в эксперименте. Горький, 1969, 155 с.
- Надеин А. П. Биологические обоснования трансплантации костной гомоткани и методы ее консервации. Л., 1969, 296 с.
- Ортопедическая помощь новорожденным с расщелинами твердого и мягкого неба. (Метод. письмо). Киев, 1969, 7 с.
- Парфентьева В. Ф. и др. Консервация гомологичных костных трансплантатов. Кишинев, 1969, 115 с.
- Русанов Г. А. Восстановление кости после поперечных резекций диафиза. 1969, 238 с.
- Скоблин А. П. и Моськин В. Я. Уход за травматологическими и ортопедическими больными. Изд. 2-е, доп. и перераб. М., 1969, 120 с. (Б-ка сред. мед. работника).
- Старошкловская Р. М. Комплексное лечение больных хирургическими гнойными заболеваниями. (Соответственно углеводному, кислотно-щелочному и минер. обмену). Ереван, 1969, 131 с.
- Хирургия сердца и сосудов. Материалы к итоговой конференции. (Сент. 1969 г.) Под общ. ред. Б. А. Королева. Горький, 1969, 251 с.
- Чепкий Л. П. и Трещинский А. И. Лечебная гипотермия. Киев, 1969, 203 с.
- Ляховицкий Н. С. Уретроскопия и внутриуретральные вмешательства. М., 1969, 144 с. (Б-ка практ. врача).
- Брускин Я. М. Гормоно-химиотерапия рака молочной железы. М., 1969, 223 с. (Б-ка практ. врача).
- Классификация злокачественных опухолей по системе TNM. (Метод. указания). Л., 1969, 77 с.
- Мардахнашвили Ш. И. и Шац В. Я. Проблема полового хроматина в онкологии. М., 1969, 223 с.
- Масевич Ц. Г. Предопухолевые заболевания желудка. Диагностика, клиника и лечение. Л., 1969, 255 с.
- Немыря А. Н. и Глебова М. И. Диспансеризация онкологических больных. М., 1969, 160 с.
- Орловский Л. В. Особенности пропаганды профилактики рака. (Организация, содержание, методика). М., 1969, 112 с.
- Рекомендации к составлению ручных перфокарт с краевой перфорацией и к выбору кодов и шифров для использования их в онкологических учреждениях. (Метод. письмо). Л., 1969, 44 с.
- Журляндский В. Ю. Ортопедическая стоматология. [Учебник для стоматол. фак. мед. ин-тов]. Изд. 3-е, испр. М., 1969, 495 с.
- Усовершенствованная методика получения функциональных гипсовых оттисков у беззубых больных. Метод. письмо. Киев, 1969, 22 с.
- Водовозов А. М. Офтальмохромоскопия. Атлас. М., 1969, 168 с.
- Радзиховский Б. Л. Астигматизм человеческого глаза. М., 1969, 196 с.
- Шлопак Т. В. Микроэлементы в офтальмологии. М., 1969, 224 с.
- Болезни уха, горла и носа. (Руководство для врачей). Под ред. Д. А. Пигулевского. Изд. 2-е. Л., 1969, 572 с.
- Баншиков В. М. и Невзорова Т. А. Психиатрия. [Учебник для мед. ин-тов]. М., 1969, 344 с.
- Дифференциально-диагностическое значение нарушений моторики и мышечного тонуса при опухолях головного мозга. Метод. письмо. Харьков, 1969, 17 с.
- Лечение нервно-психических заболеваний дозированным голоданием. (Инструктивно-метод. письмо). М., 1969, 27 с.
- Начальные формы сосудистых заболеваний нервной системы. [Сборник статей]. Под ред. Е. П. Семенович. Горький, 1969, 291 с.
- Острые нейровирусные инфекции. [Сборник статей. Ред. коллегия... И. Л. Богданов (отв. ред.) и др.] Киев, 1969, 232 с.
- Первичный шов нерва. (Метод. письмо). Сост. К. А. Григорович, В. Г. Горбунова. Л., 1969, 19 с.
- Серьезные менингиты. (Клинич., этиол. диагностика и лечение). Метод. письмо. (Для врачей-инфекционистов, невропатологов, педиатров, терапевтов и эпидемиологов). Сост. И. Л. Богдановым. Киев, 1969, 24 с.
- Шейно-грудные и пояснично-крестцовые радикулиты. (Клиника, патогенез, лечение). [Сборник статей. Ред. коллегия: Я. В. Писель (отв. ред.) и др.] Киев, 1969, 212 с.
- Картамышев А. И. и Милич М. В. Кожные и грибковые заболевания у детей. М., 1969, 28 с.
- Вайман И. М. Поликистозное перерождение яичников. (Синдром Штейна-Левенталя). Минск, 1969, 124 с.
- Левинсон Л. Л. Переносная беременность. Л., 1969, 168 с.
- Мажбиц А. М. Хирургические методы лечения зарастаний женских половых органов. Новокузнецк, 1969, 364 с.
- Николаев И. Н. Методические указания для акушеров колхозных родильных домов и фельдшерско-акушерских пунктов. Чебоксары, 1969, 29 с.
- Яковлева И. А. Очерки патоморфологии шейки матки. Кишинев, 1969, 164 с.
- Актуальные вопросы педиатрии. (Материалы, объедин. науч. конференции Головного ин-та педиатрии Акад. мед. наук СССР и Кирг. науч.-исслед. ин-та охраны материнства и детства). Под ред. М. Я. Студеникина и А. А. Ильина. Фрунзе, 1969, 261 с.
- Применение искусственного ультрафиолетового излучения для укрепления здоровья детей и профилактики заболеваний. Инструктивно-метод. указания. М., 1969, 19 с.
- Принципы рациональной антибиотикотерапии у детей раннего возраста (Метод. письмо). Ивано-Франковск, 1969, 18 с.
- Руководство по желудочно-кишечным заболеваниям у детей. Под ред. Н. И. Нисевич. М., 1969, 455 с.

# СОДЕРЖАНИЕ

## Столетие со дня рождения В. И. Ленина

- О. М. ТАММ — В. И. Ленин и санитария . . . . . 3  
 Б. А. КАДАРИК — Сила ленинских идей . . . . . 5

### Теория и практика

- Ю. М. СААРМА — Депрессивные состояния (рез. на рус. яз.) . . . . . 9  
 Ю. М. СААРМА, М. М. СААРМА, В. А. КАНГУР, Ю. А. ЛИЙВАМЯГИ — Данные о высшей нервной деятельности в качестве показаний к лечению депрессивных состояний (рез. на рус. яз.) . . . . . 14  
 В. Х. ЯНЕС, А. М. ААДАМСОО — О госпитализации больных с депрессивным синдромом (рез. на рус. яз.) . . . . . 16  
 И. Ю. РЯТСЕП — Об осложнениях аспирационной гастробиопсии (рез. на рус. яз.) . . . . . 19  
 Р. А. ВОДЬЯ — Вспышка гриппа в 1969 г. в городе и районе Пярну (рез. на рус. яз.) . . . . . 20  
 Ю. Э. МЯННИСТЕ, Л. К. ВАЛДЕС, У. Ф. СИБУЛ, А. С. ЛУТСУВЕР, Х. С. ПООЛА, А. Р. КУРВЕТ — Тромбэмболия легочной артерии (рез. на рус. яз.) . . . . . 23  
 Б. К. ПЫДЕР — Эндovasкулярная электрокоагуляция при варикоze нижних конечностей (рез. на рус. яз.) . . . . . 26  
 Х. М. ТИХАНЕ — Манниттерапия при острой недостаточности почек (рез. на рус. яз.) . . . . . 28  
 А. В. ПАНОВ — К вопросу удаления немагнитных осколков из стекловидного тела (рез. на рус. яз.) . . . . . 31

### Обмен опытом и казуистика

- С. М. ФЕЛЬДМАН, Л. Т. ПЯИ, Л. Р. ПОКК — Случай острого узелкового периартерийта (рез. на рус. яз.) . . . . . 33  
 Р. Н. МИКЕЛЬСААР — Прогрессирующий оссифицирующий миозит (рез. на рус. яз.) . . . . . 35  
 А. А. ХААВЕЛ, А. О. КОРСАР — Грыжа мочевого пузыря (рез. на рус. яз.) . . . . . 37

### В помощь фельдшерам и сестрам

- Л. К. ТОМАНН — Невротическая депрессия (рез. на рус. яз.) . . . . . 38  
 Х. А. КАПРАЛ — Взятие материала для цитологического исследования (рез. на рус. яз.) . . . . . 41

### Подготовка кадров

- Л. Ю. КААР — Пополнение к kadру ученых . . . . . 43

### Санитарно-просветительная работа

- Р. Р. БИРКЕНФЕЛЬДТ — Из опыта работы народного университета Кингисепского района (рез. на рус. яз.) . . . . . 44

## Из истории медицины

- В. В. КАЛНИН — Врачебные общества в городе Нарва (рез. на рус. яз.) . . . . . 46

### Конференции и совещания

- А. Э. ЛУТС — Научно-техническое совещание по электроаэрозолям . . . . . 49  
 Х. А. КУРУЛ — 25-летие Государственной Научной Медицинской Библиотеки . . . . . 49  
 Ф. Г. МАРКУСАС — VIII республиканская конференция спортивных медиков . . . . . 50  
 А. А. ТАЛИХЯРМ — Соединенный пленум ученых советов министерств здравоохранения Балтийских союзных республик . . . . . 51  
 И. Ю. ЛААН — II конференция ревматологов Литовской, Латвийской, Эстонской и Белорусской союзных республик . . . . . 51  
 А. А. ЛУКАШ — V Всесоюзная конференция судебных медиков . . . . . 52  
 Э. Й. ПЫЛДВЕРЕ — VII Всесоюзная конференция по вопросам электронмикроскопии . . . . . 52  
 М. О. ЛЫВИ — X пленум и сессия Всесоюзного общества стоматологов . . . . . 53  
 А. Т. СИЛЛАМ — Всесоюзная конференция по вопросам профилактики профзаболеваний в каменноугольной промышленности . . . . . 53  
 Х. А. КАПРАЛ — Всесоюзный пленум Научного общества врачей-лаборантов . . . . . 54  
 Б. К. ЛЕХЕПУУ — IV международный симпозиум анестезиологов . . . . . 54  
 Э. Ю. ВЕЙНПАЛУ, Е. Х. МЮЛЛЕРБЕК — Международный симпозиум . . . . . 55

### Юбилейные даты

- 85-летие профессора А. Валдеса . . . . . 56  
 80-летие Клавдия Бежаницкая . . . . . 57  
 50-летие Малева Уйбо . . . . . 57  
 50-летие Илмара Лаана . . . . . 58

### Медицинская техника

- Л. А. КИВИКИНК — Электронно-оптическая усилитель Chirana ZOX 190 A . . . . . 59

### Критика и библиография

- В. В. КАЛНИН — Существенный вклад в медицинскую библиографию . . . . . 61  
 Э. Э. КООК — Библиографические карточки в Медицинской библиотеке . . . . . 62

### За рубежом

- Б. А. РОКС — От Гималая до Южной Индии . . . . . 63

### Новые лекарственные препараты

- А. Я. ЮРИСОН — Беллазон, галидор, табекс . . . . . 68

- Хроника . . . . . 70  
 Отклики . . . . . 78  
 Новые книги . . . . . 79

## SISUKORD

<b>Sajand V. I. Lenini sünnist</b>	
O. TAMM — V. I. Lenin ja sanitaaria . . . . .	3
B. KADARIK — Lenini ideede jõud . . . . .	5
<b>Teooria ja praktika</b>	
J. SAARMA — Depressiivsed seisundid . . . . .	9
J. SAARMA, M. SAARMA, V. KANGUR, J. LIIVAMÄGI — Kõrgema närvi-tegevuse uurimise andmed depressiivsete seisundite ravi näidustusena . . . . .	14
V. JÄNES, A. AADAMSOO — Depressiivse sündroomiga haigete hospitaliseerimisest . . . . .	16
I. RÄTSEP — Aspiratsioonibiopsia tüsistusi . . . . .	19
R. VODJA — 1969. a. gripipuhang Pärnu linnas ja rajoonis . . . . .	20
J. MÄNNISTE, L. VALDES, U. SIBUL, A. LUTSUVER, H. POOLA, A. KURVET — Kopsuarteri tromboemboolia . . . . .	23
B. PÖDER — Alajäseme veenilaiendite ravi endovaskulaarse elektrokoagulatsiooniga meetodil . . . . .	26
H. TIHANE — Neerude ägeda puudulikkuse ravi manniidiga . . . . .	28
A. PANOV — Mittemagnetiliste kildude eemaldamine klaaskehast . . . . .	31
<b>Kogemuste vahetamine ja kasuistika</b>	
S. FELDMANN, L. PÄI, L. POKK — Sõlmilise periarteriidi juht . . . . .	33
R. MIKELSAAR — Progresseeruv ossifitseeruv müosiit . . . . .	35
A. HAAVEL, A. KORSAR — Kusepõie song . . . . .	37
<b>Abiks velskritele ja õdedele</b>	
L. TOMANN — Neurootiline depressioon . . . . .	38
H. KAPRAL — Kuidas võtta materjali tsütoloogiliseks uurimiseks . . . . .	41
<b>Kaadri ettevalmistamine</b>	
L. KAAR — Täiendus teadlaste kaadri-le . . . . .	43
<b>Sanitaarharidustöö</b>	
R. BIRKENFELDT — Tervise rahvaülikooli töökogemusi Kingissepa rajoonis . . . . .	44
<b>Arstiteaduse ajaloost</b>	
V. KALNIN — Arstide seltsid Narvas . . . . .	46
<b>Konverentsid ja nõupidamised</b>	
A. LUTS — Elektroaerosoolidealane teaduslik-tehniline nõupidamine . . . . .	49
H. KURUL — Riikliku Teadusliku Meditsiinilise Raamatukogu 25. aastapäev . . . . .	49
F. MARKUSAS — Eesti NSV spordi-ars-tide VIII vabariiklik konverents . . . . .	50
A. TALIHÄRM — Balti liiduvabariikide tervishoiu ministeeriumide õpetatud nõukogude ühendatud pleenum . . . . .	51
I. LAAN — Leedu, Läti, Eesti ja Valgevene liiduvabariikide reumatoloogide II konverents . . . . .	51
A. LUKAŠ — Kohtuarstide V üleliiduline konverents . . . . .	52
E. PÖLDVERE — VII üleliiduline elektronmikroskoopia konverents . . . . .	52
M. LÖVI — Üleliidulise Stomatoloogide Seltsi X pleenum ja sessioon . . . . .	53
A. SILLAM — Kivisöetööstuses esinevate kutsahaiguste profülaktika alane üleliiduline konverents . . . . .	53
H. KAPRAL — Üleliidulise Arstide-Laborantide Teadusliku Ühingu pleenum . . . . .	54
B. LEHEPUU — Anestesioloogide IV rahvusvaheline sümposion . . . . .	54
E. VEINPALU, E. MÜLLERBEK. — Rahvusvaheline sümposion . . . . .	55
<b>Tähtpäevad</b>	
Professor A. Valdes 85-aastane . . . . .	56
Klavdia Bežanitskaja 80-aastane . . . . .	57
Malev Uibo 50-aastane . . . . .	57
Ilmar Laan 50-aastane . . . . .	58
<b>Meditsiinitehnika</b>	
L. KIVIKINK — Elektronoptiline võimendi Chirana ZOX 190 A . . . . .	59
<b>Kriitika ja bibliograafia</b>	
V. KALNIN — Oluline panus meditsiinibibliograafiasse . . . . .	61
E. KOOK — Bibliograafilisi kartoteeke Meditsiinilises Raamatukogus . . . . .	62
<b>Välismaalt</b>	
B. ROKS — Himaalajast Lõuna-Indiani . . . . .	63
<b>Uusi ravimeid</b>	
A. JÜRISON — Bellasoon, halidoor, tabeks . . . . .	68
<b>Kroonika</b>	
<b>Vastukajad</b> . . . . .	78
<b>Uusi raamatuid</b> . . . . .	79