



ÜHUKOGUDE EESTI

TERVIS- HOID



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

5 / 73

**minu vanaema
peseb minu pesu
ainult hariliku
PESUSEEBIGA**



Tallinna Parfümeeria ja
Toidurasvade Kombinaat

NÕUKOGUDE EESTI TERVIS- HOID

EESTI NSV TERVISHOIU
MINISTEERIUMI AJAKIRI

5/1973
16. AASTAKÄIK

Toimetuse kolleegium

N. AJASTA, N. ELSTEIN, A. JANNUS, V. KÜNG, V. LAOS (peatoimetaja
asetäitja), **U. MEIKAS, E. RAUDAM, V. RÄTSEP, J. SAARMA, M. SIKK,**
O. TAMM (peatoimetaja)

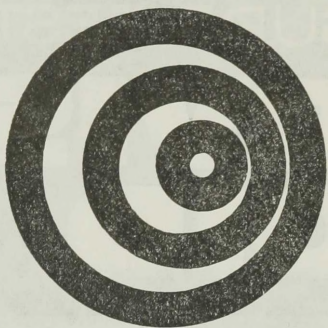
Toimetuse nõukogu

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

Tehniline toimetaja **E. Tedre**. Keeleline toimetaja **E. Martson**.
Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, postkast 19, Tartu maan-
tee 16. Telefonid 220-07 ja 233-98. Kirjastus «Perioodika», Tallinn,
Pikk t. 37, tel. 483-37.

Ladumisele antud 6. VIII 1973. Trükkimisele antud 20. IX 1973. Trüki-
arv 5200. Trükipaber nr. 1. 70×100. 1/16. Trükipoognaid 6,25+3 klee-
bist. Tingtrükipoognaid 8,61. Arvestuspognaid 9,76. Tellimuse
nr. 4488. MB-07653. 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.



Käsikirjad esitada toimetusele masinakirjas, kahes eksemplaris. Tekst lehe ühel küljel, ridade vahe kaks intervalli, leheküljel 30 rida, reas keskmiselt 60 täheruumi. Avaldamiseks saadetav töö peab olema sisult aktuaalne ja vastama tänapäeva teaduse tasemele. Artikkel koosnegu järgmistest pealkirjastatud osadest: sissejuhatus ja töö eesmärk, uurimismaterjal ja -meetodid, tulemused, arutelu ning vajaduse või soovi korral veel kokkuvõtte või järeldused. Käsikiri peab olema **keeleliselt redigeeritud**, kusjuures eriti tuleb kontrollida terminoloogia, valemite, mõõtühikute, tsitaatide, nimede, initsiaalide jne. õigsust. Uudse eestikeelse termini või mõiste kasutuselevõtmisel töös esitatagu see tõlkevaste sobivuse üle otsustamiseks võimalikult mitmes keeles (ladina, vene, inglise, saksa jne.) — Järjekordade vältimiseks esitada teaduslikud tööd kokkusurutult, võimalikult mitte üle viie ja ülevaated võimalikult mitte üle kümne lehekülje, kirjandus vastavalt mitte üle 10 ja 50 nimetuse. Kitsamatel, vähest lugejate arvu haaravatel erialadel esitada töö autoreferaadina. — **Asutuse töend** selle kohta, kas töö on plaaniline, mitteplaaniline või dissertatsiooni fragment, ja kas see

on valminud statsionaarses aspirantuuris, esitatakse toimetusele koos käsikirjaga. Töendile kirjutab alla asutuse juhataja. Iga teadusliku töö peab viseerima teaduslik juhendaja. — **Andmed autori kohta** — perekonna-, ees- ja isanimi, asutuse nimetus, kodune aadress, töökoha ning koduse telefoni numbrid lisatakse käsikirja lõppu koos allkirjaga. Kõrgemate õppeasutuste ja uurimis-instituutide töötajad märkigu ära ka kateedri või osakonna nimetus. Kollektiivsetel töodel peavad olema kõikide autorite allkirjad, aadressid ja muud eespool nimetatud andmed. — **Referaat** esitatakse vene keeles (12...15 rida masinakirjas) ja võimalust mööda ka inglise keeles (8...12 rida masinakirjas). Kui ingliskeelset kokkuvõtet ei anta, siis esitada tõlkimiseks sobiv eestikeelne referaat. — **Kirjandus**. Kui bibliograafias on teoseid mitmes keeles, paigutatakse üldreeglina ette ladina tähestikuga ja nende järele venekeelsed teosed. Mõlemas rühmas järjestatakse autorid tähestikuliselt. Raamatutel märgitakse autori perekonnanimi, initsiaalid, pealkiri, väljaandmise koht ja ilmumisaasta. Ajakirjade puhul tuuakse ära autori perekonnanimi ja initsiaalid, artikli pealkiri, ajakirja täielik nimetus, ilmumisaasta, köide, anne või number, artikli lehekülgede algus- ja lõpunumbrid. — **Fotode ja jooniste** allkirjad paigutatakse teksti viimasena. Tarbe korral foto tagaküljele märkida, kumb pool on ülemine. — Käsikirju toimetusele ei tagasta ka siis, kui need ilmumata jäävad. Kuid toimetuse nõuetele mittevastavalt koostatud ja vormistatud käsikirja üks eksemplar saadetakse parandamiseks ja ümbertegemiseks autorile tagasi. — **Lubamatu on** toimetusele saata töid, mis on teistes väljaannetes juba trükitud. Kui töö samal ajal on saadetud avaldamiseks mõnda teise liiduvabariiki või välismaale, siis tuleb see kaaskirjas tingimata märkida.

© «Nõukogude Eesti Tervishoid»

«Nõukogude Eesti Tervishoid»

ilmub 6 korda aastas. Tellimishind aastaks 2 rbl. 40 kop., poolaastaks 1 rbl. 20 kop. Tellimusi võtavad vastu «Ajakirjandusliidu» osakonnad ja kõik sidekontorid. Tellimusi

järgmiseks aastaks võetakse vastu 25. novembrini, II poolaastaks 15. juunini. Tellimusi välismaale saab vormistada aadressil: Москва Г 200, «Международная книга».

Teooria ja praktika

GÜNEKOLOOGILISTE VEREJOOKSUDE RAVI PROGESTOGEENIDEGA

HILJA JALVISTE
VOTELE MEIPALU

Tartu

UDK 618.174-08

Progestoogenid on peroraalselt võetavad tugevatoimelised sünteetilised gestageenid. Struktuurilt on nad lähedased progesteroonile. Kuid bioloogilise aktiivsuse poolest ületavad nad progesterooni paljukordselt, mis on tingitud omadusest vastu panna kiirele oksüdatsioonile. See võimaldabki progestoogene kasutada suukaudselt väikestes doosides ja hea gestageense efektiga. Kasutusel on neid põhiliselt kaks suurt rühma: 1) norsteroidid ehk 19-nortestosterooni derivaadid (noretisteroon, noretisteroonatsetaat, noretinodreel jt.); 2) sünteetilised hüdroksüprogesterooni derivaadid — 17-alfa-hüdroksüprogesteroonatsetaat ja derivaadid (medroksüprogesteroonatsetaat, megestroolatsetaat, kloormadinoonatsetaat jt.). Selliste suure aktiivsusega progestoogenide sünteesimine ja tootmine avasid viimase kümne aasta jooksul uue tee progestoogenravile günekoloogias. Omaaegne ravi progesterooniga jäi piiratuks, sest peroraalsel kasutamisel toime puudus täielikult.

Progestoogene sissevõetuna kasutatakse tänapäeval peamiselt hormonaalsete rasedusvastaste vahenditena. G. Pincus ja J. Rock USA-s (2, 3) tegid kindlaks, et menstruaaltsükli 5. kuni 20. päevani 300 mg päevas sissevõetavat progestoogeni pärsib ovulatsiooni. Östrogeene ja gestageene kombineerides õnnestus neil ovulatsiooni pidurdada ja esile kutsuda menstruaatsioonitaolise verejooksu kaks-kolm päeva pärast ravi kuuri lõppu. Pincus-Rocki meetodile, mida esialgu rakendati rasedusest hoidumiseks, tekkis varsti mitmeid muid

näidustusi. F. Szontágh (4) esitab progestoogenide terapeutilised näidustused olenevalt toimemehhanismist.

I. Antioovulatoorse toime taustal: menstruaatsiooni edasilükkumine; valud menstruaatsiooni vaheajal; düsalgomenorröa ja premenstruaatsioonisündroom; haigused, mis olenevad menstruaaltsüklis, nagu *acne*, *psoriasis*, erüteemid, epilepsia jt.; mittespetsiifilised ja tuberkuloossed põletikud väikeses vaagnas; amenorröa ja funktsionaalne steriilsus.

II. Progestatiivse toime taustal: düsfunktsionaalsed emakaverejooksud, hüperpolümenorröa, juveniilsed verejooksud, endomeetriumi hüperplaasia, endomeetriumi kartsinoom, kollaskeha funktsiooni puudulikkus.

Kombineeritud toime (I, II) alusel: endometrioosid, vikareerivad menstruaatsioonid.

III. Rasedust säilitavast toimest lähtudes: ähvardav raseduse katkemine, habituaalne abort, platsentaarne puudulikkus. J. Haller (1) lisab esitatud näidustustele veel emakamüomatoosi ja reumaatilise polüartriidi, koagulopaatiaid, antikoagulantravi jne.

Düsfunktsionaalsete emakaverejooksude korral on progestoogenidega ravi ma hakatud alles hiljuti (5, 6, 7). Et Tartu Kliinilises Sünnitusmajas seda raviviisi esmakordselt Eesti NSV-s rakendati, on kirjutise ülesandeks anda ravitulemuste analüüs ja teha omapoolseid ettepanekuid progestoogenravi laialdasemaks kasutuselevõtmiseks günekoloogiliste verejooksude korral.

Progestogeenravi düsfunktsionaalsete verejooksude korral.

Tartu Kliinilises Sünnitusmajas on 1969. aasta sügisest alates kasutusel progestogeenravi infekundiiniga (Ungari RV-s toodetud preparaat), mis sisaldab 2,5 mg gestageeni noretinodreeli ja 0,1 mg östrogeneeni mestranooli, kusjuures peamiseks toimeaineks on noretinodreel. Statsionaarset ravi alustatakse kümnepäevase kuuriga (1 või 2 tabletti infekundiini päevas), mille lõpemisel teisel või kolmandal päeval ilmub järelverejooks (pseudomenstratsioon). Verejooksu esimest päeva peetakse uue tsükli alguseks ja selle viiendast päevast algab uus profülaktiline tsükliline kuur kolme nädala vältel ühenädalase vaheajaga ning kolm tsüklit järjest. Kui kümnepäevane ravikuur on toimunud statsionaaris, siis tsüklilised ravikuurid kolme kuu jooksul määratakse ambulatoorselt.

Et uus verejooks kodus üllatust ei tekitaks, informeeritakse patsienti sissejuhatava kuuri järelverejooksust. Soovitav on esimene pseudomenstratsioon haiglas ära oodata, et vajaduse korral sümptomaatiliselt ravida ja kindlaks määrata tsüklilise ravi algus. Pseudomenstratsiooni korral on vere-eritus tavalisest menstruatsioonist vähesem.

Düsfunktsionaalseid verejookse on kõige sagedamini premenopausis (70...80%), harvem postmenopausis, veelgi harvem juveniilsete metropaatiatena. Premenopausi ja juveniilsete verejooksude korral tuleb hormoonravi alustada ilma abrasioonita. Erandiks on pikaajalised, üle kolme nädala kestvad verejooksud premenopausis, mis ravi algul nõuavad prooviabrasiooni.

Kui progestogeenravi premenopausis kahe kuni nelja päeva jooksul tulemusi ei ole andnud, ka ravimiannuse suurendamisel, tuleb hormoonravi katkestada ja teha fraktsioneeritud prooviabrasioon orgaanilise põhjuse (müoomisõlm, polüüp, adenoom, kartsinoom jne.) väljaselgitamiseks. Postmenopausis tuleb haige uurimist alustada fraktsioneeritud prooviabrasiooniga.

Infekundiinravi ei ole vaba kõrvaltoimeist, sest naise seisund sarnaneb menstruatsioonieelsega, samuti algava raseduse aegse seisundiga. Seetõttu võib ravi põhjustada iiveldust, oksendamist, peavalu, kehakaalu suurenemist, vererõhu tõusu, unehäireid, pinget rindades, psüühikahäireid (depressioon). Need nähud ravi vältel tavaliselt vähenevad. Infekundiinravi vastunäidustuseks peetakse rasedust, raskeid maksakahjustusi, eelnenud tromboemboolilisi haigusi (varikoosi, flebiite), genitaalide ja rinnanäärmete hormoonitundlikke pahaloomulisi kasvajaaid, haigusi, mille kulg raseduse ajal raskeneb (diabeet jt.), vaimset depressiooni, veresoonte haigusi jm. Progestogeenravi ei tohi kesta korraga üle kolme kuu. Seejärel on vajalik günekoloogiline, tsütoloogiline, kolposkoopiline ja laboratoorsete andmete (maksafunktsiooni ja vere hüübivuse) kontroll.

Ravitulemused. Tartu Kliinilises Sünnitusmajas on infekundiinravi düsfunktsionaalsete emakaverejooksude korral kasutusel vähem kui 1,5 aastat. Raviti 50 naist. Ealiselt jaotusid nad järgmiselt: kuni 20 aastat 3; 21...30 aastat 8; 31...40 aastat 12; 41...50 aastat 23 ja 50...54 aastat 4 naist. Diagnoosidest esinesid klimakteeriline metropaatia 23, juveniilne metropaatia 4, düsfunktsionaalsed verejooksud 15, endomeetriumi polüüp 3, kollaskeha säilimine 2, endometrioos 3, neist kombinatsioon müoom-metropaatia 6 juhul. Hospitaliseeriti ühekordselt 16, korduvalt 34 naist. Voodipäevade arv üle 20 oli 14 juhul, alla selle 36 juhul, enamasti 10 päeva.

Prooviabrasioon tehti 20 naisel, 15-1 esmakordselt. Patohistoloogiliselt leiti glandulaarne hüperplaasia seitsmel, proliferatsioon viiel, sekretsioon ühel, detsiduaalne reaktsioon ühel, endomeetriumi polüüp kolmel; kolmel juhul jäi diagnoos lahtiseks.

Enne hospitaliseerimist oli verejooks kestnud 2 päeva kuni 4 kuud, kõige sagedamini kaks kuni kolm nädalat. Viimasest menstruatsioonist verejooksu alguseni oli möödunud kaks nädalat

kuni kolm kuud. Vere-eritus oli vahelduva tugevusega (24 juhtu) või rohke (16 juhtu), harvem mõõdukas või määriv. Infekundiinravi (1...2 tabletti päevas 10 päeva jooksul) alustati tavaliselt kohe, abrasioonist olenemata. Vere-eritus lakkas kõige sagedamini kolmandal päeval. 30 haigel, kellel abrasiooni ei olnud tehtud, ilmnis verejooksu seiskav toime kõige sagedamini samuti kolmandal päeval. Hemostaatiline ravi ei andnud tulemusi kolmel haigel. Võib-olla tehti viga sellega, et ravimiannust ei suurendatud.

Et gestageenset toimet tugevdada, oleks ühel haigel, kel verejooksud olid kestnud kaua, soovitatav olnud ravi alustada ainult östrogenidega (3...4 päeva). Ühel progestogeenidega ravimatul olid verejooksud alanud 8 aastat tagasi. Häid tulemusi saadi ainuüksi automamminisatsiooni ja emakakaela elekterstimulatsiooniga. Patsiendid, kellele oli määratud ambulatoorne ravi, dispanseeriti. Kahe aasta jooksul tekkisid retsidiivid 50 naisest neljal (8%).

Arutelu. Progestogeenravi korral ei ole kiire hemostaatiline toimemehhanism veel lõplikult välja selgitatud, arvatakse kulgeb see kapillaaride kaudu. Seejärel ilmneb kiiresti ka progestatiivne toime. Juba kolmandal-neljandal ravipäeval ilmneb 18. kuni 19. tsüklipäevale vastav pilt. Jätkuva medikamentoose ravi tulemusena endomeetriumi näärmete areng pärsitakse ja kujuneb sekretoorne «kurnatus». Näärmete glandulaarsele taandarengule järgnevad muutused, mis meenutavad predetsiduaalset ja detsiduaalset reaktsiooni. See võib mõnikord põhjustada eksidiagnoose. Edaspidi endomeetrium atrofeerub, eriti korduvate ja kestvate ravikuuride korral. Tänapäeva progestogeenide hemostaatiline toime emakaverejooksude korral on nii standardne, et puudub eelneva abrasiooni vajadus (välja arvatud näidustustel). Kiire toime tõttu nimetatakse seda ravi ka hormonaalseks küretaažiks, mis on kausaalset laadi.

Meie ravitulemused langevad kokku P. Tšamovi andmetega (7), kes atsükli-

liste verejooksude puhul *Primolut N*-ga (17-alfa-etinüül-19-nortestosteron e. anhüdro-hüdroksü-norprogesteron) 10...15 mg per os 10 päeva jooksul saavutas hemostaasi 96%-l haigetest (meil 94%). I. Manuilova (6) ja J. Borissova (5) tulemusi ei saa võrrelda, sest mõlemad alustasid infekundiinravi viiendast abrasioonijärgsest päevast tsükliiselt (21 päeva seitsmepäevase vaheajaga kahe kuni viie tsükli vältel). Lähtudes põhimõttest, et kiire hemostaas kinnitab dühormonaalse geneesiga haiguse diagnoosi, alustasime hormoonravi kohe. Vajaduse korral tegime hiljem abrasiooni.

Verejooksu seiskava toime kõrval on teine peamine ravikriteerium verejooksude retsidiivide vältimine tulevikus. Kui düsfunktsionaalsete verejooksude ja müoomi kombinatsiooni korral meie andmeil tekkis retsidiive 8% kahe aasta jooksul, siis J. Borissova (5) andmeil 14% (6 haigel 42-st) kolme aasta jooksul.

Kokkuvõtteks tuleb öelda, et suu kaudu võetavate progestogeenide rakendamise on tänini nii keeruka günekooloogiliste verejooksude ravi küsimuse põhiliselt lahendanud, mispärast see meetod tuleks laiemalt kasutusele võtta. Eriti perspektiivne on kõnesolev ravi ambulatooriumis. Õigel ajal rakendatuna aitab see vältida kroonilist aneemiat, kurnatust ja töövõimetust. Dispanseerne kontroll on tähtis retsidiivide ja tüsistuste profülaktikaks.

KIRJANDUS: 1. Haller, J. Hormonal contraception. Los Altos, 1969. — 2. Pincus, G., Rock, J. In: Praktische Gynäkologie. Berlin, 1968. — 3. Rock, J., Pincus, G., Garcia, G. R. Science, 1956, 124, 891. — 4. Szontágh, F. E. Mechanism of Action of Oral Progestogens. Budapest, 1970. — 5. Борисова Ю. Ф. Акуш. и гинек., 1971, 9, 13—15. — 6. Мануилова И. А., Вишневская Л. Г., Крутьковская Н. П. Акуш. и гинек., 1971, 7, 36—39. — 7. Чамов П. Дисфункциональные маточные кровотечения. София, 1971.

TRÜ Arstiteaduskonna sünnitusabi- ja günekoloogiakateeder

VISTERAALSE FLEBOGRAAFIA JA GAASGÜNEKOGRAAFIA KOOSKASUTAMINE SUGUELUNDITE KASVAJATE DIAGNOOSIMISEL

LUDMILLA KOLESNIKOVA

Tallinn

UDK 618.1-006-072.3

Günekoloogiliste haiguste diagnoosimisel on röntgenoloogilistest uurimismeetoditest üha laialdasemalt kasutama hakatud günekograafiat ja vistseraalset flebograafiat (1, 2, 3, 4, 5, 7, 10, 11, 12).

Et diagnostilised kriteeriumid, mis saadakse ühe uurimismeetodi kasutamisel, on tihti puudulikud täpse diagnoosi määramiseks ja nõuavad pikemaajalist lisauurimist, on üksikutes viimastel aastatel ilmunud töödes käsitletud mõningate uurimismeetodite kooskasutamise võimalust (6, 8, 9).

Kahjuks pole uurimiste näidustusi ja uurimismeetodite paremaid kombinatsioone eri günekoloogiliste haiguste diagnoosimiseks veel küllaldaselt täpsustatud.

Me alustasime oma tööd 1969. a. Pelgulinna Haigla günekoloogiaosakonnas ja oleme 1971. aastast jätkanud Tallinna I Sünnitusmaja Nõmme günekoloogiaosakonnas. Algasime emaka vistseraalse flebograafia kasutamisest, seejärel läksime üle vistseraalse flebograafia ja gaasgünekograafia kombineeritud kasutamisele.

Kuni 1973. aasta alguseni on uuritud 60 haiget, kellel tavalistel kliinilistel meetoditel ei õnnestunud diagnoosi määrata.

Töö põhieesmärgid olid alljärgmised:

- 1) täpsustada näidustusi gaasgünekograafia ja emaka vistseraalse flebograafia kooskasutamiseks;
- 2) välja töötada suguelundite kasvaja röntgendiagnoosimise meetoodika;
- 3) kindlaks teha mõlema meetodi ja nende kooskasutamise diagnostiline väärtus.

Uuringute põhinäidustused olid järgmised:

1) subseroosete müoomisõlmede, munasarjade tsüstoomide ning tuboovariaalsete kasvaja diferentsiaaldiagnoosimine;

2) väikese vaagna genitaalse ja ekstragenitaalse päritoluga kasvaja diferentsiaaldiagnoosimine;

3) kõhu alaosas lokaliseeruvate alaliste ebamääraste valude põhjuse väljaselgitamine.

Uurimismeetoodika.

Pärast sisseviidava kontrastaine taluvuse testi ja pneumoperitoneumi rajamist kõhuõõnde viidud hapnikuga tehti esimene günekogramm kõhuliasendis 40° nurga all. Kohe pärast seda tehti vistseraalne flebograafia emakapõhja lihaskoesse viidava vees lahustuva 20,0 ml kontrastainega (45- kuni 50% -line urotrast, urografiin, verografiin jne.). Kontrastaine pideva sisseviimise ajal tehti kolm ülesvõtet.

Muutuste puudumise korral suguelundites on ülemised munasarja- ja alumised emakaveenide kaared flebogrammil tavaliselt näha, seejuures *v. iliaca interna* täitus enamasti hästi, *v. iliaca communis* aga oli nn. sissevoolunähtuste (*Einflußphänomene*) tõttu harva jälgitav, mida ka katsete ajal võis täheldada.

Vaatlustel selgus, et emakaga tihedalt liitunud munasarjakasvajate puhul on günekogrammil määratav kasvaja ühtne konglomeraat (vt. tahvel XIII, günekogramm).

Enamikul järgmistel flebogrammidel leiti, et emaka venoosne kontuur oli normaalne (vt. tahvel XIII, flebogramm) ja munasarjaveen oli nihkunud kasvajapoolses küljes vaagna seinasuunas.

Emakamüoomide puhul täheldati flebogrammidel:

1) emaka venoosse kontuuri suurenemist ja nihkumist kraniaal- ning põiksuunas 29 haigel;

2) kontuuri defekti 25 haigel;

3) hüpo- ja avaskulaarseid tsoone 8 haigel;

4) hüpovaskulaarseid tsoone 14 haigel;

5) avaskulaarseid tsoone 14 haigel;

6) emakaveenide laienemist 16 haigel;

7) emakaveenide varikoose 4 haigel;

8) munasarjaveeni nihkumist kraniaalsuunas subseroosse sõlme poole 2 haigel;

9) veenivõrgustiku hõrenemist 7 haigel.

Munasarjatsüstoomide puhul tähelepanu, et

1) emakaveenide kontuur oli normaalne ja hästi nähtav 15 haigel;

2) munasarjaveen oli nihkunud kasvavapoolses küljes vaagna seina suunas 7 haigel;

3) munasarjaveen oli laienenud kasvavapoolses küljes 7 haigel.

Munasarjakasvajate puhul ei leitud tsüstoomi osas enamikul juhtudel soontega piiratud heledat ala. See röntgenoloogiliselt sedastatav sümptoom esines ainult kolmel haigel. Mõningatel juhtudel võis täheldada vere äravoolu häireid kasvavapoolse munasarjaveeni kaudu, mis algosas oli laienenud ja sejärel kitsenenud. Suurte tsüstoomide puhul paiknes emakaveenide pais tsüstoomidepoolisel küljel — arvatavasti kasvaja rõhumise tõttu.

Meie arvates osutab flebograafia vaid kaudselt munasarjakasvajale, välja arvatud juhtudel, kus kasvaja asetseb emaka lähedal (vt. tahvel XIII, flebogramm).

Emakamüoomide puhul võis flebogrammil leida enam avaskulaarseid kui hüpovaskulaarseid tsoone ja oli täheldatav emaka veenivõrgustiku puudulikkus rohkearvuliste sõlmede esinemisel (vt. tahvel XIV, flebogramm).

Et vältida kontrastaine «ekstravasatsiooni», kasutasime edaspidi piirajaga nõela, mis võimaldas reguleerida nõela sisenemise ulatust müomeetriumi

(müoomide puhul peab nõel ulatuma sügavamale).

Uuringutega avastati emakamüoom 35 haigel, munasarjatsüstoom 15 haigel, emakamüoom koos munasarjatsüstoomiga kolmel haigel, väikese vaagna veenilaiendid kahel haigel, Stein-Leventhali sündroom ühel haigel, munasarjakartsinoom ühel haigel, vaagna piirkonna retikulosarkoom ühel haigel ja muude elundite kasvajat kahel haigel.

Diagnoos tõestati operatsiooni andmete põhjal 38 patsiendil, ülejäänutel aga dünaamilise dispanseerse jälgimise teel. Kolmel juhul ilmneseid lahkdiagnoosid.

Seega, lähtudes oma andmetest, tegime kindlaks gaasgünekograafia ja vistseraalse flebograafia kooskasutamise diagnostilise väärtuse. Vistseraalse flebograafia kasutamine eraldi annab samuti väärtuslikke andmeid, kuid mitmed tehnilised ja diagnostilised momendid, näiteks nõelte ebatäiuslikkus, venoosse süsteemi suur variaablus, piiravad selle kasutamist ainsana ja põhi-meetodina.

Ka veenivõrgustiku puudulik kontrastainega täitumine osutus takistavaks asjaoluks õige diagnoosi määramisel. Sellele vaatamata saime enamikul juhtudest vistseraalse flebograafiaga andmeid, mida ei oleks saanud teistel meetoditel.

Gaasgünekograafia üks puudusi nii meie kui ka teiste autorite arvates on see, et ta toob esile ainult kasvaja välise kontuurid ilma kasvaja laadi täpsustamata; väikese vaagna liidete korral ei võimalda määrata kasvaja lähtekohta (vt. tahvel XIV, günekogramm).

Uurinud 25 haiget nii flebograafiliselt kui ka günekograafiliselt võime öelda, et see laiendab diagnoosimisvõimalusi tunduvalt, annab täielikuma ettekujutuse uuritavate elundite seisundist ja tagab õige diagnoosi.

Järeldused

1. Gaasgünekograafia ja vistseraalse flebograafia kooskasutamine on sugu-elundite kasvajate diagnoosimisel üks täiuslikumaid meetodeid, sest ta määrab kasvaja asukoha ja mõõtmed.

2. Sel viisil uurimine annab täiendavaid andmeid õige diagnoosi määramiseks, mida ei võimalda palpeerimine või ühe eespool mainitud uurimismeetodi omaette kasutamine.

KIRJANDUS: 1. Guilheim, P., Baux, R. (tsiteeritud 2 järgi). — 2. Heinen, G. Ann. Univ. Sarav. (Med.), 1968, 15, 3, 269—349. — 3. Holy, I., Lak, K., Prochazka, I., Weber, I. Zbl. Gynäkol., 1969, 45, 1473—1477. — 4. Бражников Н. Н. В кн.: Актуальные вопросы клинической рентгенодиагностики. М., 1970, 185—188. — 5. Болотова А. Ф. В сб.: Вопросы диагностики, терапии и восстановительной хирургии в акушерско-гинекологической клинике. Л., 1970, 302—305. — 6. Волковский А. А. Чрезматочная флебография в комплекс-

ной рентгенодиагностике некоторых гинекологических заболеваний. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Кишинев, 1968. — 7. Грязнова И. М. Рентгенопельвеография, флебография и эндоскопия в гинекологии. М., 1965, 5—135. — 8. Грязнова И. М. Рентгеноконтрастная пельвеография и эндоскопия в гинекологии. М., 1972. — 9. Маркман А. Е. В сб.: Вопросы диагностики, терапии и восстановительной хирургии в акушерско-гинекологической клинике. Л., 1970, 164—168. — 10. Новикова Л. А., Марморштейн С. Я. Вopr. онкол., 1959, 5, 8, 183—191. — 11. Поляк М. С. Акуш. и гinek., 1964, 4, 103—105. — 12. Шнирельман А. И., Попова А. А. Вестн. рентгенол., 1967, 4, 43—47.

Tallinna Pelgulinna Haigla Sünnitusmaja

NAISTE GENITAALTUBERKULOOSI DIAGNOOSIMINE

LAIN VALMET

Tallinn

UDK 618.1-002.5-073.75

Vaatamata suurtele edusammudele võitluses tuberkuloosiga, püsib genitaal-tuberkuloosi õigeaegne avastamine aktuaalsena.

Inimene võib genitaal-tuberkuloosi nakatuda mis tahes elueas, enamasti pisikute hematogeense külvi teel. Kõige sagedamini on seda diagnoositud 20... 35 aasta vanuses, mil patsiendid on pöördunud günekoloogi poole sigimatuse, menstruaaltsioonihäirete või emakamanuste retsidiveerivate põletike tõttu.

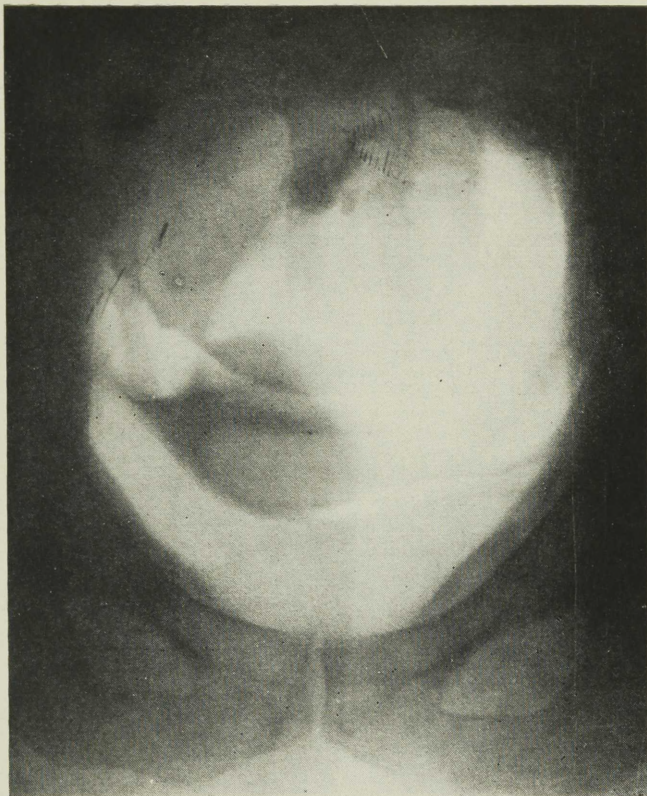
Esmakordselt kirjeldas genitaal-tuberkuloosi anatoom G. Morgagni 1744. aastal 14-aastaselt tütarlapsel, kes oli surnud tuberkuloosesse peritoniiti. Genitaal-tuberkuloosi esinemissagedus on erinevate autorite andmetel (1, 4, 6, 13, 16, 23) erinev (5,5... 20%) ning sõltub kopsutuberkuloosi esinemissagedusest antud paikkonnas, samuti uurimise võimalustest. Et protsessi õigel ajal avastada, on vaja uurida patsiente, kellel esinevad esmane steriilsus, menstruat-

sioonihäired, spontaansed abordid ja aktiivne tuberkuloos teistes elundites (1, 6, 13, 16). Ungari RV-s kuuluvad kõik nimetatud nähtudega patsiendid 1968. aastast uurimisele genitaal-tuberkuloosi suhtes (6).

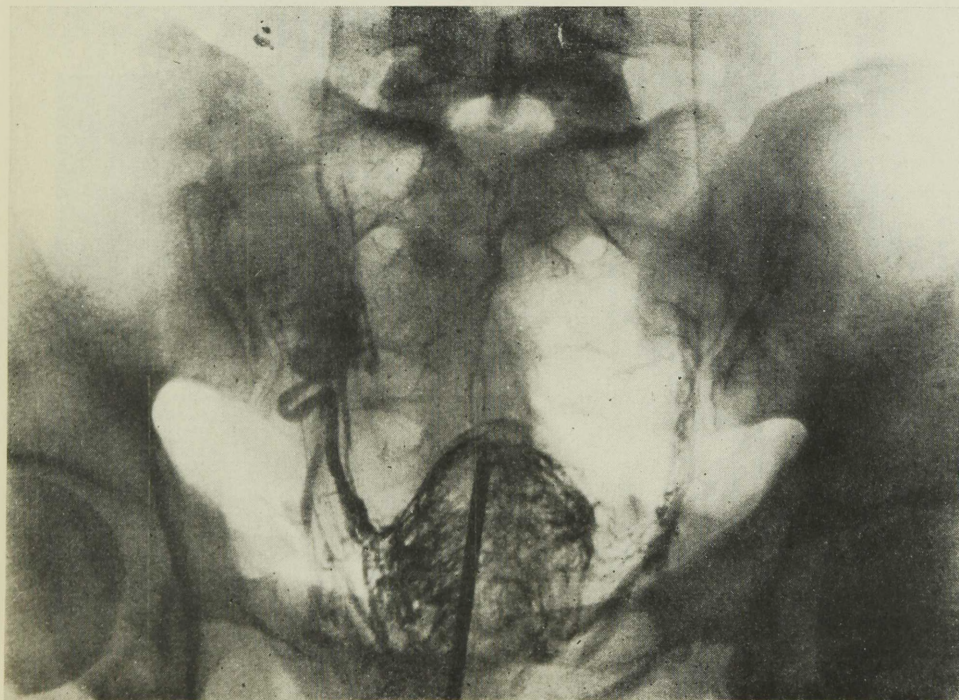
Paljude autorite andmeil (1, 6, 8, 13, 14, 16, 23) on tuberkuloosi diagnoositud munajuhades 80... 90%-l, emakas ja munajuhades 35... 50%-l juhtudest, emakas isoleeritult 15... 25%-l ja munasarjades 10... 20%-l juhtudest. Genitaal-tuberkuloosile on iseloomulik protsessi alanemine kulg munajuhade ampullaarsest osast piki munajuha limaskestast emakale ning sealt tservikaalkanalisse ja emakakaelale.

Kui patsient on nakatunud genitaal-tuberkuloosi juba lapseas, siis jääb emakas hüpoplastiliseks. Emakatuberkuloosi kaseosse vormi puhul on emakas suurenenud. Tuberkuloosse salpingiidi varajases järgus ei ole munajuhad palpeeritavad, kroonilise vormi korral

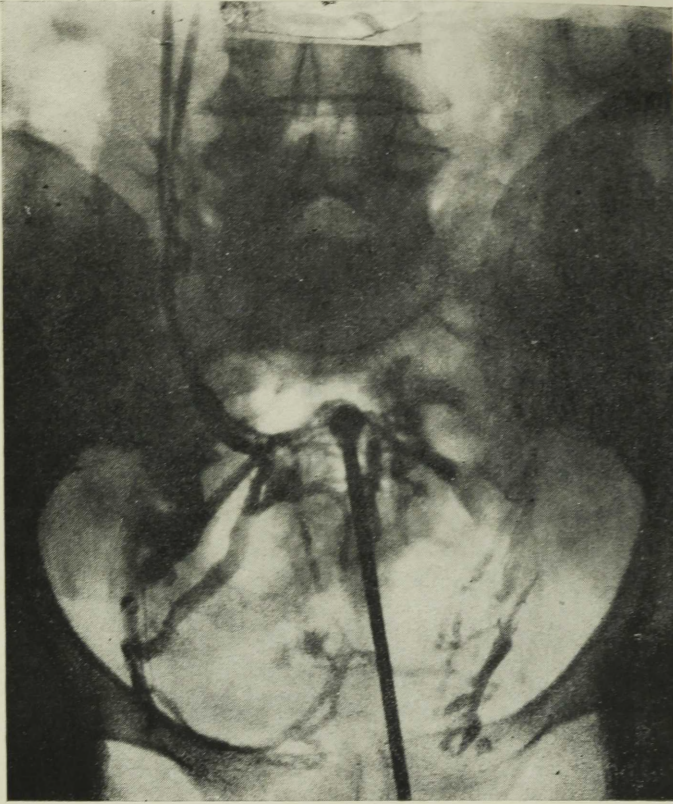
L. Kolesnikova



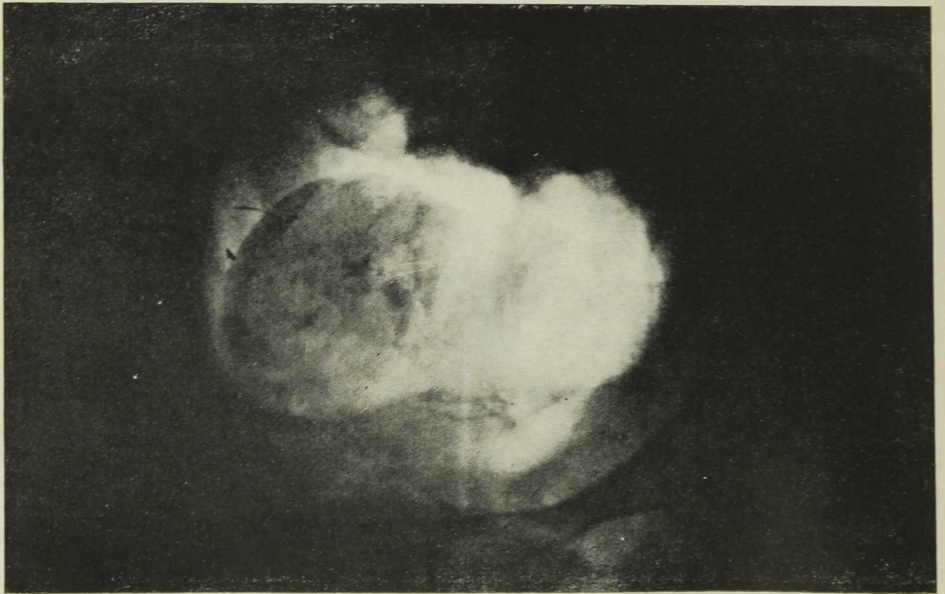
Günekogramm. Parema munasarja tsüstoom (haige P.).



Flebogramm. Parema munasarja tsüstoom (haige P.).

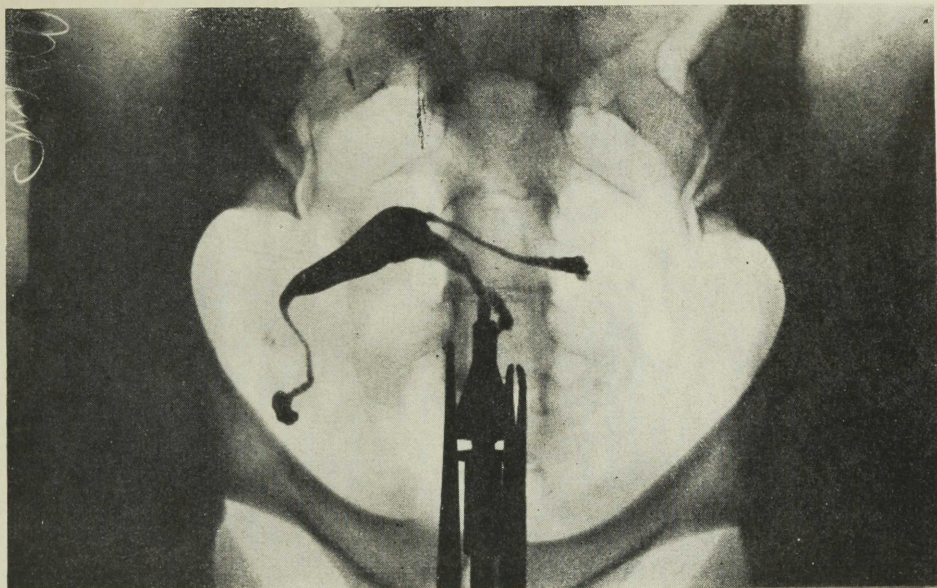


Flebogramm. Subseroosne müoom (haige I.).

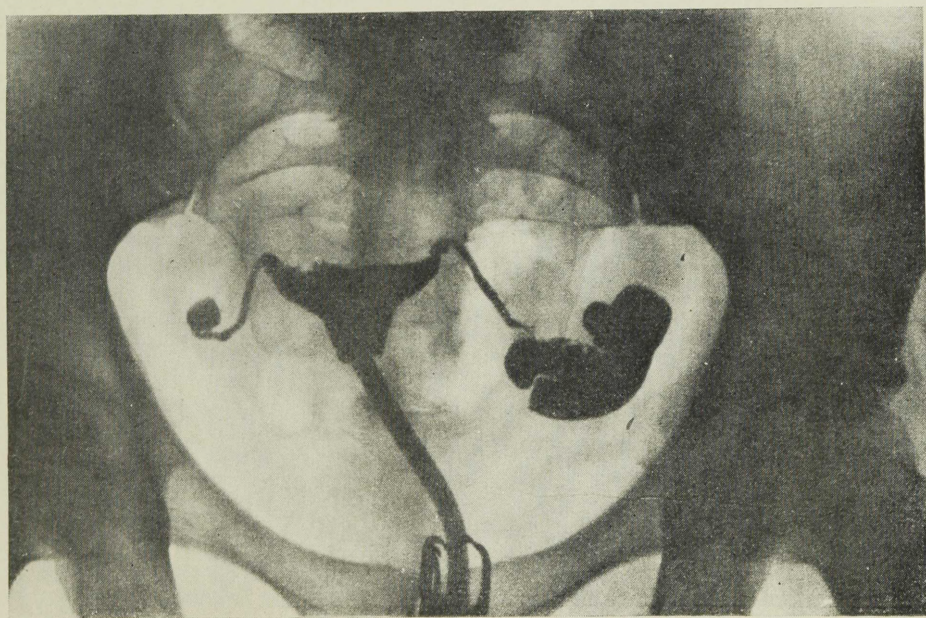


Günekogramm. Subseroosne müoom (haige I.).

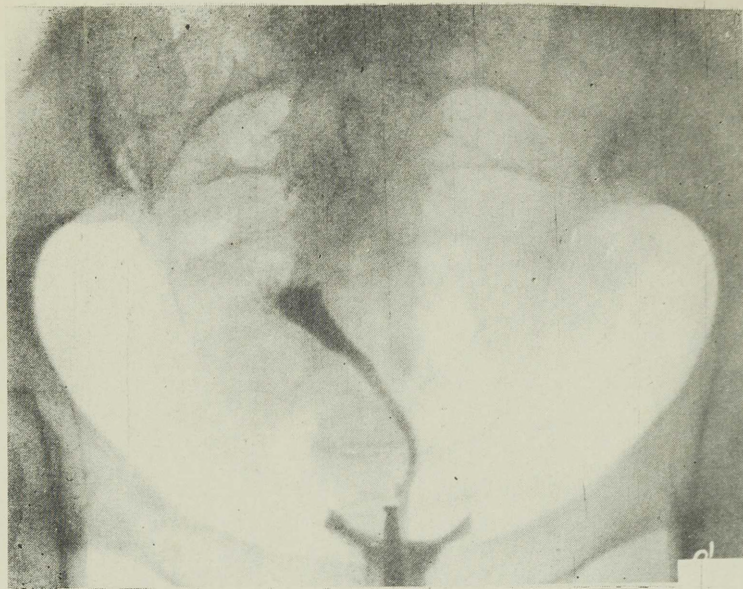
L. Valmet



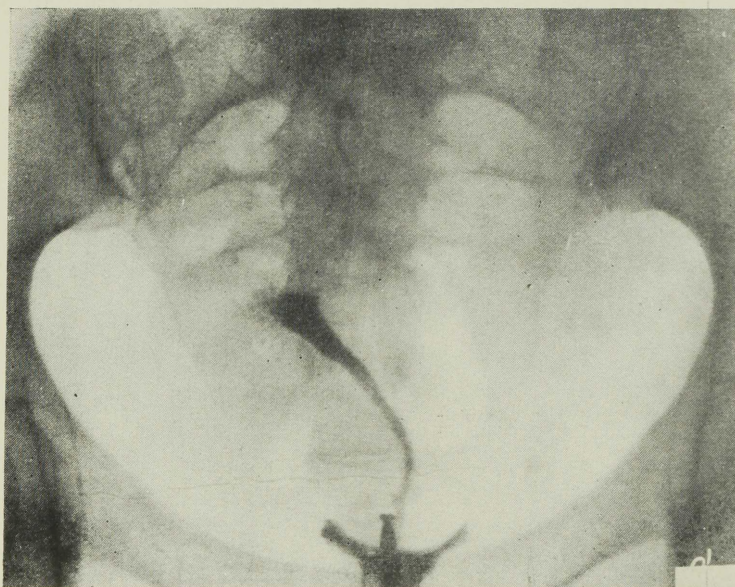
Röntgenogramm 1. 30-aastane patsient E. V. (Tallinna Linna Tuberkuloosidisperseri haiguslugu nr. 136/1971). Anamneesis kopsunäärmete tuberkuloos ja eksudatiivne pleuriit. Menstruatsiooni algus 13. eluaastal, 7 p./28 p., kulgenud valudeta, vere-eritus keskmine. Esineb esmane steriilsus. Günekoloogiliselt: emaka ja emakamanuste piirkonnas haiguslikke muutusi ei täheldatud. Hüsterosalpingogrammil: emakas normaalset suurust, hoidub paremale. Emakapõhi tasane. Munajuhad rigiidsed, kõhtmised munajuhasuudmed sulgunud. Röntgenoloogiline diagnoos: *Salpingitis tuberculosa bilateralis*. Bioloogiline proov menstruaalverest merisigadel tuberkuloosi suhtes positiivne.



Röntgenogramm 2. 31-aastane patsient R. V. (Vabariikliku Tuberkuloosidisperseri haiguslugu nr. 6626/1971). Anamneesis tuberkuloosi ei esine. Menstruatsiooni algus 16-aastaselt, 3—5 p./30—32 p., vere-eritus rohke, valudega. Esmane steriilsus. Günekoloogiliselt: emakas normaalne, parem emakamanus pole palpeeritav, vasak palpatooriselt tihkenenud. Hüsterosalpingogrammil emakapõhi ebatasane. Parema munajuha rigiidne, kõhtmine munajuhasuue piibutaoline. Vasakul saktosalpink. Röntgenoloogiline diagnoos: *Salpingitis tuberculosa bilateralis*. Eemaldatud munajuhade patoloogilis-histoloogilise uuringu vastus: *Salpingitis tuberculosa*.



Röntgenogramm 3. 27-aastane patsient V. S. (Vabariikliku Tuberkuloosidispenseri haiguslugu nr. 6726/1971). Anamneesis tuberkuloosi ei esine. Vend on põdenud batsillaarset kopsutuberkuloosi. Menstruatsiooni algus 13-aastaselt; 2—4 p./28 p. Kaks aastat menstruatsioon puudub. Esmane steriilsus. Gynecoloogiliselt: emakas hüpoplastiline, emakamanused pole palpeeritavad. Hüsterosalpingogrammil emakas kindasõrmetaoline. Esineb kontrastaine invasioon. Munajuhadesse kontrastaine pole pääsenud. Röntgenoloogiline diagnoos: *Endometritis tuberculosa*. Prooviabrasioonil saadud materjali histoloogilise uuringu vastus: *Endometritis tuberculosa*.



Röntgenogramm 4. 39-aastane patsient E. A. (Tallinna Linna Tuberkuloosidispenseri haiguslugu nr. 159/1966). Anamneesis kontakt batsillaarset kopsutuberkuloosi põdeva haigega. Menstruatsiooni algus 12-aastaselt; 3—4 p./25 p., vere-eritus rohke, valudega. Esmane steriilsus. Gynecoloogiliselt: emaka ja adnekside piirkonnas patoloogiat ei esine. Hüsterosalpingogrammil emakapõhi ebatasane, kontrastaine munajuhadesse ei pääse. Röntgenoloogiline diagnoos: *Endometritis tuberculosa*. Menstruaalverest tehtud bioloogiline proov merisigadel tuberkuloosi suhtes positiivne.

võivad esineda eri suurusega ühe- või mõlemapoolsed saktosalpinksid (2, 6, 14, 15, 17, 21). Munasarjatuberkuloosi puhul on need suurenenud, koorkiht skleroseerub ning ainult 30%-l tekivad pinnal sõlmekesed, mistõttu laparoskopiline uurimine ei võimalda haigust alati diagnoosida (2).

Genitaaltuberkuloosi kliinik on mitmekesine, haigus kulgeb enamasti aeglaselt, varjatult. Ägeda algusega tuberkuloosi põdevad haiged toob kiirabi haiglasse ning neid opereeritakse kui iileuse, ägeda apenditsiidi, emakavälise raseduse ja pöördunud tsüstiga haigeid. Kroonilist genitaaltuberkuloosi põdevaist isikuist kannatab menstruatsioonihäirete all $\frac{1}{3} \dots \frac{2}{3}$ (2, 8, 15, 17, 18, 19). E. Aburel ja V. Petrescu täheldasid 1970. aastal 22%-l haigetest esmast amenorröad ja 70...90%-l esmast steriilsust (2). Esmase sigimatuse all kannatanutest on 5...9%-l diagnoositud genitaaltuberkuloosi (2, 6, 8, 10, 16, 18).

K. Poradovski (23) väidab, et genitaaltuberkuloos jääb ka nüüdisajal raskesti diagnoositavaks ning tihti avastatakse see alles siis, kui kudedes on juba destruktiivsed muutused ja ilmnevad tugevad funktsioonihäired. Diagnoosimine valmistab raskusi, kuna puudub iseloomulik kliiniline pilt ja palpatsioonil saadavad andmed on napid. On vajalik täpne anamnees, haiget aga tuleb uurida bakterioloogiliselt, tsütoloogiliselt ja histoloogiliselt ning rakendada hüsterosalpingograafiat ja tuberkuliindiagnostikat (2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 12, 13, 15, 16, 23, 24).

Aastail 1964...1972 on Tallinna Linna Tuberkuloosidispensaris arvele võetud aktiivse genitaaltuberkuloosiga 91 patsienti. Haigete uurimisel püüti välja selgitada varem põetud tuberkuloosi, samuti kokkupuudet tuberkuloositekitajaid eritavate haigetega. Tähelepanu pöörati spontaanse aborti esinemisele, emakavälisele rasedusele, emakamanuste kroonilistele retsidiveeruvatele põletikkudele ning protsessi ägenemisele suguelundites pärast soojusprotseduure (elekter- ja mudaravi). Uuriti perifeerseid lümfisõlmi, vaba vedeliku olemas-

olu kõhuõõnes, kõhuseinte pinget. Bi-manuaalsel palpatsioonil jälgiti emaka suurust, asendit, sidemete seisundit ja muutusi emakamanuste piirkonnas. Arvesse võeti menstruatsiooni hiline algus, menstruatsioonihäired, esmane ja teisene sigimatus ja tuberkuloosne intoksikatsioon.

Genitaaltuberkuloosi diagnoosimisel uuriti menstruaalverd bakterioloogiliselt ja tehti bioloogiline proov, emakakaabet uuriti histoloogiliselt, tehti hüsterosalpingograafia ning kasutati tuberkuliindiagnostikat.

Bakterioloogiline uurimine. Uuriti menstruaalverd, üksikjuhtudel emakakaela sekreeti ja punktaate. Menstruaalvere võtmiseks asetati esimesel või teisel menstruatsioonipäeval emakakaelale paariks tunniks Kafka pessaar. Uurimismaterjal saadeti laboratooriumi külviks Löwenstein-Jenseni söötmel ning ravimiresistentsuse määramiseks. Enamik autoreid (2, 6, 7, 9, 10, 14, 16, 19) arvab, et negatiivsed bakterioloogilised proovid ei eita tuberkuloosi olemasolu. Bakterioloogilisi külve tuleb teha kolme-nelja menstruaaltsükli vältel. Positiivsete proovide vähene arv on seletatav mikroobide vähese eraldumisega ning mikroobi morfoloogia muutusega, mis omakorda on tingitud laialdasest antibakteriaalsest ravist.

T. Borima soovitas (13) materjali kogumiseks vaakumaparaati, mis võimaldab aspireerida ka emaka limaskestast osiseid.

Bioloogiline proov seisneb uuritava materjali süstimises merisigadele. Uurimismaterjal ja materjali võtmise viis on sama mis bakterioloogiliste külvide korral. Bioloogiline proov merisigadel on tundlik: positiivne, kui 1 mm³ uuritavas materjalis on 2 mikroobi. Proov on kasutatav diagnoosimisel ja ravi tulemuse korduval kontrollimisel. Uurimine sel viisil ei ole traumeeriv. Bioloogilise prooviga saame tõestada tuberkuloosset protsessi emakas. Tuberkuloositekitajaid tuleb munajuhadest emakasse harva, salpingo-ooforiitide puhul aga on emakapoolne munajuhasuue sageli sulgunud.

Histoloogiline uurimine. Histoloogiliselt uuritakse emakakaabet ja operatsioonil eemaldatud elundeid. Kui prooviabrasioon on vastunäidustatud, siis võib emaka limaskestast uurida tsütoloogiliselt (16). Brauni süstlaga aspireeritakse emakaseinalt viiest-kuuest kohast materjali, mida uuritakse tuberkuloossete elementide suhtes (epitelioidsed ja Langhansi hiidrakud).

Hüsterosalpingograafiline uurimine. Sel teel leitakse sigimatutel latentselt kulgevat genitaaltuberkuloosi. Protsess võib olla vaibunud ning bioloogiline proov merisigadel seetõttu negatiivne. Me kasutasime hüsterosalpingograafiat laialdaselt. Hüsterosalpingogrammide hindamisel võtsime aluseks W. Magnussoni (9), J. Maršaleki ja L. Ženišeki (20), A. Netteri ja R. Musseti (11) ja M. Abramova (12) tööd. J. Poland tõestas 1965. aastal, et 21% -l genitaaltuberkuloosi põdevatest haigetest on munajuhad kontrastainele läbitavad. Haiguse algul hüsterosalpingogrammil muutusi ei ilmne, hiljem muutuvad munajuhad rigiidseks, tekivad striktuurid, kontrastaine täidab munajuha segmentidena. Ka kitsenditega saktosalpinksid viitavad protsessi tuberkuloosile etioloogiale (9, 11, 12, 18, 20, 22). Tuberkuloosse endometriidi puhul tekivad emakapõhjas reljeefi muutused, hiljem emakas deformeerub, areneb osaline või täielik obliteratsioon. Ka kaltsifitseerunud lümfisõlmed väikeses vaagnas viitavad genitaaltuberkuloosile (vt. tahvlid XV ja XVI, röntgenogrammid 1, 2, 3 ja 4).

Tuberkuliindiagnostikat kui genitaaltuberkuloosi uurimise meetodit kasutatakse emakamanuste põletike diferentsiaaldiagnoosimiseks (17). Suur tähtsus on koldereaktsioonil. Kui põletikuline moodustis kolmekuulise antibakteriaalse ravi järel ei ole vähenenud, siis tuleb mõelda proovilaparotoomiale.

Analüüsisime 91 genitaaltuberkuloosi juhtu. 20...29 a. vanuseid patsiente oli 34; 30...39 a. vanuseid 45; 40...49 a. vanuseid kümme, üle 50 aasta kaks. Analüüsist nähtub, et 79 haiget (87%) oli vanuserühmast 20...39 aastat, olles seega suguelu aktiivses perioodis.

Muude elundite tuberkuloos oli 48 haigel (52,7% -l), mis lokaliseerus järgmiselt:

aktiivne kopsutuberkuloos	26
eksudatiivne pleuriit	4
tuberkuloosne peritoniit	12
perifeersetes lümfisõlmedes tuberkuloos	3
silmatuberkuloos	1
neerutuberkuloos	1
pärasoole tuberkuloos	1

Batsillaarset haigusvormi põdeva haigega oli kontaktis olnud 11 patsienti. Menstruatsioonihäireid oli 91 haigest 50-l: neist esmane amenorröa kahel, teisene 14-l, oligomenorröa 11, algodüsmeenorröa 12 ja atsükliline verejooks 11 haigel. Sünnitus oli normaalne 12 haigel. Esmane sigimatus oli 70-l, teisene 9 haigel, neist neljal oli artefitsiaalne abort, spontaanne abort kahel ja emakaväline rasedus kolmel naisel.

Genitaaltuberkuloosi diagnoos kinnitus bioloogilise prooviga 47 haigel (neist kuuel oli ka bakteriaalne külv positiivne), histoloogilise uurimisega operatsioonimaterjalist (eemaldatud munajuhad) 21-l, emakakaapest 17-l ja proovitükist, mis oli võetud emakakaest, kolmel haigel. Üksnes hüsterosalpingograafilise uurimise alusel tõestus protsess kolmel haigel. Tuberkuloosile iseloomulikke muutusi leiti kokku 48 haige hüsterosalpingogrammidel.

Genitaaltuberkuloos jaotus kliiniliste vormide järgi järgmiselt: tuberkuloosne salpingiit 21, tuberkuloosne endometriit 26, tuberkuloosne endometriit ja salpingiit 38, tuberkuloosne parametriit ja salpingo-ooforiit 3 ning tuberkuloosne endometriit ja salpingiit ning tservitsiit 3 haigel.

Teiste elundite tuberkuloosi oli meie andmeil põdenud 52,7%, T. Borima andmeil 51% (13). Menstruatsioonihäireid oli meie uuritud haigeil 55% ja T. Borima andmeil (13) 70,8%. Esmane ja teisene steriilsus tehti meil kindlaks 87,1% -l, T. Borima järgi 81,4% -l haigetest. Positiivsete bakterioloogiliste külvide arv on enamiku autorite andmeil väike (2, 6, 10, 16, 18). Meie uurituist olid bakteriaalsed külvid positiiv-

sed kuuel, E. Abureli (2) andmeil 3%, F. Kardose (6) järgi 1968. aastal 6,5%. Positiivne bakterioloogiliste külvide arv on suur (26,5%) K. Poradovski ja kaas-töötajate andmeil (23).

Me oleme häid tulemusi saanud bio- loogilise prooviga.

Merisigadel tehtud bioloogiline proov tuberkuloosi suhtes oli 91 naisest 47-l positiivne. Kodumaa kirjanduses on vähe andmeid bioloogilise proovi laial- dase kasutamise kohta. Me peame seda tõhusaks uurimismeetodiks genitaal- tuberkuloosi varajasel diagnoosimisel.

Genitaaltuberkuloos ei ole diagnoosi- tav palpatsioonandmete alusel, küll aga paljude diagnoosimismeetodite kooska- sutamisel. Haigus on üks esmase sigi- matuse põhjusi. Noori naisi, kes põevad ükskõik millise lokalisatsiooniga aktiiv- set tuberkuloosi või kellel on amenor- röa tüüpi menstruatsioonihäireid, peab uuritama ka genitaaltuberkuloosi suht- es. Protsessi õigeaegne avastamine oleneb günekoloogide ja ftisiaatrite ti- hedast koostööst.

KIRJANDUS: 1. Aburel, E., Pet- rescu, V. D., Condrea, H. Zbl. Gynäkol., 1959, 37, 1466—1479. — 2. Aburel, E., Pet- rescu, V. D. La tuberculose genitale de la femme. Bukarest—Paris, 1970. — 3. Breun- ing, M., Kreibich, H., Schunck, T., Vogelsang, A. Zbl. Gynäkol., 1967, 89, 38, 1398—1402. — 4. Dellepiane, G. Minerva ginecol., 1965, 17, 4, 202—206. — 5. Jed-

berg, H. A Study on Genital Tuberculosis in Women. London, 1950. — 6. Kardos, F. Zbl. Gynäkol., 1970, 92, 29, 933—937. — 7. Ko- vács, T., Gvaller, I. Zbl. Gynäkol., 1958, 26, 1000—1046. — 8. Kreibich, H. Über die Tuberkulose Erkrankung des weiblichen Ge- nitale. Jena, 1958. — 9. Magnusson, W. Acta radiol., 1945, 26, 265—278. — 10. Pet- rescu, V., Condrea, H. Zbl. Gynäkol., 1959, 45, 1791—1801. — 11. Netter, A., Mus- set, R., Meylan, J., Salome, V. Rev. Franc. Gynec. Obstet., 1965, 60, 1, 29—55. — 12. Абрамова М. М. Atlas гистеросальпи- графии. М., 1963. — 13. Борима Т. В. Акуш. и гинек., 1972, 6, 59—62. — 14. Гилязутин- нова З. Ш. Туберкулез женской половой сфе- ры. Казань, 1970. — 15. Грязнова И. М. Рентгенопельвеография, флебография и эндоско- пия в гинекологии. М., 1965. — 16. Ермина М. С. Туберкулез женских половых органов. М., 1964. — 17. Ермина М. С., Колачев- ская Е. Н. Генитальный туберкулез у жен- щин. М., 1968. — 18. Ермаковская Н. П. Туберкулез женских половых органов и его лечение. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Куй- бышев, 1965. — 19. Малыхина Р. И. Диаг- ностика туберкулеза половых органов женщин. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Харьков, 1959. — 20. Маршалек Я., Женишек Л. Рент- гендиагностика заболеваний женской половой сферы. Прага, 1963. — 21. Осовская А. М. Современная диагностика генитального тубер- кулеза. Минск, 1971. — 22. Покровский В. А. Генитальный туберкулез. Воронеж, 1947. — 23. Порадовски К., Седляк М., По- ледник Ц., Горак Ц. Акуш. и гинек., 1966, 12, 22—26. — 24. Шахмурадян Г. С. Не- которые вопросы диагностики функционального состояния яичников при туберкулезе женских половых органов. Ростов, 1966.

Tallinna Linna Tuberkuloosidispanser

EMAKAKAELAVÄHK JA RASEDUS

VIRVE ERILAS
ENN JÖESTE

Tallinn

UDK 618.146-006.6:618.2/3

Emakakaelavähk raseduse ajal on raske haigus. Rasedust ja emakakaela- vähki esineb ühel ja samal ajal suhte- liselt harva, keskmiselt 0,008... 0,5%-l juhtudest (1, 6). Emakakaelavähki on kõige sagedamini diagnoositud 50... 60 aasta vanustel naistel, kuid rasedu-

sega kaasneb see märksa nooremas eas, alla 40 aasta.

Emakakaelavähki koos rasedusega võib diagnoosida raseduse ajal või mõni kuu pärast sünnitust või aborti. Hiljem avastatu on sama prognoosiga kui see emakakaelavähk, mis rasedu-

sega ei kaasne. Rasedus ja emakakaelavähk, s. t. füsioloogilise ja patoloogilise protsessi koosesinemine, võivad areneda kahel viisil: vähk areneb emakakaelal raseduse ajal või naine jääb rasedaks pärast vähi haigestumist (6, 7).

Arvatakse, et neist, kellel on emakakaelavähk, rasedust vaid 1...3%, sest vähk pidurdab munaraku viljastumist, implantatsiooni ja raseduse normaalset kulgu isegi varajases staadiumis (1).

Siiani on vaieldav, kas rasedus soodustab või pidurdab emakakaelavähi kasvu. Rohkem levinud seisukoha järgi peetakse iseloomulikumaks rasedusega koosesineva emakakaelavähi kulu halvenemist (1, 7). Sageli on siin leitud prognostiliselt pahaloolumisema, anaplaaserunud vähi vorme. See vihjab rasedusele kui kasvaja kulgu soodustavale seisundile. Rasedusega kaasnev rohkenenud veresoontevõrgustik ja hüperemia kiirendavad vähi kasvu, suurendavad kasvaja generaliseerumise võimalust. Arvatakse, et iga hilinenud ravikuu vähendab ellujäämise tõenäosust 15% (1). Osa teadlasi aga arvab, et rasedus, vastupidi, vähi kasvu pidurdab, mida seletatakse rasedusaegse neurohormonaalse regulatsiooni iseärasustega (1, 3).

Sünnitusjärgse perioodi kohta on ühtlasem seisukoht: laktatsioon soodustab vähi kasvu, mistõttu rinnaga toitmine tuleb lõpetada (1, 3, 5, 6, 7).

Emakakaelavähi kasvu kiirus ja generaliseerumise aste raseduse ajal ning laktatsiooniperioodil sõltuvad väga paljudest teguritest, millest tähtsamaks peetakse organismi kaitsevõimet (7).

Emakakaelavähi mõju raseduse kulule ja lõppele võib olla mitmesugune: põhjustada aborti või enneaegset sünnitust, sünnituse tüsistusena verejooksu, vähist kahjustatud emaka rütuuri, sünnitusjärgset sepsist, peritoniiti, tromboembooliat (1).

Sümptomatoloogia ja diagnoosimine. 15,9...23,6%-l haigeist kaebusi ei ole (4, 6, 7). Emakakaelavähi korral ilmuvad valgevoolus, verejooks ja valud. Need mittespetsiifilised haiguse tunnused viitavad juba kaugelarenenud

vähile. Emakakaelavähi ravi ning raseduse ja sünnituse juhtimine olenevad haiguse staadiumist.

Arvestades sümptomide puudumist haiguse algul, tuleb vähi õigel ajal avastamiseks korraldada massilisi profülaktilisi läbivaatusi, kus naised uuritaks kolposkoopiliselt ja tsütoloogiliselt. Kui on avastatud emakakaelerosioon, mille puhul kolposkoopiliselt, tsütoloogiliselt või kliiniliselt oletatakse pahaloolumulist protsessi, siis on kohustuslik teha biopsia. Biopsia ei ole raseduse ajal vastunäidustatud, küll aga üks kindlaimaid diferentsiaaldiagnostilisi abimeetodeid emakakaelavähi avastamisel (1, 4, 7).

Rasedusega seoses olevad healoomulised patoloogilised protsessid ja varajased vähivormid emakakaelal on äärmiselt sarnased, mistõttu emakavähi hilisdiagnooside arv nendel juhtudel on suur (4).

Raseduse ajal esineb ülekaalukalt (67,4%) eksofüütse kasvuga vähivorm (4). Kuid rasedusega kaasnevad ka healoomulised eksofüütse kasvuga pseudotumoroossed moodustised: papillaarsed erosioonid (endotservikoosid), polüübid, adenomatoidsed detsiduaalkoe vohandid (detsiduoomid). Esimestel raseduskuudel leitakse raseda kolposkoopiliselt uurimisel epiteelialuse veresoontevõrgustiku ja sidekoevälisakeste kiirendatud kasvu tõttu järgmisi muutusi: veresoone asetsevad peente lühikeste lüngadena, sidekoevälisakesed on kõrgenenud, andes papillaarse reljeefi. Viimane raseduse keskel küll kaob, kuid veresoonte muutused progresseeruvad pidevalt: suurenevad veresoonte hulk ja läbimõõt. Raseduse teisel poolel tekivad epiteelialused veresoonte kogumikud, andes marmorja joonise (4).

Kui kolposkopeerimisel leitakse leukoplaakiat, leukoplaakia alust, sügavat mosaiiki, atüüpilisi veresoonte muutusi (korgitsakujulised veresoone), klaasjat punakat või kahvatuuroosat, mõnikord haavandunud tumorooset kude, tuleb oletada maligniseerumist. Vähile on iseloomulik kollaka põhjaga, terava valli-

kujulise piirjoonega, nekrootilise pin- naga erosioon, mille perifeerias leidub atüüpilist epiteeli (2).

Preinvasiivset või algavat invasiivset vähki võib kolposkoopilise läbivaatuse põhjal vaid oletada, lõpliku vastuse annab aga proovitüki patohistoloogiline uurimine.

Suuremad muutused toimuvad rase- duse puhul emakakaela histoloogilises ehituses. Siin võib leida hüperplastilisi protsesse näärme- ja kihistunud lame- epiteelis, nagu neoplastilisi, tugeva sek- retsiooniga näärmete teket, reservrak- kude tunduvat hüperplaasiat, madalalt diferentseerunud epiteliaalsete rakkude ladestusi, silinderepiteeli metaplasteeri- mist kihistunud lame-epiteeliks (ero- siooni epidermisatsiooni). Raseduse tei- sel poolel võib leida atüüpilise epiteeli koldeid, eriti kahe eri tüüpi epiteeli kokkupuute piirkonnas emakakaela vä- lissuudmel: mitmekihilise lame-epiteeli basaalsel hüperplaasiat, vertikaalse kihistuse puudumist, ühetaoliste või atüüpiliste hüperkroomsete tuumadega rakkude ilmumist, millega kaasneb kõr- genenud mitootiline aktiivsus. Niisu- gune epiteeli düsplaasia raseduse ajal ei erine tegelikult intraepiteliaalsest vähist (8).

Kirjeldatud struktuurid enamikul juhtudel pärast sünnitust kaovad, kuid sellist hormonaalsetest nihetest tingitud düsplaasiat rasedail intraepiteliaalsest emakakaelavähist kindlalt eristada on raske isegi kogenud patomorfoloogi- del (4). Õiget diagnoosi aitavad siin määrata korduvad kompleksed uuri- mised, nagu kolposkoopiline, tsütoloogi- line ja patohistoloogiline, ning haige pidev kliiniline jälgimine.

Raseduse juhtimine ja ravi. Emaka- kaelavähi ravis peab arvestama haiguse staadiumi, raseda üldseisundit, raseduse säilitamise võimalust, loote eluvõime- lisust ja naise soovi saada elusat last. Emakakaelavähi ravi üldpõhimõtted kehtivad ka raseduse korral.

Raseduse algul tuleb emakakaelavähi korral teha emaka laiendatud ekstir- patsioon Wertheimi järgi, millele järg- negu kiiritusravi. Võib alustada ka vii-

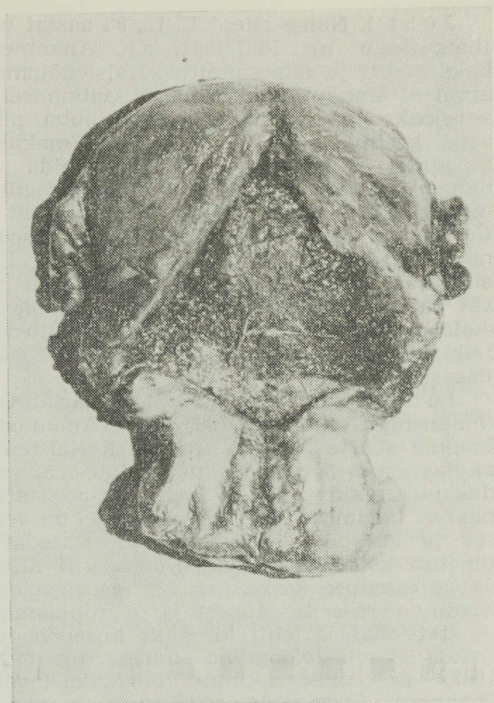


Foto. Operatsioonipreparaat: ekso- ja endo- fütse kasvuga emakakaelavähk 37. rasedus- nädalal.

mati mainituga, kusjuures tavaliselt pärast esimest raviseansi toimub ise- eneslik abort, mille järel ravi jätkub (7). Kui loode on eluvõimeline, tehakse keisrilõige, samal ajal ka emaka laiendatud ekstirpatsioon Wertheimi järgi, mida hiljem täiendagu väline kiiritamine. Paralleelselt määratagu hormoon- ravi androgeenidega. Inoperaabli vähi korral tehakse eluvõimelise loote välju- tamiseks keisrilõige ning haigele määrat- takse sümptomaatiline ravi (6, 7).

Kui hilistulemuste järgi otsustada, ei ole rasedusaegse emakakaelavähi ravi eriti mõjus. Tulemused on paremad siis, kui kasvaja avastatakse raseduse ajal ja radikaalne ravi toimub koos rase- duse katkestamisega. Kui emakakaela- vähki diagnoositakse neli kuud või enam pärast sünnitust või aborti, siis halvene- vad ravi tulemused 2 korda (3, 6, 7).

Tallinna sünnitusmajades on 11 aasta jooksul esinenud neli emakakaelavähi juhtu rasedail.

Juht 1. Naispatsient E. L., 33 aastat vana (haiguslugu nr. 1687/1961. a.). Anamneesis kaks aborti ja üks sünnitus. Naistenõuandlas arvel ei olnud. Sünnitusmajja saabumisel oli verejooks tupest. Haige kaebas juba pikka aega kestnud valusid alakõhus. Emakakael mügarik, infiltreeritud, veritsev, mida võis näha peeglitega vaadeldes. Patohistoloogiliselt ei uuritud. Diagnoos: *Graviditas in hebd.* 33. *Carcinoma colli uteri in st. II.* 35. rasedusnädalal tehti korporaalne keisrilõige. Laps elus, kaal 2050 g, pikkus 47 cm. Viieandal päeval pärast operatsiooni viidi patsient üle radioloogiasakonda, kus määrati kiiritusravi. Laktatsioon lõpetati. Haige suri vähki aasta pärast sünnitust.

Juht 2. Naispatsient N. Š., 38 aastat vana (haiguslugu nr. 1696/1963. a.). Anamneesis kümme aborti ja kolm sünnitust. Naistenõuandlas arvel 3. raseduskuust alates. 5. raseduskuul tekkis tupest vere-eritus, statsioonarsel uurimisel leiti, et emakakael on veritsev ja kusepõis deformeerunud. Rasedat ei uuritud kolposkoopiliselt. Diagnoositi ähvardavat raseduse katkemist. 38. rasedusnädalal korduv vere-eritus tupest ja uriinipidamatus — statsioonaris tehti kindlaks kusepõie-tupe fistul. Patohistoloogiline uuring nr. 59926/1963. a.: lamedarakuline emakakaelavähk. Diagnoos: *Carcinoma colli uteri in st. IV.* *Graviditas in hebd.* 38. Korporaalne keisrilõige tehti 39. rasedusnädalal. Laps elus, kaal 3100 g, pikkus 50 cm. Ravi oli sümptomaatiline. Haige suri vähki kaks ja pool kuud pärast sünnitust.

Juht 3. Naispatsient R. K., 30 aastat vana (haiguslugu nr. 10804/1970. a.). Anamneesis kolm aborti ja kaks sünnitust. Viis aastat valgevoolus ja ravimata emakakaelaerosioon. Naistenõuandlas arvel ei olnud. 5. raseduskuul hospitaliseeriti vere-erituse tõttu tupest. Emakakaela kude laialdaselt veritsev. Diagnoos: *Graviditas in hebd.* 20. *Carcinoma colli uteri in st. II.* *Anaemia secundaria.* Haiget kolposkoopiliselt ega tsütoloogiliselt ei uuritud.

Patohistoloogiline uuring nr. 53667/1970. a.: kihistunud lame-epiteeli aktiivne atüüpiline proliferatsioon, mis sarnaneb maligniseerumisega, kuid silmas pidades rasedust võib tegemist olla viimasest tingitud atüüpilise hüperplaasiaga. Haige jäeti järelevalve alla. Kuueandal raseduskuul tehti verejooksu tõttu korporaalne väike keisrilõige. Laktatsioon lõpetati. Tehti ka korduv emakakaela biopsia (patohistoloogiline uuring nr. 54942/1970. a.): *Carcinoma planocellulare typus nonconrescens.* Pärast seda määrati kiiritusravi, mille järel tuumor emakakaelalt taandarenes. 2 aastat pärast ravi vähk IV staadiumis, patsient elus.

Juht 4. Naispatsient M. A., 25 aastat vana (haiguslugu nr. 526/1279/1972. a.). Anamneesis üks abort, valgevoolus, mis oli väldanud kolm aastat, ja ravimata emakakaelaerosioon. Kontaktverejooksud olid esinenud üks aasta. Naistenõuandlas arvel ei olnud. Saabus sünnitus-

majja 35. rasedusnädalal verejooksu tõttu tupest. Emakakaelal ja tupe ülemises kolmandikus laialdane, kahvatu, veritsev eksofüütne kude. Kolposkoopiliselt: vähk. Tsütoloogiliselt: Papanicolaou IV—V (patohistoloogiline uuring nr. 64235/1972. a.): *Carcinoma epidermoides typus cornescens gr. levis.* Diagnoos: *Graviditas in hebd.* 35. *Carcinoma colli uteri in st. II.* 37. rasedusnädalal tehti korporaalne keisrilõige samal ajal emaka laiendatud ekstirpatsiooniga Wertheimi järgi (vt. foto). Laps elus, kaal 2900 g, pikkus 48 cm. Patohistoloogiliselt (nr. 1747—58/1972. a.) leiti väikese vaagna lümfisõlmede metastaasid (vt. tahvel XVII, mikrofoto). Laktatsioon lõpetati. 12. operatsioonijärgsel päeval alustati kiiritusravi, samal ajal manustati androgeene. Patsient suri 11 kuu pärast vähki.

Kokkuvõte. Haigusjuhtude analüüsist selgub, et emakakaelavähi avastamine rasedail hilineb, mistõttu prognoos on halb. Emakakaela vähieelseid seisundeid on vaja avastada ja ravida enne rasedust, kasutades kolposkoopiat ning tupe limaskestast tsütoloogilist uurimist. Rasedaid, kellel on diagnoositud emakakaelaerosiooni, peab kolposkoopiliselt ja tsütoloogiliselt uurima korduvalt. Vähi algvormide eristamiseks healoomulistest haiguslikest emakakaela muutustest raseduse ajal on vajalikud korduvad kolposkoopilised, tsütoloogilised ning histoloogilised uurimised.

Opereeritava emakakaelavähi korral tuleb emakas ekstirpeerida Wertheimi järgi koos järgneva kiiritus- ja androgeenraviga. Laktatsioon lõpetatakse.

KIRJANDUS: 1. Gaal, M., Laszlo, J. *Gynecologic Pathology.* Budapest, 1969, 268—270. — 2. Александреску Д., Василе Л., Филон П., Илиеску Л. *Атлас кольпоскопии.* Бухарест, 1963, 150—195. — 3. Гиллерсон А. Б., Басин Б. Л., Шардыко Т. Н. В кн.: *Тр. Омского мед. ин-та.* 1969, 92, 268—275. — 4. Дидяева М. В. *К диагностике рака шейки матки у беременных.* Автореф. дисс. канд. мед. наук. Алма-Ата, 1970. — 5. Скарбалланович Н. Л. В кн.: *Уч. зап. Ставропольского мед. ин-та.* 1963, 12, 274—275. — 6. Шардыко Т. Н. В кн.: *Тр. Омского мед. ин-та.* 1969, 92, 276—288. — 7. Шардыко Т. Н. *Рак шейки матки и беременность.* Автореф. дисс. канд. мед. наук. Омск, 1971. — 8. Яковлева И. Я. *Очерки патоморфологии шейки матки.* Кишинев, 1969, 52—66.

Tallinna Pelgulinna Haigla Sünnitusmaja
Tallinna Tõnismäe Haigla

BAKTERIUURIA RASEDATEL JA BAKTERIAALNE AGLUTINATSIOONIREAKTSIOON

MAIMU LAIDNA
EUGEN ALLIK

Tartu

UDK 616-056.27-093

Kuseteede infektsioon on rasedate haigestumise sagedamaid põhjusi.

Kui varem pöörati tähelepanu ja raviti ainult ägedat kuseteede infektsiooni põdevaid haigeid, kellel haigus kulges kehatemperatuuri kõrgenemise, püuuria ja bakteriuuriaga (*Pyelonephritis gravidarum*), siis tänapäeval on hakatud diagnoosima ja rasedail ravima ka kehatemperatuuri tõusuta ja kliiniliste sümptomideta haigust. Eesmärk on vältida ägeda haigusprotsessi teket ning pidurdada kroonilise püelonefriidi arengut või ägenemist (4, 8, 10).

Sageli on kuseteede infektsiooni ainsaks tunnuseks bakteriuuria, mis võib kulgeda sümptomideta ning seetõttu diagnoosimata jääda. Rasedate ravi alustatakse tavaliselt alles sümptomide ilmumisel. Bakteriuuria on kuseteede infektsiooni tunnuseks, kui 1 ml uriini sisaldab vähemalt 100 000 mikroobirakku (4). Kui mikroobide kontsentratsioon uriinis on väiksem, tekib kontaminatsiooni kahtlus ja infektsiooni olemasolu ei ole tõestatud.

Sümptomideta kulgev bakteriuuria on kindlaks tehtud 4...10%-l rasedaist (2, 4, 8), mille ravimata jätmisel on raseduse ajal arenenud äge püelonefriit 40%-l (4). Kas bakteriuuria läheb üle püelonefriidiks või mitte, sõltub organismi resistentsusest ja ravist.

Bakteriuuria võib olla nii ülemiste kui ka alumiste kuseteede infitseerituse sümptom (1, 7, 8, 9), kuid viimastel aastatel on bakteriuuriat loomkatsete alusel peetud rohkem neeru- kui põiehaiguseks.

Kõige sagedamad bakteriuuria põhjustajad rasedatel on graamnegatiivsed mikroobid, kusjuures *Escherichia coli* on kindlaks tehtud 50...80%-l juhtudest (4).

Haigusetekitaja põhjustab organismis

antikehade moodustumist ja võimaldab määrata aglutiniinide tiitrit haige vereseerumis nende mikroobide suhtes, mis on uriinist välja külvatud (11). Mitmed autorid (1, 5) arvavad, et antikehade uurimine võimaldab diferentsida, kas on tegemist alumiste kuseteede infitseerituse või bakterite invasiooniga neeru. Alumiste kuseteede infektsiooni puhul antikehade tiiter vereseerumis ei tõuse (9). Kui vereseerumi antikehade tiiter oli 1:320 või kõrgem, hindasid W. Brumfitt ja A. Percival (7) seda kui neerukoe ajutise kahjustuse tunnust kuseteede infektsiooni ägenemisel. Antikehade tiitri tõusu vereseerumis kroonilise püelonefriidi puhul kindlaks teha ei saadud (1). Seerumiantikehade tiitrit 1:160 ja madalamat hinnati normis olevaks, kui haigel oli sümptomideta kulgev bakteriuuria ja alumiste kuseteede infektsioon (1). P. Edwards ja W. Ewing (3) on esitanud otsese bakteriaalse aglutinatsioonireaktsiooni hindamise lihtsa meetodi.

Töö ülesanne.

1. Uurida rasedaid bakteriuuria avastamiseks, määrata selle tekke aeg ja tekitaja liik.

2. Bakteriuuriaga rasedatel kindlaks teha seerumiaglutiniinide tiiter nende uriinist väljakülvatud mikroobide suhtes.

3. Võrrelda seerumiaglutiniinide tiitrit sümptomidega ja sümptomideta kulgeva bakteriuuria juhtudel, sest tiiter 1:320 ja kõrgem esineb kirjanduse andmetel ülemiste kuseteede infektsiooni ägenemisel, millele sageli on eelnenud sümptomideta kulgev bakteriuuria.

Metoodika. Töös jälgiti 60 rasedat, kellest 15-l oli sümptomidega ja 45-l sümptomideta kulgev bakteriuuria.

Andmed rasedate kohta, kellel oli diagnoositud sümptoomideta kulgenud bakteriuria

Jrk. nr.	Pat-sient	Rasedus	Tekitaja	Aglutiniinide tiiter vereseerumis	Rasedusnädal bakteriuria avastamisel
1.	A. E.	I	<i>E. coli</i> (ja <i>Streptococcus anhaemolyticus</i>)	1:3200	26
2.	B. T.	I	<i>Alcaligenes faecalis</i>	1:160	26
3.	F. V.	IV	<i>Alcaligenes faecalis</i>	neg.	27
4.	G. K.	IV	<i>E. coli</i>	1:80	26
5.	K. V.	II	Graamnegatiivne mittehemolüütiline bakter	1:320	24
6.	K. T.	I	<i>Staphylococcus aureus</i> (ja graampositiivne hemolüütiline diplokokk)	neg.	34
7.	K. G.	III	<i>E. coli</i>	1:200	16
8.	K. E.	II	<i>E. coli</i>	1:640	34
9.	K. E.	III	<i>E. coli</i>	1:2560	30 ... 31
10.	K. T.	III	<i>E. coli</i>	1:400	27
11.	K. M.	II	<i>E. coli</i>	1:200	15
12.	L. H.	I	Graamnegatiivne mittehemolüütiline bakter	1:640	25
13.	M. J.	II	<i>Micrococcus candidus</i>	1:3200	38
14.	L. J.	IV	<i>E. coli</i>	1:640	36
15.	R. M.	I	<i>E. coli</i>	neg.	39
16.	P. S.	II	<i>E. coli</i>	1:320	36
17.	R. T.	III	<i>E. coli</i>	1:80	30
18.	R. G.	II	<i>E. coli</i>	1:320	9
19.	S. M.	IV	<i>E. coli</i>	1:80	30
20.	S. K.	I	<i>E. coli</i>	1:3200	28
21.	T. A.	I	<i>E. coli</i>	1:640	24
22.	T. V.	II	<i>E. coli</i>	1:200	35
23.	T. N.	I	<i>Alcaligenes faecalis</i>	1:1600	20
24.	M. E.	I	<i>E. coli</i>	1:1280	28
25.	V. L.	I	<i>E. coli</i>	1:400	36
26.	L. E.	I	<i>E. coli</i>	1:32	38
27.	H. J.	I	<i>E. coli</i>	1:40	19
28.	L. R.	IV	<i>E. coli</i>	1:640	18
29.	S. P.	III	<i>Staphylococcus aureus</i> (ja <i>Streptococcus faecalis</i>)	1:160	
				1:10240	40
30.	P. M.	II	<i>E. coli</i> (ja <i>Staphylococcus epidermidis</i>)	1:40	40
31.	I. M.	I	<i>E. coli</i>	1:160	35
32.	T. E.	VI	<i>E. coli</i>	1:800	27
33.	T. T.	I	<i>E. coli</i>	1:320	40
34.	F. T.	VII	<i>Alcaligenes faecalis</i>	1:80	32
35.	K. A.	IV	<i>Alcaligenes faecalis</i>	1:160	24
36.	L. E.	IV	<i>E. coli</i>	1:1280	16
37.	N. V.	VI	<i>E. coli</i>	1:3200	22
38.	T. E.	I	<i>E. coli</i>	1:160	26
39.	U. H.	I	<i>E. coli</i>	1:80	29 ... 30
40.	U. E.	V	<i>E. coli</i>	1:160	28
41.	V. A.	II	<i>E. coli</i>	neg.	13
42.	N. M.	I	<i>E. coli</i>	1:1280	20
43.	H. S.	I	<i>E. coli</i>	1:2560	32
44.	P. O.	III	<i>E. coli</i>	neg.	37
45.	T. N.	I	<i>E. coli</i>	1:160	38

Bakteriuria väljaselgitamiseks kasutati Griessi testi modifikatsiooni — kiirtesti bakteriuria ja proteiuria diagnoosimiseks (2, 6, 12). Nendel rasedatel uuriti kateetriuriini bakterioloogiliselt, määrati antibiogramm ning

aglutiniinide tiiter vereseerumis Edwardsi ja Ewingi meetodil. Enne uurimist antibakteriaalseid ravimeid ei antud. Pärast uurimist raviti rasedaid vastavalt antibiogrammidele, arvestades, et raseduse korral on mõned antibiooti-

Andmed rasedate kohta, kellel oli diagnoositud sümptomidega kulgenud bakteriuria

Jrk. nr.	Pat-sient	Rasedus	Tekitaja	Aglutiniinide tiiter vereseerumis	Rasedusnädal bakteriuria avastamisel
1.	A. L.	II	<i>E. coli</i>	1:320	18
2.	H. H.	V	<i>E. coli</i>	1:1280	24
3.	L. S.	I	<i>E. coli</i>	1:2560	35...36
4.	M. M.	I	<i>Streptococcus faecalis</i>	1:3200	35
5.	R. M.	II	<i>Proteus hauseri</i>	1:320	27
6.	S. H.	VIII	<i>E. coli</i>	1:640	25...26
7.	G. G.	III	<i>E. coli</i>	1:160	38
8.	M. V.	IV	<i>E. coli</i>	1:320	36
9.	P. M.	VI	<i>E. coli</i>	1:640	22
10.	P. A.	IV	<i>E. coli</i>	1:1280	39
11.	R. A.	II	<i>Alcaligenes faecalis</i>	1:80	28
12.	R. M.	I	<i>E. coli</i>	1:160	25
13.	S. J.	III	<i>E. coli</i>	1:320	30...31
14.	V. O.	II	Graamnegatiivne mittehemolüütiline bakter	1:6400	37
15.	R. T.	III	<i>E. coli</i>	1:320	36

kumid vastunäidustatud. Suurele osale rasedaist määrati nitrofuraanirea derivaate.

Et kindlaks teha, kas infektsioonikoldeid väljaspool kuseteid ei leidu, olid kõiki rasedaid läbi vaadanud terapeut, stomatoloog ja günekoloog.

Tulemused. Sümptomideta kulgeva bakteriuriaga rasedad (vt. tabel 1). Uurituist esines 45-l sümptomideta kulgev bakteriuria, s. o. haiguse diagnoosimisel ei olnud rasedail kaebusi ja uriinis ei leidunud valku ega üle 6...8 leukotsüüdi ühes vaateväljas. Nendest oli esmasrasedaid 19 ja kordurasedaid 26. Märkimisväärne bakteriuria avastati 28. rasedusnädalani 21 juhul, pärast 28. rasedusnädalat 24 juhul. Asümptoomse bakteriuria tekitajaks oli 33 rasedal *E. coli* monoinfektsioon, segainfektsioonina esines *E. coli* veel kahel rasedal. Vereseerumi aglutiniinide tiiter oli 1:320 või veelgi kõrgem 23 rasedal.

Sümptomidega kulgeva bakteriuriaga rasedad (vt. tabel 2). Sellesse rühma kuulusid 15 rasedat, kellel bakteriuria diagnoosimisel esinesid põhiliselt seljavalud; uriinis leidus vähesel hulgal valku ja rohkesti leukotsüüte. Kehatemperatuur ühelgi uuritava kõr-

genenud ei olnud. Esmasrasedaid oli 3 ning kordurasedaid 12. Bakteriuria avastati enne 28. rasedusnädalat kuuel, pärast üheksal rasedal. Bakteriuria tekitajaks oli 11 rasedal *E. coli* monoinfektsioon. Vereseerumi aglutiniinide tiiter oli 1:320 ja kõrgem 12 rasedal.

Vereseerumi aglutiniinide tiitrit 1:320 ja kõrgemat leiame nii sümptomidega kui ka sümptomideta kulgeva bakteriuria juhtudel, kusjuures olulist statistilist erinevust rasedate rühmade vahel ka siin ei saanud kindlaks teha.

Bakteriuria oli märkimisväärne sagedamini kordurasedatel.

Kõrge antikehade tiiter vereseerumis pooltel ilma kliiniliste sümptomideta kulgeva bakteriuriaga rasedatel (23 uuritava 45-st) juhib tähelepanu sellele, et sümptomide esialgne puudumine ei välista kuseteede infektsiooni ägenemise võimalust ja püelonefriidi ohtu.

Järeldused

Seerumiaglutiniinide tiiter 1:320 ja kõrgem, mis oli meie uuritud 45 asümptoomse bakteriuriaga rasedast 23-l, lubab oletada, toetudes ühtlasi kirjanduse andmetele, et sümptomideta kulgevale bakteriuriale raseduse ajal võib

järgneda ülemiste kuseteede infektsiooni ägenemine.

Seetõttu peame vajalikuks kõiki rasedaid uurida bakteriuria suhtes, haigestunud dispanseerida ja neid ravida.

KIRJANDUS: 1. Brumfitt, W., Percival, A. In: Progress in Pyelonephritis. Philadelphia, 1965, 118—128. — 2. Csokonay, L., Kirchknopf, M., Kardas, K. Z. Gesamte Inn. Med., 1964, 19, 12, 529—531. — 3. Edwards, P. R., Ewing, W. H. In: Identification of Enterobacteriaceae. Minneapolis, 1955. — 4. Kass, E. H. Trans. Assoc. Amer. Physicians, 1956, 69, 56—63. — 5. Kienitz, M., Lücke, P. In: Die Pyelonephritis.

Stuttgart, 1967, 79—97. — 6. Laidna, M., Jalviste, H. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1970, 2, 112—113. — 7. Percival, A., Brumfitt, W., De Louvois. Lancet (London), 1964, 2, 1027—1031. — 8. Turner, G. Lancet (London), 1961, 2, 1062—1066. — 9. Winberg, J., Andersen, H. J., Hanson, L. A., Lincoln, K. Brit. Med. J., 1963, 31, 524—527. — 10. Беккер С. М. Патология беременности. Л., 1970. — 11. Цивинская М. А. В сб.: Антибиотики. Киев, 1968, 89—93. — 12. Ялвисте Х. И., Лайдна М. П. Лабор. дело, 1969, 3, 180.

Tartu Kliiniline Sünnitusmaja

Tartu Kliiniline Nakkushaigla

VIIRUSHAIGUSED SÜNNITUSOSAKONNAS

RAUL VODJA
VALDUR ESTER
JÄRVI REBANE

Pärnu

UDK 616-022.6:618.2

Sedamööda, kuidas arstiteadus on viiruste loodet kahjustava toime kohta fakte kogunud, on ka rasedate viirushaigustele rohkem tähelepanu pöörama hakatud. Julgeme aga väita, et lahendus — kuidas lapse üsasisesest nakatumist ära hoida — on põhiliselt alles leidmata.

Viimase paari aastakümne jooksul on punetiste viiruse teratogeenne toime üldtuntuks saanud. Ameerika Ühendriikides aastail 1964... 1965 esinenud epidemia tagajärjel sündis üle 20 000 viigase lapse, surnultsündinud kaasa arvatuna (4, 6). Vaieldamatult on tõestatud ka mitmete teiste viiruste kahjustav mõju loote arengule või raseduse kulule või siis mõlemale. R. Kantorovitši jt. (10) ülevaate järgi võivad viirushaigused, nagu tsütomegalia, ohatis, mumps, poliümüeliit, nakkuslik kollatõbi, leetrid, gripp ja mõned teised, raseduse ajal põhjustada raskeid kahjustusi loote organismis, lapsel võivad sündides olla ka teatavale viirusnakkusele omased haiguse tunnused.

Looteas esinevate haiguste põhjustajaks võib potentsiaalselt olla iga viirus, mis platsentaarbarjääri ületades on võimeline arenevasse organismi tungima. Arvatakse, et viirused satuvad lootesse vere valgelibledele kinnitunult (16) või pärast kolooniate moodustumist platsentas, kui platsenta on juba olemas (1).

Alljärgnevalt kirjeldame erinevalt kulgenud ja erinevate tagajärgedega viirusnakkuse juhtumeid Pärnu Linna Haigla sünnitusosakonnas.

ECHO-viirustest põhjustatud haigused vastsündinuil. Septembris 1971. a. haigestus lastetoas viibinud 32 vastsündinust kümme, lisaks kuus ema. Esimesed haigusjuhud registreeriti emadel (haigestusid ridamisi paari päeva jooksul), seejärel 2...4 päeva pärast ka nende lastel ning neljal vastsündinul, kelle emad olid haigetega ühes ja samas palatis. Vastsündinud haigestusid 5. kuni 8. elupäeval. Puhang kestis vaid nädala ja vaibus kohe, kui äsjasünnitanute eraldi ruumidesse paigutamiseks võimalus leiti.

Ainukese sümptoomina esines palavik nii lastel (38...39°C ühe kuni kolme päeva jooksul) kui ka emadel (38...38,5°C ühe kuni kahe päeva jooksul). Vastsündinud imesid hästi ka haiguse ajal, kaaluive oli normaalne. Emadel mingeid kaebusi ei olnud.

Bakterioloogilised uuringud haiguse-tekitaja suhtes selgust ei toonud, küll aga õnnestus teisel-kolmandal haiguspäeval isoleerida koekultuuridel enteroviiirus ECHO-19 neljal kuuest uuritud vastsündinust, kusjuures viirust leiti nii väljaheites kui ka neelulimas. Emadel, kes virooloogilise uurimise ajaks olid juba tervenened, viirusi ei leitud.

Kuigi seroloogilisi uurimisi ei tehtud, võib üsna kindlalt öelda, et palaviku põhjustaja oligi viirus ECHO-19. Mõis- tagi tekitas emade ja vastsündinute grupiviisiline haigestumine sünnitusosa- konnas omajagu ärevust. Õnneks oli seekord tegemist suhteliselt süütu viirus-ega. R. Kantorovitši jt. (10) kogutud kirjandusallikate põhjal ei ole ECHO- viirustele üsiseseid haigusi tekitavat võimet siiani omistatud. Küll aga (2) pole välistatud vastsündinute nakatu- mine viirustega, mille vastu elanikkon- nal (*resp.* rasedal) immunitet puudub. (Autorite märkus: Pärnus ilmus vii- rus ECHO-19 esmakordselt ringlusse alles mõni kuu enne kõnesoleva pu- hangu algust.) Et viirushaigusi vast- sündinu- ja varajases imikueas võrdle- misi harva ette tuleb, siis tuleb seda panna eeskätt kaasasündinud immuun- suse arvele (8, 9, 12, 17), ehkki last selles eas kaitseb samuti suurem isoleeritus ümbruskonnast.

Gripp rasedail. 1973. a. gripiepideemia ajal Pärnus langes enamik haigusjuhte jaanuarikuule. Pärnu Linna Haiglas sündis epideemia ajal neli last surnult, erakordselt laialdaste verevalumitega peaaegu kõikides siseelundites. Kahel emal oli grippi diagnoositud sünnitus- perioodil. Peale selle olid ühel lapsel sündides tugevad hemorraagilise dia- teesi nähud. Vastsündinu suri kolman- dal päeval.

Järgnevalt esitame lühikokkuvõtte ühest sellisest juhust.

Esmassünnitaja, 18 aastat vana (sünnitus- lugu nr. 60/1973. a.), saabus Pärnu Linna Haigla sünnitusosakonda 13. jaanuaril 1973. aastal. Ta kaebas hooti ja ebakorrapärase vaheaegadega tekkivaid valusid alakõhus. Raseduse kestus 40...41 nädalat. Valud haig- las vaibusid. 17. jaanuaril tõusis sünnitajal kehatemperatuur 38...39°C ning ilmesid tüüpilised gripinähud. 18. jaanuaril kell 14 algas regulaarne sünnitustegevus. 19. jaanuaril kell 7.15 vallandusid rohekad looteveed, kell 9 kadusid lootel südamelöögid, kell 19.30 sündis surnud, 3250 g kaaluv tütarlaps, pikkus 52 cm.

Lahangul leiti laialdasi verevalumeid kõ- hukelme all, diafragmas, soolekinnistis, suu- res rasvikus, kopsudes, neeruelistes, neeru- sid ümbritsevas koes, müo- ja endomeetri- umis, perikardi all. Mikroskoopiliselt: kopsudes tugev hüperemia, alveoolid atelektaatilised või täidetud erütrotsüütide ja üksikute mak- rofaagidega. Maksas ja neerudes väga tugev hüperemia, mikrohemorraagiad.

Sünnitanul tekkis 22. jaanuaril huultel ja suu limaskestal villiline lööve. Kõrgenenud kehatemperatuur püsis nädal aega. 24. jaanuaril isoleeriti nina- ja neelulimast võetud materjalist koekultuuril Hep-2 tsütopaatiline viirusetüvi, mida tüpiseerida esialgu ei õnnest- tunud. Oletati herpesviirust. Seerumianti- kehade tiiter määratuna komplemendi sidu- mise reaktsiooniga tõusis aga gripiviiruse A₂ suhtes 1:10-lt 1:40-le ja määratuna hemaglu- tinatsiooni pidurduse reaktsiooniga 1:10-lt 1:80-le.

Tõenäoliselt tuleb gripiepideemiaga seostada veel kahte surnultsündimise juhtu kaks kuud pärast epideemiat. Mõlemal korral olid emad raseduse kol- mandas trimestris grippi põdenud, loote surma põhjuseks aga oli platsentaar- vereringe puudulikkus (platsental olid infarktikolded, mis võtsid enda alla kuni ³/₄ platsenta pindalast).

Üldiselt ollakse arvamusel, et gripi- viirusega nakatumine raseduse ajal võib põhjustada väärarenguid, enneaegselt sündimist, iseeneslikku aborti, loote surma ning mõjutada sünnitustegevust (3, 7, 11, 13, 16). Loote kahjustuste esi- nemissagedus ja laad võivad eri epidee- miate ajal varieeruda (16). Igatahes Pärnus ei ole ükski varajasem gripi- epideemia selliseid drastilisi jälgi veel jätnud. Toetudes eeskätt sarnastele lahanguandmetele ja kirjanduse and- metele (14, 15), võib arvata, et kõikide meie poolt nimetatud surmajuhtude põhjustaja oli gripp, isegi kahel juhul,

mil rasedail grippi ei olnud diagnoositud (gripi subkliiniline vorm?).

Juba 15 aastat tagasi nentis L. Keres (5), et «... üsasisesse ea patoloogia vältimiseks ei ole veel kõik võimalused ammendatud». Õeldu on viirushaiguste kohta kehtiv tänaseni. Ei ole selgust näiteks selleski, kas rasedaid tuleb gripi vastu vaksineerida või mitte. Üks juhend, mis on kinnitatud NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi poolt 1969. a., lubab rasedaid vaksineerida intranasaalselt raseduse esimese viie kuu jooksul, teine (kinnitatud 1970. a.) keelab vaktsiini suu kaudu andmise rasedatele täiesti, olgugi et suu kaudu antav vaktsiin on inhaleeritavast märksa vähem reaktogeenne.

Selge on aga see, et rasedaid tuleb hoida mis tahes viirusnakkuse eest ja ükskõik missuguses rasedusjärgus. Loote- ja vastsündinuea haiguste uurimiseks kasutagu akušöörid-günekoloogid ning pediatrid senisest rohkem viroloogialaboratooriumide kaasabi.

KIRJANDUS: 1. Benirschke, K. Viral Etiology of Congenital Malformations, Washington, 1967. — 2. Berkovich, S., Kibrich, S. Pediatrics, 1964, 33, 4, 534—540. — 3. Hirvensalo, M., Kinnunen, O. Ann. paediatr. fenn., 1962, 8, 4, 256—268. — 4. Horstmann, D. M. Yale J. Biol. Med., 1969,

42, 99—105. — 5. Keres, L. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1958, 2, 46—51. — 6. Page, W., Prinzie, A. Minerva Med., 1970, 61, 30, 1552—1559. — 7. Rambar, A. C. Ill. Med. J., 1969, 136, 5, 599—605. — 8. Вейссерик С. А. Материалы по изучению острых респираторных заболеваний у детей раннего возраста. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1967. — 9. Водья Р. А. Непрерывное изучение респираторных вирусных инфекций в коллективах детей Эстонской ССР (вирусологические и серологические исследования). Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1968. — 10. Канторович Р. А., Резепова А. И., Володина Н. И. Вестн. АМН СССР, 1973, 2, 17—28. — 11. Марковская М. Д., Кулаженко В. П., Давыдов О. В., Андреева О. Т. Акуш. и гинек., 1971, 11, 63—64. — 12. Мацюкевич Е. И. В сб.: Острые респираторные вирусные инфекции. Реферативные материалы научной конференции. Свердловского н.-и. ин-та вирусных инфекций. Свердловск, 1966, 50—52. — 13. Оганесян О. Т., Ритова В. В., Чеботарев В. В. Вопр. вирусол., 1969, 6, 646—655. — 14. Петров-Маслаков М. А., Климец И. И. Перинатальная смертность. Л., 1965. — 15. Поттер Э. Патологическая анатомия плодов, новорожденных и детей раннего возраста, М., 1971. — 16. Ритова В. В. Вестн. АМН СССР, 1973, 2, 61—71. — 17. Ритова В. В., Беляева Н. Ф. Респираторные вирусные и энтеровирусные инфекции у детей. Тезисы докладов научной конференции Ин-та педиатрии АМН СССР, М., 1964, 24—26.

*Pärnu Linna Sanitaar- ja
Epidemioloogiajaam*

Pärnu Linna Haigla

IMIKUTE TOITLUSTAMINE LASTEASUTUSTES

MALLE NIIT

Tartu

UDK 613.2-053.3

Lapse kasv, areng ja tervis sõltuvad suurel määral toidu keemilisest koostisest. Kirjanduse andmetel põhjustab valkude vähesus toidus lapse organismi vastupanuvõime langust nakkushaiguste suhtes ning nende raskemat kulgu (3). Rasvade ja süsivesikute liigsus toidus on rasvtõve kujunemise alus. Lapseeas on rasvtõvel halb prognoos: 75...80%-l juhtudest jääb haigus püsima ka täis-

kasvanueas (1). Autorite arvates on $\frac{1}{3}$ täiskasvanute rasvtõve juhtudest alguse saanud toitumisvigadest esimesel eluaastal. Seetõttu tuleb selles vanuses lastel vältida ületoitmist ja liigset kehakaalu.

Teatavasti kannatab Eesti NSV elanikkond ulatuslikult ainevahetushäirete all. Näiteks esineb Eesti NSV täiskasvanud maa- ja linnaelanikel sageli (55...)

75%-l uurituist) hüperkolesterineemiat (4), kolme kuni kuue aasta vanustest lastest on 72%-l kaariesest kahjustatud hambad (6). On tõenäoline, et need häired on alguse saanud juba varajases lapseas.

Kirjanduse andmetel (9) peab valkude, rasvade ja süsivesikute omavahe-line suhe kunstlikul toidul oleva imiku ratsioonis olema 1:1,5:4. Valke vajab selline imik keskmiselt 3,5... 4,0 g, mitte üle 4,5... 5,0 g ühe kg kehakaalu kohta ööpäevas. Oluliseks ei peeta tänapäeval ainuüksi valkude ja rasvade kogust ning nende omavahelist suhet laste toidus, vaid ka valkude aminohappelist ja rasvade rasvhappelist koostist (8).

Töö eesmärk oli selgitada, millisel määral vastab imikute toit Eesti NSV lasteasutustes ratsionaalse toitlustamise nõuetele. Selleks uuriti 86 kunstlikul toidul oleva terve normotroofilise imiku toitlustamist Tallinna Väikelastekodus, Tartu II Väikelastekodus ja Elva Väike-lastekodus. Ratsioonide koostis ja päe-varežiim nendes väikelastekodudes olid enam-vähem sarnased. Uurimised tehti 1. detsembrist 1970. a. kuni 20. aprillini 1971. a. Ratsioonide keemilise koostise väljaarvutamiseks kasutati F. Budagjani (5) ja H. Schalli tabeleid (2). Söödud toidu hulga järgi määrati keskmine valkude-, rasvade-, süsivesikute-, mineraal-ainete- (K, Ca, Mg, P, Fe) ja vitamiinide-sisaldus (A, karotiin, B₁, B₂, B₆, PP, C ja D) laste toidus kümne päeva jooksul. Arvestati ka toidule lisaks antavate vitamiinide (A, B₁, B₂, B₆, PP, C ja D₂) koguseid.

Selgus, et 24% uuritud imikutest sai toiduga valke normist vähem: alla 3,5 g ühe kg kehakaalu kohta ööpäevas; 10% imikutest aga normist rohkem: üle 5,0 g ühe kg kehakaalu kohta ööpäevas (vt. joonis). Liigselt rasvu sisaldas toit 23%-l, liigselt süsivesikuid 43%-l imi-kutest. Valkude ja rasvade omavahelises suhtes ilmnes nihe rasvade liia suunas 34%-l, valkude ja süsivesikute omava-helises suhtes aga nihe süsivesikute liia suunas 36% uuritu toidus. Lähtudes valkude, rasvade ja süsivesikute kesk-misest hulgast laste toidus ning nende

omavahelisest suhtest, osutusid rati-sioonid täiesti nõuetekohaseks 40%-l uuritute, s. o. 86 lapsest 34-l.

Oluliseks toiduaineks valguvaeguse likvideerimisel imikueas on kaltsium-kohupiim. Paljudel juhtudel ei sisalda-nud analüüsitud ratsioonid seda üldse või sisaldasid liiga vähe. Teiseks põh-juseks, miks osa lapsi ei saanud toiduga küllaldaselt valke, osutus see, et mõni-kord ei söönud nad ära kogu toiduports-jonit.

Menüüde koostamisel ei ole üsna tihti arvestatud, et imiku organismi varusta-jaks rasvadega on ka kalamaksaõli. Samuti sisaldab hulgaliselt rasvu täisi-piimast valmistatud kaltsiumkohupiim.

Imikute füsioloogiliste toidusegude valmistamisel lisatakse neile tavaliselt 5% suhkrut. Kuigi uuritavad lapsed olid normotroofilised, kasutati paljudel juh-tudel 10%-lise suhkrulisandusega toidu-segusid, nagu munasidrunhappepiim ja mahla sisaldavad pudrud. Teatavasti on suhkur kõige väheväärtuslikum toidu-aine, kuna ta ei sisalda mingeid mine-

Normaalne valkude sisaldus 66%	Valkude vähesus 24%	Valkude liigsus 10%
Normaalne rasvade sisaldus 77%	Rasvade liigsus 23%	
Normaalne süsivesikute sisaldus 57%	Süsivesikute liigsus 43%	
Nõuetekohaselt toitlustatud imikud 40%	Toitlustamisvigade esinemissagedus 60%	

raalaineid ega vitamiine. Organismile annab ta ainuüksi kaloreid, omamata seejuures bioloogilist aktiivsust. Üle-määrane suhkrusisaldus toidus harjutab lapsi sööma magusaid, puuduliku toite-väärtusega toite. Seetõttu ei tohi suhkru tarbimisega liialdada.

Liiga suureks osutusid B₁-, B₂-, PP- ja C-vitamiini kogused, mida enamik

lapsi sai polüvitamiinipulbrina toidule lisaks. Juhenditekohaselt tuleb lasteasutustes imikute toitu vitaminiseerida C-vitamiiniga. Lisaks sellele vajavad nad D-vitamiini rahhiidi profülaktikaks. B-rühma vitamiinide andmise kohta eeskirjad puuduvad, küll aga soovitakse varaealistele lastele anda pärmi-pastat. Ratsioonide keemilise koostise analüüsist selgus, et B₁-, B₂- ja B₆-vitamiini sisaldas imikute toit piisavalt, ilmnes aga PP-vitamiini-defitsiit (7). See ei õigusta B-rühma vitamiinide andmist tervetele imikutele füsioloogilist vajadust tunduvalt ületavates kogustes. Vitamiinid on biokatalüsaatorid, mis oluliselt mõjutavad kogu organismi ainevahetust. Seepärast tuleb hoolikalt kaaluda, kui suurtes kogustes neid lastele ühes või teises olukorras anda.

Kokku võttes võib öelda, et Eesti NSV lasteasutustes vajab imikute ratsioonide tasakaalustamine senisest suuremat tähelepanu. Suurendada tuleb valkude osatähtsust, vähendada aga rasvade,

eriti süsivesikute osa. Selleks ei piisa menüü õigest koostamisest, vaid arvestada tuleb eelkõige toidu hulka, mida iga laps tegelikult sööb.

KIRJANDUS: 1. Bonnet, F., Daune, M. R. Acta Paediatr. Belg., 1971, 25, 4, 223—239. — 2. Schall, H. (sen.), Schall, H. (jun.) Nahrungsmitteltabelle. Leipzig, 1967. — 3. Scrimshaw, N. Am. J. Clin. Nutr., 1962, 11, 6, 593—597. — 4. Vagane, E., Saava, M. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1966, 3, 176—179. — 5. Будагян Ф. Е. Таблицы химического состава и питательной ценности пищевых продуктов. М., 1961. — 6. Кийк В. Х. О влиянии различного содержания фтора в питьевой воде на состояние зубов у детей (в условиях Эстонской ССР). Автореф. дисс. канд. мед. наук. Тарту, 1970. — 7. Нийт М. И. Обеспеченность витамином В₆ практически здоровых детей первого года жизни и особенности обмена этого витамина при острых катарактах дыхательных путей. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Тарту, 1972. — 8. Покровский А. А. Физиолого-биохимические основы разработки продуктов детского питания. М., 1972. — 9. Тур А. Ф. Справочник по диететике детей раннего возраста. Л., 1971.

TRÜ Arstiteaduskonna hügieenikateeder

ERINEVA IMMUNOLOOGILISE REAKTIIVSUSEGA INIMTÜÜPE

JURI KSENOFONTOV OLEG JUSSUPOV
EVE-REET KÕRDA ANNE PÖLLUSTE

Tartu

UDK 576.8.097.3:612.118.221.2

Juba möödunud sajandil hakati empiiriliste vaatluste alusel eristama inimete peamisi konstitutsionaalseid tüüpe. Vaatlused viitasid kehaehituse tüübi ja psüühiliste reaktsioonide laadi vahelisele, samuti kehaehituse tüübi ja mõnedesse somaatilistesse haigustesse haigestumise eelsoodumuse vahelisele seosele. Teadlased on püüelnud ja püüdnud selle poole, et välja selgitada inimese konstitutsionaalsed ja pärilikud iseärasused. Erinevate konstitutsionaalsete tüüpide füsioloogiliste iseärasuste tundmaõppimine tootab anda arstiteaduse käsutusse täiendava võimsa relva

inimese kaitseks tema tervist ähvardavate ohtude eest, sest pärilike haiguste ja pärilikeks haigusteks eelsoodumuse probleem on ka tänapäeval aktuaalne (9). Artiklis käsitleme immunoloogiliste reaktsioonide kulgemise individuaalseid, pärilikult tingitud iseärasusi.

Oma varajasemates töedes (4, 6, 7) oleme esitanud andmeid eestlaste normaalsest jaotumusest veregruppide järgi. Tegime kindlaks, et bronhiaalastma ja suhkruhaigetel on veregruppide järgi jaotumuses tervetega võrreldes mõningaid nihkeid. Need kõrvalekaldumised olid statistiliselt usaldusväärsed, kuid

Andmed uuritute vereseerumi bakteritsiidse aktiivsuse kohta

me püüdsime saada ka muid kinnitusi selle seaduspärasuse kohta. Uurisime veresuhkru koormuskõveraid eesti rahvusest tervetel noortel. Tulemuste põhjal ilmnis korrelatsioon veresuhkru koormuskõvera laadi ja vere MN-süsteemi antigeenide jaotumuse vahel (2).

Samal ajal uurisime tervete inimeste immunoloogilise reaktiivsuse iseärasusi. Vaatlusalusteks olid 37 tervet eestlasest üliõpilast, kelle olmetingimused olid talvised. Neil analüüsiti (6) vere antigeenide jaotumust AB0- ja MN-süsteemis ning vereseerumi haptoglobiine (Hp), samuti vereseerumi bakteritsiidset aktiivsust G. Domingue ja E. Neteri meetodil (1). Vereseerumi bakteritsiidne aktiivsus määrati järgmiselt: uuritavate vereseerumile lisati standardne hulk testmikroobi *E. coli* O14 kultuuri ja inkubeeriti üks tund temperatuuril 37° C, seejärel tehti vereseerumist külv steriilsele agarplaadile. Tulemusi hinnati pärast ööpäeva möödumist (vt. metoodika *). Kõikidel agarplaatidel oli *E. coli* kasv pärsitud, mis räägib vereseerumite suurest bakteritsiidsest aktiivsusest vaatlusalustel (vt. tabel 1).

Need tähelepanekud viisid mõttele kasutada immunoloogilistes uuringutes «koormust». 1972. aasta kevadel uurisime 64 tervet noort vanuses 19... 21 aastat enne ja pärast profülaktilisi kaitsepookimisi. Kõikidel vaatlusalustel uurisime veregrupe AB0- ja MN-süsteemis ning vereseerumi haptoglobiine. Kohe enne ja 4., 8., 12. ning 15. päeval pärast kaitsepookimist tehti kõikide uuritavate vereseerumist proteinogrammide paberelektroforeesi abil (8). Proteinogrammide uurimisel selgus, et kõige selgemad nihked valgufraktsioonides olid vaatlusalustel, kel esines veregrupi kombinatsioon «haptoglobiin 2-2 — MN(NN)». Neil suurenes esimese nelja päeva jooksul järsult globuliinide protsent, peamiselt beeta- ja gammaglobuliinide arvel. Vaatlusalustel, kel veregrupi kombinatsioonid olid teistsugused,

* E.-R. Kõrda, A. Põlluste. Heterogeenselt C-antigeenist enterobakteritel (üliõpilaste auhinnatöö). Tartu Riiklik Ülikool. Tartu, 1972.

Uuritute initialsiaalid	Veregrupp			<i>E. coli</i> O14 ko- looniate arv
	AB0	MN	Hapto- globiinid	
A. E.	0(I)	N	21	0
R. H.	AB(IV)	MN	21	1
K. E.	A(II)	N	22	2
P. M.	A(II)	MN	22	1
E. M.	B(III)	N	21	0
S. S.	A(II)	MN	22	0
V. M.	0(I)	N	21	68
L. M.	A(II)	M	11	1
U. L.	0(I)	M	21	0
M. S.	A(II)	MN	21	1
P. E.	B(III)	M	21	0
P. T.	AB(IV)	N	21	0
T. H.	B(III)	MN	21	5
V. A.	A(II)	MN	21	2
T. M.	0(I)	MN	22	0
T. H.	0(I)	M	22	8
P. S.	0(I)	MN	21	0
R. R.	A(II)	M	21	0
K. K.	B(III)	M	11	0
P. L.	0(I)	MN	22	0
K. P.	A(II)	M	21	0
R. T.	0(I)	M	21	12
K. H.	A(II)	N	21	2
T. R.	0(I)	M	22	5
S. E.	0(I)	MN	21	0
V. V.	0(I)	M	22	108
R. M.	0(I)	M	22	120
N. V.	B(III)	M	22	3
G. A.	AB(IV)	MN	22	5
L. I.	0(I)	MN	21	2
K. M.	0(I)	M	21	2
E. I.	A(II)	MN	21	93
R. E.	A(II)	MN	21	50
S. E.	B(III)	MN	21	20
S. T.	A(II)	M	22	65
T. L.	A(II)	N	21	5
V. N.	B(III)	MN	22	10
Kontroll 1.				6559
Kontroll 2.				3248

Märkus. Kontrollina kasutati inimese vereseerumeid, mida eelnevalt oli soojendatud veevannis temperatuuril 56° C 30 minuti jooksul.

olid muutused proteinogrammis vähem märgatavad (vt. tabel 2).

Andmeid töödeldi statistiliselt. Mõnedes uuritavate rühmades taastusid globuliini hulga muutused juba neljandal päeval pärast immuniseerimist (üksiku-

Tabel 2

Nihked proteinogrammide valgufraktsioonides tervetel noortel kaitsepookimiste ajal (aritmeetiline keskmine protsentides)

Veregrupp	Valgufraktsioon	Enne kaitsepookimist	Pärast kaitsepookimist	
			4. päeval	8. päeval
Haptoglobiinid 2-2 MN(NN)	albumiinid	64	54	55
	globuliinid	36	46	45
	β-globuliinid	7	11	8
	γ-globuliinid	14	18	18
Haptoglobiinid 2-2 MM	albumiinid	61	59	57
	globuliinid	39	41	43
	β-globuliinid	8	10	11
	γ-globuliinid	15	16	18
Haptoglobiinid 2-1	albumiinid	61	61	60
	globuliinid	39	39	40
	β-globuliinid	8	8	8
	γ-globuliinid	16	18	17

tel vaatlusalustel globuliinide hulk kas suurenes või vähenes).

Andmete erinevuse hindamisel U-testi abil (5) selgus, et erinevus on statistiliselt usaldusväärne ($P < 0,01$).

Varem avaldatud töodes esitasime andmeid (4, 7) selle kohta, et bronhiaalastmat põdevatel haigetel, mis on tüüpilise allergilise geneesiga haigus, ilmneb veregrupp «haptoglobiinid 2-2 MN» sagedamini kui tervetel. Möödunud aastal avaldati meie esialgne teade vastündinute hemolüütilise tõve kohta, mida oli põhjustanud reesusobimatus, sensibiliseerumine reesusfaktori suhtes. Peaaegu kõikidel meie uuritud haigete laste emadel tehti kindlaks vereseerumis haptoglobiinid 2-2, enamikul emadest seostusid need MN- või NN-süsteemiga (3).

Eespool tõime andmeid proteinogrammide muutuste kohta tervete noorte immuniseerimisel, profülaktilistel kaitsepookimistel. Nagu juba öeldud, olid proteinogrammides kõige suuremad nihked neil, kelle veregruppide kombinatsioon oli «haptoglobiinid 2-2 MN(NN)». Sellest järeldub, et on olemas seos ühelt poolt haptoglobiinide ja MN-süsteemi ning teiselt poolt immunoloogiliste protsesside intensiivsuse vahel. Probleemi on kahtlemata vaja veelgi põhjalikumalt uurida.

Siinkohal avaldame tänu kolleegidele H. Kanterile, T. Ilometsale, E. Tallmeistrile ja V. Sibulale, kes meid töös palju abistasid.

KIRJANDUS: 1. Domingue, G. J., Neter, E. J. *Bacteriol.*, 1966, 91, 129—133. — 2. Ksenofontov, J., Afanasjev, V., Dmitrijev, L., Ivask, M. *Nõukogude Eesti Tervishoid*, 1972, 1, 26—28. — 3. Ksenofontov, J., Dorfman, G. *Nõukogude Eesti Tervishoid*, 1972, 6, 517—518. — 4. Ksenofontov, J., Pärdis, J., *Nõukogude Eesti Tervishoid*, 1970, 2, 105—106. — 5. Weber, E. *Grundriss der biologischen Statistik*. Jena, 1967. — 6. Ксенофонтов Ю. П. *Известия АН ЭССР. Биология*, 1971, 4, 357—360. — 7. Ксенофонтов Ю. П. *Генетика*, 1972, 5, 119—122. — 8. Тодоров И. *Клинические лабораторные исследования в педиатрии*. София, 1966. — 9. Харрисон Д., Уайнер Д., Таннер Д., Барникот Н. *Биология человека*. М., 1968.

TRÜ Arstiteaduskonna teaduskonnasisehaiguste ja patoloogilise füsioloogia kateeder

TRÜ Arstiteaduskonna mikrobioloogiakateeder

Tartu Vabariiklik Kliiniline Haigla

Kohv ja südameatakid. Suitsetamist on kaua peetud üheks südameatakkide põhjustajaks. Bostoni ülikooli arstiteadlased aga leidsid, et kohvi rohke joomine seostub südameatakkidega veelgi sagedamini. Nad võrdlesid 276 müokardiinfarkti põdevat ja 1104 muid haigusi põdevat haiget. Selgus, et südamehaiged olid suuremad suitsetajad ja suuremad kohvijoojad kui kontrollrühma patsiendid. Võimalik, et isikud, kellel on agressiivne ja võistlejaloomus, mistõttu neil on eriti suur kalduvus südameataki tekkeks, joovad palju kohvi. Teiselt poolt võib kohv, muutes vere rasvasisaldust, olla tegelik südamehaiguse põhjustaja. Osa uurijaid on leidnud seose päevas joodud kohvi annuse ja vere kolesteroolisisalduse vahel.

Science News, 1973, 103, 1.

MÖNEDE IMMUNOLOOGILISTE TESTIDE NORMVÄÄRTUSED TERVETEL NAISTEL

SEMJON UMANSKI

Tallinn

UDK 576.8.077.3-055.22

Organismi immunoloogilise reaktiivsuse uurimine on üha laienenud (3, 5, 6, 8, 9, 10, 14). Immunoloogilise reaktiivsuse näitavate uurimine on eelkõige dikteeritud sellest, et autoimmunisatsioon on üks tähtsamaid patogeenetilisi tegureid paljude haiguste korral (12), samuti sellest, et organismi immunoloogilise reaktiivsuse (resistentuse) määramise viisid võimaldavad oma suure tundlikkuse tõttu (2) avastada kõige varajasemaid nihkeid organismi seisundis.

Seetõttu on immunoloogiliste testide kasutamine sünnitusabis ja günekoloogias eriti väärtuslik, sest need võimaldavad jälgida naise organismi immunoloogilise seisundi muutusi mitmesuguste füsioloogiliste ja patoloogiliste situatsioonide mõjul (1). Günekoloogilistesse haigustesse haigestunute suhteliselt suur arv tingib nende haiguste tekke põhjuste igakülgset uurimist. See aga on tarvilik selleks, et kasutusele võtta teaduslikult põhjendatud tervistavad ja profülaktikaabinõud.

Töö eesmärk oli tervete naiste organismi immunoloogilise reaktiivsuse näitavate normväärtuste kindlaksmääramine, samal ajal püüti välja selgitada nende sõltuvus vanusest.

Uurisime neid näitavate 100 tervel naisel tootmiskoondisest «Baltika», kusjuures kõikide vaatlusaluste töö- ja elutingimused olid enam-vähem võrdsed.

Uuritavatel määrasime 1) vereseerumi komplemendi tiitri (13), 2) vereseerumi lütsotsüümi tiitri Z. Jermoljeva ja I. Bujanovskaja kaudsel meetodil (7), 3) naha autofloora N. Klemparskaja ja G. Šalnova järgi (11) ning naha bakteritsüüsindexi meie esitatud meetodil (1).

Tulemused on esitatud tabelis. Meie

vaatlusalustel vereseerumi lütsotsüümi tiiter, naha autofloora ja bakteritsüüsindexi ei erinenud meestel määratud normväärtustest (14). Vereseerumi komplemendi tiiter oli kuni 40 aasta vanustel naistel statistiliselt usaldusväärselt ($P < 0,001$) kõrgem kui meestel. Tähelepanu äratav see, et vereseerumi komplemendi tiiter pärast 40 aastat langeb.

Naha autofloora oli kõige rikkalikum ($P < 0,001$) üle 30 aasta vanustel, veelgi vanemate uuritavate rühmades autofloora rohkus ei vähenenud. Üle 30 aasta vanuste rühmas täheldati paralleelselt kulgevat naha bakteritsüüsindexi vähenemist. Näitavate standardsete kõikumised üksikutel uuritavate suurenesid, mida tuleb hinnata esiteks kui uurimismeetodite suure tundlikkuse tagajärge ja teiseks kui tunnist, et pärast 30-aastaseks saamist algab naise organismi kaitsebarjääride nõrgenemine. Selle kinnituseks on ka manniitpositiivsete mikroobide (streptokokk, stafülokokk jt.) väljakasvanud kolooniate arvu suurenemine naistel pärast kolmekümnendat eluaastat.

13 naisel sajast tehti uuringud menstruaaltsükli perioodil. Vereseerumi komplemendi ja lütsotsüümi tiiter ei olnud oluliselt muutunud. Enamikul vaatlusalustest oli bakteritsüüsindexi vähenenud, moodustades keskmiselt $69 \pm 16,8\%$ ($m = 4,6$). Järsult olid muutunud naha autofloora keskmised näitavate, mis üksikjuhtudel ulatusid 57-ni. Kui Korosteljovi söötmel väljakasvanud manniitpositiivsete mikroobide kolooniate arv oli menstruaaltsükli vaheajal uuritavate keskmiselt 1,6, siis menstruaaltsükli ajal suurenes see näitav 11-ni. Võib nõustuda mõne autoriga (4), et organismi loomuliku immuunsuse vähenemine soodustab mikroorganismide

Tervete naiste organismi immunoloogilise reaktiivsuse näitavate normväärtused sõltuvalt vanusest

Näitaja nimetus	Uuritavate vanus aastates	Uuritute arv	Statistilised näitavud			Normväärtused
			M	$\pm\sigma$	$\pm m$	
Vereseerumi komplemendi tiiter	17...20	32	0,067	0,012	0,002	0,055...0,079 0,047...0,081 0,045...0,095 0,038...0,064
	21...30	17	0,064	0,017	0,001	
	31...40	17	0,070	0,025	0,006	
	41...50	26	0,051	0,013	0,003	
	51 ja vanemad	8	0,050	0,015	0,005	
Vereseerumi lüotsüümi tiiter	17...20	32	1:169	1:159	1:26	1:80...1:330 1:80...1:260 1:60...1:230 1:80...1:390
	21...30	17	1:169	1:84	1:23	
	31...40	17	1:143	1:83	1:20	
	41...50	26	1:235	1:154	1:31	
	51 ja vanemad	8	1:137	1:105	1:37	
Naha autofloora (Korosteljovi söötmel väljakasvanud kolooniate arv)	17...20	32	9,0	5,0	0,8	Kuni 25 kolooniat
	21...30	17	7,6	6,0	1,4	
	31...40	17	20,0	12,0	2,8	
	41...50	26	29,0	16,0	3,9	
	51 ja vanemad	8	21,0	8,0	4,9	
Naha bakteritsiidsusindeks (protsentides)	17...20	32	90,3	18,0	1,3	70...100%
	21...30	17	89,8	9,2	2,0	
	31...40	17	84,0	15,0	4,0	
	41...50	26	76,0	13,6	3,3	
	51 ja vanemad	8	80,2	12,6	3,3	

paljunemist nahal ja limaskestadel, samuti patogeensete tüvede rohkendumist. Järelikult aitab see kaasa endogeensest infektsioonist põhjustatud haiguste sagenemisele.

Samuti pidasime oluliseks võrrelda bakteritsiidsusindeksit ja tupe puhtusastet. 14 naisel uuriti Tallinna I Naistenõuandlas tupe äigepreparaate. Tehti kindlaks, et tupe I—II puhtusastme korral kõikus bakteritsiidsusindeks 64...100%, seevastu III—IV puhtusastme korral oli enamikul juhtudel vähenenud 45...83%-ni. Kuuel naisel, kellel oli tupe IV puhtusaste, leiti manniitpositiivseid mikroobe: välja oli kasvanud 2...15 bakterikolooniat.

Järelikult naha autofloora, bakteritsiidsusindeksi ja tupe puhtusastme vahel ilmneb teatav parallelism, ning naised, kel nende testide tulemused on halvad, võivad nähtavasti soodustada ümbritsevate esemete ja õhu saastumist mikroobi patogeensete tüvedega ning

olla mitmesuguste nakkushaiguste leviku allikaks.

Kokku võttes võib öelda, et autofloora ja bakteritsiidsusindeksi määramise testid on lihtsad, täpsed ning võimaldavad organismi immunoloogilise reaktiivsuse näitavate kindlaks teha isegi sünnitajatel (1). Need testid on vabariigis juba kasutusele võetud (3). Kui vereseerumi komplemendi tiitri ja lüotsüümi tiitri määramisel võib tekkida mõningaid raskusi, siis muude testide laialdasem kasutuselevõtmine sünnitusabis ja günekoloogias on oma lihtsuse tõttu täiesti otstarbekas.

Järeldused

1. Vereseerumi lüotsüümi tiitri, naha autofloora ja naha bakteritsiidsusindeksi normväärtused naistel ei erine normväärtustest meestel. Samal ajal on vereseerumi komplemendi tiiter üle 40 aasta vanustel naistel statistiliselt usaldusväärsemalt kõrgem kui meestel.

2. Naha autofloora, bakteritsiidsusindeksi ja tupe puhtusastme vahel ilmneb märkimisväärne parallelism. Naha autofloora menstruatsiooni ajal rohke-
neb, bakteritsiidsusindeks aga väheneb.

3. Meil kasutusel olevaid immunoloogilisi teste oleks otstarbekas laialdase-
malt rakendada.

KIRJANDUS: 1. Umanski, S., Kondrašov, G., Škodina, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1972, 2, 118—121. — 2. Алексеева О. Г. Гиг. труда, 1970, 9, 8—12. — 3. Аутофлора здорового и больного организма. Ред. Клемпарская Н. Н. Таллин, 1972. — 4. Волкова А. П., Кокорев Н. П. Гиг. труда, 1970, 1, 18—22. — 5. Городилова В. В., Кочеткова В. А., Ласточкина В. И. В кн.: Аутофлора здорового и больного организма. Таллин, 1972, 87—89. — 6. Дыгин В. П. Аутоиммунные заболевания крови. Л., 1964. —

7. Ермольева З. В., Буяновская И. С. В кн.: Руководство по сывороточному и вакцинному делу. Свердловск, 1943, 108—115. — 8. Здоровский П. Ф. Вестн. АМН СССР, 1971, 12, 41—48. — 9. Иоффе В. И. Тер. арх., 1969, 3, 21—32. — 10. Клемпарская Н. Н., Львицына Г. М., Шальнова Г. А. Аллергия и иммунитет. М., 1968. — 11. Клемпарская Н. Н., Шальнова Г. А. Аутофлора, как индикатор радиационного поражения организма. М., 1966. — 12. Петров Р. В. Введение в неинфекционную иммунологию. Новосибирск, 1968. — 13. Резникова Л. С. Комплемент и его значение в иммунологических реакциях. М., 1967. — 14. Филиппович Ю. В., Уманский С. Ш., Загвоздкин Л. М., Наумов В. А., Кондрашов Г. Ф., Бушляков М. С. Воен.-мед. ж., 1972, 9, 76—78.

Eesti NSV Kergetööstuse Ministeeriumi
Töö ja Juhtimise Teadusliku
Organiseerimise Keskus

JUVENIILNE KÜFOOS — MORBUS SCHEUERMANNI

EVALD SAUEMÄGI
Viljandi

UDK 616.711-007.54

Noorukitel teise kasvuperioodi lõpus arenevad küfoosi kirjeldas 1921. a. taani ortopeed H. W. Scheuermann, hinnates seda kui lülিকেhade apofüüsi osteokondropaatiat (*Osteochondropathia deformans juvenilis dorsi*). Hiljem on samale seisukohale asunud mitmed autorid, arvates Scheuermanni tõve (*Morbus Scheuermanni*) osteokondropaatiate hulka (12, 16). Siiski erinevad tõve tekimine ja kliiniline kulg osteokondropaatiast tunduvalt.

D. Rohlini (13) järgi eristatakse osteokondropaatia arengus kolme staadiumi, kusjuures kolmandas ehk lõppstaadiumis taastub nekrotiseerunud luu täielikult. Juveniilse küfoosi korral apofüüs ei taastu. Vastav lülিকেha aheneb, saades kiilu kuju, ja tekib küfoos.

A. Kossinskaja (10) ja D. Rohlin (13) on osteokondropaatiat nimetanud mikrotraumaatiliseks haiguseks. Osteokond-

ropaatia teket põhjustab kestav ülepin-
gutus, mitte aga otsesed traumad (14).

Seoses G. Schmorli ja H. Junghanni ulatuslike uurimistega lülisamba patoloogiast (6) hakati Scheuermanni tõbe seletama Schmorli sõlmede arvuka esinemisega (4, 5, 6, 9, 11, 13).

A. Kossinskaja (10) järgi on Schmorli sõlmede tekke esmane põhjus hüaliinplaadi degeneratiivsed muutused. Schmorli sõlmi on enamasti leitud vanematel, üle 40 aasta vanustel inimestel, harva noortel.

Ei ole mõeldav Schmorli sõlmede tekimine lastel ja noorukitel intaktse hüaliinplaadi korral. Sõlmede olemasolul lastel peab eeskätt mõtlema traumaatilistele rebenditele ning lõhedele hüaliin-
ja katteplaadis.

J. Schüller (8) peab juveniilse küfoosi etioloogias esmaseks reumaatilist kontraktuuri, mis põhjustab rõhu tõusu lü-

lived vahelises ruumis, selle tagajärjel rebendeid lülide katte- ja hüaliinplaa-dis.

Väga harva on juveniilset küfoosi avastatud floriidses staadiumis. Tavaliselt on seda diagnoositud lõppstaadiumis, kui lülিকেhad on kiilukujuliselt ahenenud ja kui on tekkinud märgatav küfoos.

Mõned autorid, nagu A. Kossinskaja (10) jt., peavad Scheuermanni tõve tekke oluliseks põhjuseks rasket füüsilist tööd lapse- ja noorukieas. Rasket füüsilisel tööl tõve tekkes G. Schröteri (7) arvates tähtsust ei ole, küll aga võib see haiguse kulgu halvendada.

Valikuta uuriti 560 kutsekooli õpilast, kes tegid kehalist tööd, ja 560 üldharidusliku kooli õpilast. Scheuermanni tõbe diagnoositi röntgenoloogiliselt 12,4%-l kutsekooli õpilastest, üldharidusliku kooli õpilastest aga 13%-l.

Mitmed autorid (4, 8, 9, 10 jt.) arvavad, et Scheuermanni tõve korral arenevad lülisamba degeneratiivsed-düstroofilised muutused sageli pärast 30. kuni 40. eluaastat, eeskätt neil, kes teevad rasket füüsilist tööd. Sagedamini on seda täheldatud sportlastel.

K. Rücker ja K. Kobbe (4) uurisid 13...28 aasta vanust 320 sportlast röntgenoloogiliselt. Neist diagnoositi 86-l (26,9%) Scheuermanni tõbe.

Küfoosi esinemissagedus mees- ja naissportlastel oli peaaegu võrdne: meestel 26,87%, naistel 26,92%.

Uuritud sportlastest ei olnud enamikul mingeid kaebusi ja ainult küsitlusel viitasid 14 (13,3%) valudele lülisamba rinna- või nimmeosas.

13...14 aasta vanustel sportlastel võis Scheuermanni tõbe diagnoosida vaid üksikjuhtudel, floriidses staadiumis.

Saksa DV olümpiakoondisel sportlikus võimlemises leiti Scheuermanni tõbe lülisamba röntgenoloogilisel uurimisel 25%-l sportlastest, kusjuures ükski ei kaevanud seljavalu.

W. Brauer (2), uurinud lülisamba muutusi kontorsionistidel, leidis neil, kes painutavad maksimaalselt dorsaal-

sele («kautšukinimesed»), tüüpilisi muutusi, mis vastavad Scheuermanni tõve pildile. Nende artistide treening algab tavaliselt 10...11 aasta vanuses ja kestab aastaid, kuni esinemisküpsuseni välja.

Arvestades Scheuermanni tõve sagedasemat esinemist sportlastel ja tüüpilisi muutusi kontorsionistidel, võib arvata, et juveniilse küfoosi etioloogias on oluline tähtsus otsesel traumal, millega kaasneb eesmise pikisideme ja limbuse rebend. Sellele võivad lisanduda hüaliin- ja katteplaadi rebendid ning selle kaudu *nucleus pulposus*'e prolapsid lülিকেhasse (Schmorli sõlmed).

Sellised muutused võivad tekkida juba varajases lapseeas, mis on tingitud väikelaste sagedasest kukumisest, mil traumeeritakse lülisammast.

Küllalt sageli pöörduvad vanemad arsti poole, kui laps kaebab seljavalu, mis on alguse saanud kukumisest. Kliinilisel ja röntgenoloogilisel uurimisel sageli midagi patoloogilist ei sedastata. Sel juhul diagnoositakse seljapõrutust. Valud enamikul lastel mõne nädalaga mööduvad ja need unustatakse. Alles teise kasvuperioodi lõpul võib sellest areneda küfoos.

Lülিকেhade apofüüsides tekivad luustumistuomad tüdrukutel 6. kuni 8. eluaastani, poistel 7. kuni 9. eluaastani. Enne seda ei ole limbuse rebendid röntgenoloogiliselt diagnoositavad.

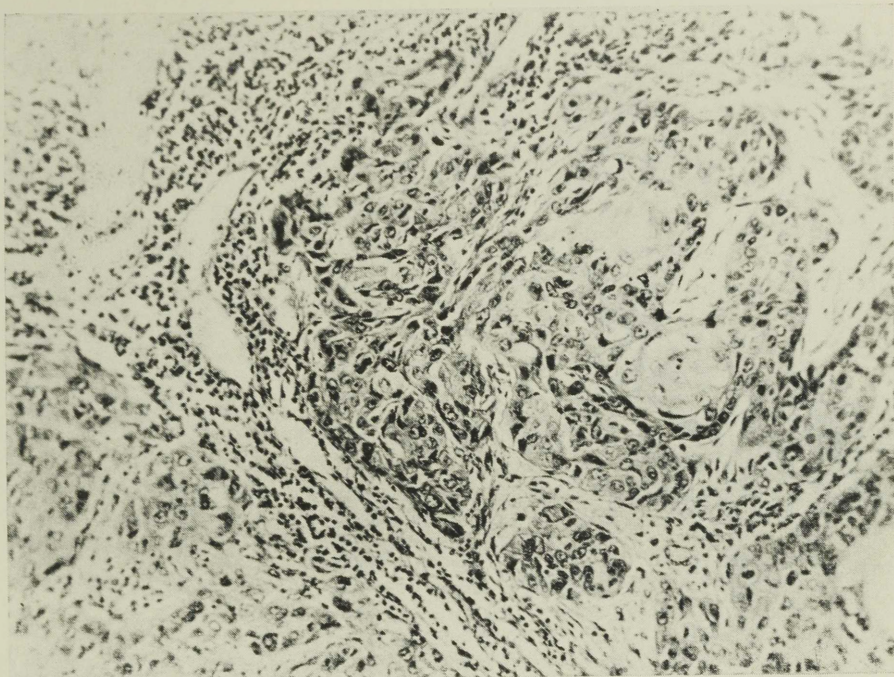
Ainus kliiniline sümptom, mida oleme võinud täheldada lastel ja noorukitel eesmise pikisideme ja limbuse rebendite korral, on terav valulikkus painutusel dorsaalsele.

Noortel sportlastel esineb sageli ülepingutusperioostoose seljalihaste kinnituskohadel ogajätketele ning niudeluuharjadele. Sageli kaasnevad sellega pikka aega kestvad seljavalud. Nendel juhtudel on tugevasti piiratud ja väga valulik painutus ette.

Eesmise pikisideme ja limbuse rebendeid soodustab lülisamba anatoomiline ehitus (vt. joonis).

Eesmine pikisideme koosneb tihedast sidemest, mis üksikute kimpudena ula-

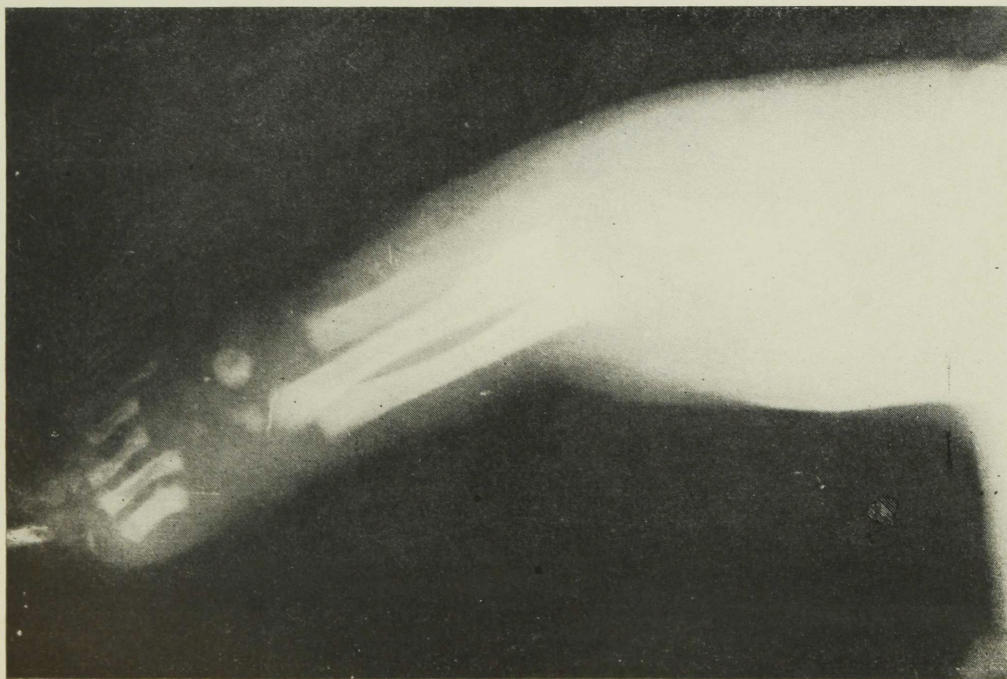
V. Erilas
E. Jõeeste



Mikrofoto. Metastaasid väikese vaagna lümfisõlmedes.

V. Kaselaid
J. Kuraksa

Röntgenogramm





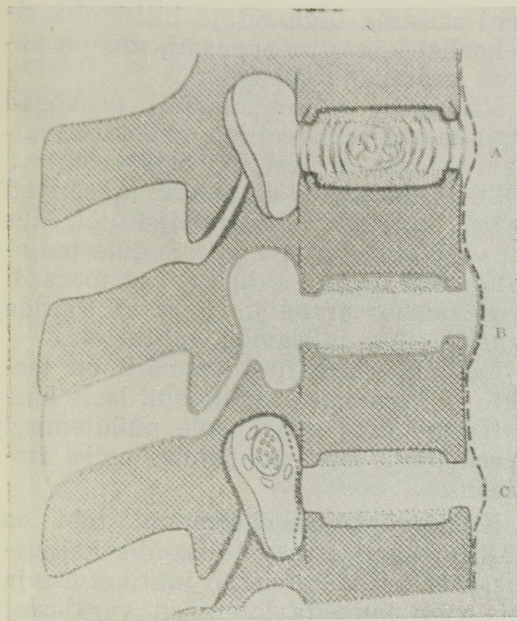
Röntgenogramm 1



Röntgenogramm 2



Röntgenogramm 3



Skemaatiline joonis lülisambast.

tub ühelt lülilt teisele, kinnitades lüliskehale ja limbusele.

Tagumine pikiside sisaldab rohkesti elastseid kiude ja on lüliskehaga õrnalt ühendatud, kinnitades lülidevahelisele kettale. See koos lülidevahelise ketta kõrgusega määrab liikuvuse ulatuse ühes lülisamba segmendis.

Scheuermanni tõi tabab sagedamini lülisamba rinnaosa alumisi lülisid, mille vahelised kettad on madalamad.

Igasugune füsioloogilise liikuvuse piire ületav painutus dorsaalsele (kukkumisel, akrobaatiliste harjutuste sooritamisel jne.) võib põhjustada eesmise pikisideme ja limbuse rebendeid. Et eesmine pikiside ja limbus on tihedas ühenduses hüaliin- ja katteplaadiga, võivad rebendid tekkida ka seal.

Et rebenenud limbuse osa ei taastu ja tekib apofüüsi normaalse luustumise häire, siis lüliskeha eesmine osa aheneb ja areneb küfoos.

Kogu see protsess võib kulgeda latentset, alates lapseeas, alles vanemas koolieas võime märgata küfoosi teket ning pärast kolmekümnendat-neljakümnendat eluaastat konstateerida lüliskehade degeneratiivseid muutusi.

Igasugune järsk lülisamba painutus dorsaalsele võib põhjustada eesmise pikisideme ja apofüüsi rebendeid. Üheks selliseks harjutuseks on flop-stiil kõrgushüppes, mil sportlane ületab lati seljaga, sooritades poolsalto taha. Et selles stiilis edu saavutada, on vajalik tugev hüppevõime ning peavad olema tugevad seljalihased. See on hästi treenitav, kuid lihasejõud võib siinjuures ületada lülisamba sideaparaadi vastupanu, nii teki- vadki rebendid.

Juht 1. Viljar S., 14-aastane spordikooli kergejõustikuosakonna õpilane.

21. IV 1972. a. oli harjutanud kõrgushüpet flop-stiilis. 22. IV 72. a. tekkisid valud seljas, käed vähe tuimad. See seisund püsis paar päeva, siis valud nõrgenesid. Nooruk jätkas treeninguid ja võistlemist. Mai algul tekkisid seljavalud uuesti. 6. mail tehti röntgenülesvõte lülisamba rinnaosast ja 19. V 1972 lülisamba kaelaosast (vt. tahvel XVIII, röntgenogramm 1). Röntgenogramm: I rinnalüli apofüüsi, hüaliin- ja katteplaadi rebend. Eesmise pikisideme rebend ja algav kaltsifikatsioon. Kaheks kuuks asetati haigele kipskorsett.

Sporditraumade korral on sageli täheldatud liigeste ja lülisamba sidekoe- lise aparaadi ning kõhrede vigastusi. Nende kindlakstegemine on tihti väga raske ja nõuab pikemaajalist uurimist. Et vältida hilisemaid degeneratiivseid muutusi, on treeningud ja võistlemine sel perioodil keelatud (15).

Scheuermanni tõbe floriidses staadiumis oleme spordikooli õpilastel diagnoosinud väga harva.

Juht 2. Malle H., 14-aastane sportliku võimlemise osakonna õpilane. Ta on treeninguid alustanud üheksa-aastaselt. Selg oli valu- saks jäänud 1965. a. kevadel pärast akrobaa- tiliste harjutuste sooritamist. Eriti tugev valu tekkis painutusel taha. Et ta suvel ei treen- inud, olid valud nõrgemaks jäänud. Sügisel alustas treeninguid uuesti, kuid mitmeid ak- robaatilisi harjutusi valude tõttu sooritada ei saanud. 2. X 1965 tehti röntgenülesvõte lülisamba rinnaosast (vt. tahvel XVIII, röntgenogram- m 2). VII ja VIII rinnalüli vaheline ketas kitsenenud. Katteplaadid ebatasased, lüliskehade eesmine osa ahenenud. XI ja XII rinnalüli ning I lumbaallüli katteplaadid eba- tasased. Diagnoos: *Morbus Scheuermanni*.

Kliiniliselt: märgatav küfoos rinnaosas, terav valulikkus painutusel dorsaalsele. Üheks aastaks keelati treeningud ja võistle- mine. Kontrollimisel 20. VI 1966 leid röntgeni-

pildil sama. Eelnevale lisaks näha Schmorli sõlme VIII rinnalüli lüliskehas ja XI—XII rinnalüli, I lumbaallüli serva usuure (vt. tabel XVIII, röntgenogramm 3). On loobunud sportlikust treeningust.

Et Scheuermanni tõve korral on sageli täheldatud hilisemat spondüloosi, on väga oluline, et haigus avastataks varajases staadiumis. See on tarvilik edasise ülekoormuse vältimiseks, sest liigne koormus halvendab tõve kulgu. Kui on tekkinud vähimgi kahtlus, tuleb korduvalt teha röntgenülesvõte frontaalsuunas, sest esialgsed muutused võivad olla vähemärgatavad.

Et Scheuermanni tõbe esineb õpilastel sageli (7), tuleb edaspidi kaaluda, kas akrobaatilisi harjutusi kooli kehalise kasvatusprogrammi üldse võtta.

Igasugused harjutused, mille sooritamisel ületatakse lülisamba füsioloogilise liikuvuse piirid, peaksid kasvuaegselt keelatud olema.

Eelkooliealistele on soovitatud mitmesuguseid akrobaatilisi ja jõudu arendavaid harjutusi (3). Selles osas tuleb olla äärmiselt tagasihoidlik, et mitte kahjustada laste tugiaparaadi normaalset arengut ja põhjustada varajast invaliidsust.

Laste liikumisaktiivsus on väga suur ja seda tuleb ainult õigesti juhtida, et lapse areng oleks normaalne. Kõik harjutused peavad olema füsioloogiliselt põhjendatud ja vastama lapse arenemistasemele.

Laste tugiaparaat muutub kogu kasvuperioodil pidevalt ja kujuneb ümber vastavalt lapse kasvule ja lihasejõu arengule.

Mitmed autorid (1, 11) on rõhutanud vajadust laste ja noorukite lülisammast ja liigeseid igati säästa. Sellest seisukohast lähtudes ei ole õige kasutada eelkooliealiste laste kehalistes harjutustes akrobaatilisi elemente, samuti teha spetsiaalseid jõudu arendavaid harjutusi mitmesuguste vahenditega.

Jõu arendamine olgu harmooniliselt seotud tugiaparaadi füsioloogilise arenguga, igasugune vahelesegamine mõjub siin ainult kahjustavalt.

Väikelaste kehalises kasvatuses peab

eriti säästma liigeseid ja lülisamba sidekoelist-kõhrelist aparaati, mis on vähese vastupanuvõimega.

Väikelaste võimlemissaali põrandad olgu kaetud hügieeniliste tehiskiust vaipadega, mis on hästi puhastatavad.

Suvel toimuva võimlemine ja mängud väljas korralikel muruväljakutel, kus lapsed saavad joosta ja mängida paljajalu. See loob eeldused tugiaparaadi normaalseks arenguks ja aitab vältida liigeste ning lülisamba kahjustusi.

Kehalise kasvatuses eesmärk on tervete ja normaalselt arenenud laste kasvatamine ning selle poole püüdlemisel arvestatagu lapse arenemise ealisi iseärasusi.

Kokkuvõte. Scheuermanni tõbi on küllalt sageli esinev lülisamba kahjustus, kus trauma etendab juhtivat osa ja mis võib kulgeda latentselt varajasest lapseast alates ja põhjustada juveniilset küfoosi alles teise kasvuperioodi lõpus.

Scheuermanni tõve korral on sageli täheldatud lülisamba degeneratiivseid düstroofilisi muutusi pärast 30. kuni 40. eluaastat.

Arvestades lülisamba anatoomilist ehitust ja kõne all oleva haiguse tunduvalt sagedasemat esinemist sportlastel, võib Scheuermanni tõve tekkes primaarseks pidada eesmise pikisideme ja limbuse rebendeid. Need võivad tekkida lapseas, kui toimub tugev, füsioloogilise liikuvuse piire ületav lülisamba painutus tahapoole.

Scheuermanni tõve vältimiseks tuleb laste ja noorukite lülisammast igati säästa. Seda peab eriti arvestama kooliõpilaste ja eelkooliealiste laste kehalises kasvatuses, kus tuleks täielikult keelata akrobaatilised harjutused.

Laste kehalises kasvatuses tuleb täita kõiki hügieeninõudeid, et tugiaparaadi kahjustusi ära hoida.

KIRJANDUS: 1. Akkermann, S. Med. Sport, 1964, 6, 199—200. — 2. Brauer, W. Med. Sport, 1967, 2, 33—40. — 3. Peebo, E. Noorsoo kehalise kasvatuses ja kehalise arengu probleemid seoses rahva tervishoiu seisundiga. Tartu, 1968, 35—36. — 4. Rücker, K., Kobbe, K. H. Med. Sport, 1965, 1, 8—11. — 5. Schmidt, I. Traumatologie des Sportes.

Berlin, 1959. — 6. Schmorl, G., Jung-
hann, H. Die gesunde und die kranke Wir-
belsäule in Röntgenbild und Klinik. Stutt-
gart, 1957. — 7. Schröter, G. Z. ärztl. Fort-
bild., 1968, 13, 719—722. — 8. Schüller, J.
Leitfaden der Orthopädischen Krankheiten.
Leipzig, 1962. — 9. Клионер И. Л. Старче-
ские и дегенеративные изменения в суставах и
позвоночника. М., 1962. — 10. Косинская
А. С. Дегенеративно-дистрофические пораже-
ния костносуставного аппарата. М., 1961. — 11.
Миронова З. С., Мартенс А. С., Кли-
мова М. К., Соболева М. С. Ортопед.
травматол., 1967, 2, 29—34. — 12. Рейнберг
С. А. Рентгенодиагностика заболеваний костей

и суставов. М., 1955. — 13. Рохлин Д. Г. Вестн.
рентгенол., 1951, 1, 29—38. — 14. Сауэмаги
Э. К. В сб.: Тез. докл. V республиканской науч-
но-практической конференции Эстонской ССР.
Вопросы спортивной медицины и лечебной физ-
культуры. Таллин, 1964, 23—24. — 15. Сауэма-
ги Э. К. В сб.: Материалы VIII республикан-
ской научно-практической конференции Эстон-
ской ССР. Вопросы спортивной медицины и ле-
чебной физкультуры. Таллин, 1969, 73—74. —
16. Чаклин В. Д. Ортопед. травматол., 1968,
6, 1—10.

Viljandi Rajooni Kesksaigla

REUMA LEVIK JA KLIINILISED VORMID KINGISSEPAS

REINHOLD BIRKENFELDT

Kingissepa

UDK 616-002.77-022.3-03

Reuma levikust teatavas piirkonnas annab tõepärase pildi ühe mikrorajooni kogu elanikkonna uurimine unifitseeritud metoodika ja diagnostiliste kriteeriumide alusel. Sel puhul saadakse andmeid nii haigete kohta, kel atakk oli esmane, kui ka nende kohta, kel klapi-rikked olid juba varem välja kujunenud. Registreeritud haigestumus seda ei kajasta (2, 4, 9). Balti liiduvabariikidest on reuma levikut laialdasemalt uuritud Leedu NSV-s. J. Devaitene (5) andmetel on reumat diagnoositud Kaunases 3,03% -l ja Kaunase piirkonna maarajoonides 1,5... 2,32% -l elanikest, A. Matulise ja kaasautorite andmeil (8) Prenaiski rajoonis 2,42% -l elanikest. Nime-
tatud autorid olid uurinud noorukeid ja täiskasvanuid.

Me uurisime aastail 1970...1972 Kingissepa ühe mikrorajooni elanikke, kus elas 5782 inimest. 1970. a. üleliidulise rahvaloenduse andmeil oli see mikrorajoon Kingissepa linnale tüüpiline elanike soolise ja vanuselise koosseisu poolest. Meie uurisime kodus 5351 inimest (täiskasvanut ja last), mis moodustas 92,55% kõikidest elanikest. Kasutasime NSV Liidu Arstiteaduse Akadee-

mia Reumainstituudi epidemioloogiliste uurimiste skeemi ja reuma epidemioloogia uurimise perfokaarte täiskasvanute ning laste jaoks (7). Kõikide vaatlusaluste kohta täideti perfokaardid ja töötati läbi haigete individuaalkaartide ning laste arengulugude andmed.

Kõiki reumahaigeid ja reumakahtlasi isikuid uuriti komplekselt: üksikasjaline küsitlus ja objektiivne uurimine, laboratoorsed uuringud (leukotsüütide arvu, SR-i, siaalhappe, C-reaktiivse valgu, anti-O-streptolüsiini, proteino-grammi määramine), rindkere röntgen-läbivalgustus söögitoru kontrasteerimisega, EKG, vajaduse korral FKG. Osa haigeid uuriti statsionaaris.

Aktiivse reuma diagnoosimisel kasutati A. Kisseli, T. Jonesi ja A. Nesterovi (1, 6, 10), reuma inaktiivse faasi puhul aga J. Devaitene (5) soovitatud diagnostilisi kriteeriume.

5351 vaatlusalusest (täiskasvanud ja lapsed) oli reuma diagnoos kindel 106-1 (1,98 ± 0,19%) ja tõenäoline 17 isikul (0,32 ± 0,08%). Reuma levik eri vanuserühmade meestel ja naistel on esitatud tabelis. Reumat diagnoositi naistel 1,5 korda sagedamini kui meestel ($t=2,2$).

Reuma levik Kingissepa elanike hulgas

Vanuserühmad	Uuritute arv			Reumahaiged		
	naised	mehed	kokku	mehed	naised	kokku
0...14	605	650	1255	3 (0,50±0,28%)	4 (0,62±0,30%)	7 (0,56±0,20%)
15...24	299	409	708	5 (1,67±0,74%)	17 (4,16±0,98%)	22 (3,11±0,65%)
25...34	473	535	1008	12 (2,54±0,72%)	18 (3,36±0,77%)	30 (2,98±0,53%)
35...44	501	494	995	12 (2,40±0,68%)	21 (4,25±0,91%)	33 (3,31±0,56%)
45...54	214	367	581	1 (0,47±0,46%)	9 (2,45±0,80%)	10 (1,72±0,53%)
55...64	137	267	404	2 (1,46±1,02%)	2 (0,75±0,52%)	4 (0,99±0,49%)
65 ja enam	81	319	400	—	—	—
Kokku	2310	3041	5351	35 (1,51±0,25%)	71 (2,33±0,27%)	106 (1,98±0,19%)

Reumajuhtude arv suureneb noorukieas.

15. eluaastast alates oli reumahaigete hulgas naisi tunduvalt rohkem, näiteks 15- kuni 24-aastaste vanuserühmas 2,5 korda meestest rohkem ($t=1,9$). 15-aastaste ja vanemate hulgas esineb reumat $2,42 \pm 0,24\%$, mis ühtib A. Matulise ja kaasautorite (8) andmetega.

74,5% reumahaigetest oli dispanseersel arvel. Kuni 20 aasta vanuses oli haigestunud 51,9% ja kuni 30 aasta vanuses 78,3% reumahaigetest. See ühtib V. Bobõlevi (3) andmetega. Sealjuures 12,3%-l haigetest ei õnnestunud haigestumise aega täpsustada.

Haiged kuulusid järgmistesse sotsiaalsesse rühmadesse: 13 õpilast, 37 töelist, 50 teenistujat ja 6 invaliidi.

Kuni viis aastat oli haigus kestnud 32 haigel, 6 kuni 10 aastat 13-l, 11 kuni 20 aastat 30-l ja üle 20 aasta 18 haigel. 13 haigel ei saanud haiguse kestust kindlaks määrata.

Reuma oli aktiivses faasis 13 haigel (12,3%), neist kahel mehel ja 11 naisel. Kaheksal haigel oli reuma aktiivsus I astmes ja viiel II astmes. A. Nesterov ja A. Bolotina (9) on analoogilistel läbivaatustel kindlaks teinud aktiivses faasis reumat põdevaid haigeid 10... 25%, neist enamikul oli haiguse aktiivsus I astmes. Ülejäänud 75... 90%-l oli haigus inaktiivses faasis. Sellest tuleneb suur erinevus massilistel läbivaatustel kindlakstehtud haigete arvus ja ametlikult registreeritud haigestumuses, sest paljud haiged, kel haigusprotsess on

inaktiivses faasis, tunnevad end hästi ja pikka aega ei ole nad raviasutustesse pöördunud.

Aktiivses faasis kardiiti oli diagnoositud üheksal, neist ühel oli haigus pidevalt retsidiiveeruva kuluga; kardiiti polüartriidiga kolmel ja kardiiti polüartriidi ning nefriidiga ühel haigel.

Klapirikked olid välja kujunenud 56-l (52,8%) reumahaigete üldarvust, neist mitraalklapi puudulikkus 30-l, vasaku atrioventrikulaarsuistiku stenoos ja mitraalklapi puudulikkus 14-l, kombineeritud mitraal- ja aortalriike üheksal, mitraalstenoos ühel, aordiklappide puudulikkus ühel ja aordiklappide puudulikkus koos aordisuistiku stenoosiga ühel haigel. Neljal haigel oli tehtud mitraalkommissurotoomia. Krooniline vereringe puudulikkus I astmes oli kuuel, IIa astmes kuuel, IIb astmes kaheksal ja III astmes ühel haigel.

Kokkuvõte. Kingissepas diagnoositi reumat massilise läbivaatuse tulemusena $1,98 \pm 0,19\%$ elanikest. Haiguse levik naiste hulgas oli 1,5 korda suurem kui meestel. Reuma oli aktiivses faasis 12,3%-l haigetest. Klapirikked olid välja kujunenud 52,8%-l reumahaigetest.

KIRJANDUS: 1. Jones, T. D. J. Am. Med. Assoc., 1944, 126, 481—492. — 2. Pavelka, K. Rheumaforsch., 1968, 27, 3/4, 88—94. — 3. Бобылев В. Я. Эпидемиология ревматизма в сельской местности и клинические варианты межприступного периода. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Иваново, 1970. — 4. Гаргасас Л. В. Сов. здравоохр., 1965, 8, 11—16. — 5. Девайтене Ю. И. Эпидемиологические исследования ревматизма и болезней суставов

в г. Каунасе Литовской ССР. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Каунас, 1968. — 6. Кисель А. А. Абсолютный симптомокомплекс при ревматических заболеваниях у детей. Труды, том I. М.—Л., 1940. — 7. Лейтес Б. Г., Болотина А. Ю., Зайцева М. П., Максимова Е. Н., Цыганова Г. И. Сов. мед., 1968, 4, 133—136. — 8. Матулис А. А., Гуобис Г. Я., Девайтене Ю. И., Пуд-

жюнене Э. П., Саткене Д. И. Вопр. ревмат., 1970, 4, 67—71. — 9. Нестеров А. И., Болотина А. Ю. Вопр. ревмат., 1969, 2, 66—68. — 10. Нестеров А. И., Сигидин Я. А. Клиника коллагеновых болезней. М., 1966.

Kingissepa Rajooni Keskaigla

Ülevaated

MITMESUGUSTE RAVIMITE JA RAVIPROTSEDUURIDE TOIME LOOTESSE JA VASTSÜNDINUSSE

AVO-VALDUR MIKELSAAR

Tartu

UDK 615.065-053.1/31(047)

Ülemaailmselt on tuntud tragöödia, mida kuuekümnendate aastate algul põhjustas talidomiidi manustamine rasedatele. Talidomiid on väga tõhus uinuti, tal puudub otsene toksiline toime isegi väga suurtes doosides sissevõetuna. Manustatuna aga rasedatele 35. kuni 50. päeval pärast viimase menstruatsiooni-perioodi esimest päeva põhjustab talidomiid loote surma või arenguanomaaliaid, millest kõige drastilisemad on jäsemete väärarengud, näiteks tetrafokomeelia.

Talidomiidi toime ei ole veel päris selge. Võib-olla blokeerib ta mingit geenide poolt reguleeritavat ainevahetusprotsessi, mis organogeneesis tähtsat osa mängib. Vähem tõenäoline on, et ta difereentseerivas elundis rakke lihtsalt tapab.

Talidomiidiga saab esile kutsuda ühesuguseid väärarenguid nii ahvidel kui ka inimesel. Väärarengute laad sõltub embrüogeneesi ajast, mil talidomiidi manustatakse (vt. tabel).

Pärast talidomiiditragöödiat on kestnud ja kestab siiani rasedatel hirm ravimite ees. Ka arstide teadmised on puudulikud selles, milliseid ravimeid raseduse ajal võib ja milliseid ei ole soovitatav ordineerida.

Sellele vaatamata tarvivad rasedad suurel hulgal ravimeid, W. Bleyeri ja kaastöölise (2) andmetel isegi keskmiselt 8,7 arstimit raseduse jooksul, neist 80% arsti kontrollita. Seetõttu on väga vajalik teada, millised ained võivad põhjustada arenguanomaaliaid, millised mitte.

Arstimi teratogeenset toimet hinnata on erakordselt raske. See sõltub loote arengufaasidest (vt. tabel), geneetilisest tundlikkusest, ema tervisest. W. Lenzi andmetel sünnitas terved lapsed 80% nendest emadest, kes loote arengu tundlikul perioodil olid talidomiidi tarvitanud. Miks ainult 20% -l juhtudest põhjustas see raskeid anomaaliaid? Millised geneetilised või keskkonna tegurid siin osalevad?

Artikli ülesandeks ongi käsitleda mõningaid tegureid ja tingimusi, millest sõltub ravimite ja mõnede raviprotseduuride toime lootesse või vastsündinusse, ning esitada andmeid mitmete ravimite teratogeense toime kohta.

On laialt levinud seisukoht, et platsenta kaitseb loodet kahjulike ainete eest täielikult. Tegelikult see nii ei ole. Ravimid, mille molekulkaal on 1000 või vähem, läbivad platsenta üsna kergesti. Leidub ka erandeid: tubokurariin läbib

Seos talidomiidi manustamise aja ja vääraarengute laadi vahel W. Lenzi järgi (5)

Päevad pärast viimase menstruatsiooni-perioodi algust	Vääraarengud
35	kõrvalehe puudumine, näo-närvi- ja silmalihaste halvatus
37	pöialde aplaasia, kusjuures kodarluu on säilinud
38...40	käsi-varte täielik või osaline puudumine
41...43	päraku atreesia, neerude vääraarengud
43...45	käsi-varte rasked vääraarengud, jalgade puudumine, südame vääraarengud, kaksteistsõrmiksoole atreesia või stenoos
44...47	jalgade rasked vääraarengud, südame vääraarengud
50	pöialde kolmelülilisus, päraku stenoos

platsenta väga väikestes kogustes, kuna paljud ravimid, mis tavaliselt platsentat ei läbi, teevad seda kergesti tokseemia korral.

E. Page (8) on erinevad ained nende võime põhjal läbida platsentat jaotanud järgmiselt.

1. Ained, mis osalevad biokeemilise homöostaasi säilitamises, kaitsevad loodet äkilise surma eest, ja mis läbivad platsenta kiire difusiooni teel, näiteks hapnik, süsihappegaas, vesi, elektrolüüdid, amiinid.

2. Ained, mis osalevad põhiliselt ja primaarselt loote toitumises ja mille kandjasüsteem transpordib läbi platsenta difusiooni teel, näiteks glükoos, aminohapped, riboflaviin.

3. Ained, mis modifitseerivad loote kasvu ja säilitavad rasedust ja mis transporditakse läbi platsenta põhiliselt aeglase difusiooni teel, näiteks steroidid, ema valgulised hormoonid või platsentaarse päritoluga hormoonid.

4. Immunoloogiliselt tähtsad ained, mis transporditakse läbi platsenta (vigastuse tagajärjel tekkinud suurte pooride kaudu), või ained, näiteks plasma-

valgud, mis transporditakse pinotsütoosi teel.

Peale ravimite transpordi on loote mõjutamisel olulised veel järgmised tegurid.

1. Kasutatud ravimite hulk ja ravi kestus.

2. Raseduse staadium, mil ravimit esmakordselt manustati. Enamikku vääraarengutest on võimalik esile kutsuda ainult loote elu esimese 12 nädala jooksul, kuna just sel ajal toimub organogenees. Teine kriitiline periood on raseduse viimased nädalad ja sünnituse algus. Sel ajal manustatud ravimid võivad olla kahjutud lootele, kuid hädaohtlikud vastsündinule. Näiteks struuma teket soodustavad ravimid võivad takistada vastsündinu hingamisekskurisioone.

3. Mõnede ravimite ainevahetus on loodetel nii kvantitatiivselt kui ka kvalitatiivselt erinev, võrreldes ainevahetusega vastsündinul või täiskasvanul. Need erinevused on seletatavad eelkõige platsenta väga tõhusa ekskretoorse tegevusega, mis vastsündinul puudub. Eriti võib see tunda anda enneaegselt sündinute puhul. Selline võib olla näiteks nende enneaegsete suurem kalduvus tuumaikteruseks, kes või kelle emad on saanud vees lahustuvaid K-vitamiini analooge või mõningaid sulfoonamiide suurtes doosides.

Mitmesuguste mõjutuste tulemusena võivad lootel tekkida vääraarengud, endokriinsed häired, mööduvad ainevahetusehäired tingituna toksilistest ainetest ja püsivad funktsionaalsed või orgaanilised kõrvalekalded neil vastsündinuil, kelle emad on saanud raviaineid raseduse lõpul või sünnituse algperioodil.

Allpool esitatud andmed mitmesuguste ravimite ja protseduuride toimest lootesse ja vastsündinusse on pärit A. Colini ja R. Lambotte'i (3), W. Meesteri (7), V. Apgari (1), J. F. Lucey (6) ja W. Lenzi (4) artiklitest.

I. Ravimid, mis on vajalikud krooniliste haiguste raviks

Närvisüsteemi mõjutavad ravimid
Barbituraadid ei ole lootele hädaohtli-

kud, ehkki väikese molekulkaalu tõttu läbivad need platsenta kergesti. Tähelepanu peaks siiski pöörama fenobarbitaali e. luminaali antimitootilisele toimele. Mõnede autorite andmetel kutsub barbituraatide suurel hulgal manustamine sünnitusel vastsündinul esile imemisraskusi ja unisuse, mis kestab kuni kuus päeva pärast sündi.

Epilepsiavastase toimega preparaadid ei näi loote väärearngute tekkega tavaliselt seotud olevat, ehkki on andmeid, et hüdatantoiinid, näiteks difeniin e. *Phenytoinum*, põhjustavad lootel virilismi. Trankvilisaatorid. Kuigi talidomiidi teratogeenset toimet inimesse ei saa ignoreerida, ei saa seda toimet omistada kõikidele trankvilisaatoritele. Vaatamata keemilisele analoogiale talidomiidiga on noksüroonil (e. *Glutethimidum*) embrüotoksiline toime loomadesse, kuid teratogeenne toime näib tal puuduvat.

Neuroleptikumid näivad olevat vähese toksilise toimega lootesse. Aminasiin (e. *Chlorpromazini Hydrochloridum*) põhjustab väärearnguid hiirtel, tema toime inimlootesse on ebaselge. Ka melipramiini, eeleniumi ja deksedriini (bensedriinirühma derivaat) teratogeense toime kohta andmed puuduvad.

Meprotaan (e. *Meprobamatum* e. *Andaxin*) võib põhjustada jäsemete väärearnguid. Mefoliini (*Gracidin* e. *Phenmetrazinum*) on süüdistatud kaasasündinud diafragmaalhernia tekkes.

Et ükski neist ravimeist ei ole eriti vajalik isegi raskete haiguste raviks ja kuna me liiga vähe tunneme nende toimet embrüogeneesisse, on soovitatav loobuda nende väljakirjutamisest rasedatele.

Süda ja veresoonekonda mõjutavad ravimid

Toniseerivad südamevahendid (digitaalid, strofantiin). Nende kasutamisel terapeutilistes doosides ei ole täheldatud mingisugust kahjustavat toimet ei embrüosse ega lootesse.

Antifibrillandid (kinidiin ja aimaliin) ei näi isegi suurtes doosides põhjustavat ei aborte ega väärearnguid.

Vererõhku alandavad vahendid (papaaveriin, dehüdrasiliin, metüüldopa) embrüogeneesi ei häiri. Reserpiini kasutamisel raseduse ajal isegi suurtes doosides ei ole tekkinud ei rasedusanomaaliaid ega loote väärearnguid. Ei tohi aga unustada reserpiini toimet sünnitussjärekselt: vastsündinul tekivad katarraalne konjunktiviit või riniit, bradükardia, bronhides hüpersekretsioon, samuti unisus.

Diureetikumide sekundaarne toime on lootele väga sageli toksiline või teratogeenne. Need preparaadid põhjustavad rasedal raske hüpokalieemia ja alkalooosi, millega loote organism ei suuda kohtaneda.

Antikoagulandid. Vastupidi K-vitamiini antagonistidele (dikumariin, feniliin jt.) ei läbi platsentat hepariin. Selle mõju loote vere koaguleerimisele on küllaldane. On mõned teated, et kui emasid on ravitud antikoagulantidega, on vastsündinuil ilmnenud rasked hemorraagianähud.

Sisenõristusnäarmete tegevust mõjutavad ravimid

Pankrease tegevust mõjutavad ravimid. Embrüopaatiad on vastsündinuil täheldatud üsna palju, kui emad on põdenud suhkurtõbe, kuid ei ole selge, kas need on tingitud ema haigusest või hüpo-glükeemiliselt toimivatest ravimitest.

Insuliin teratogeenset toimet inimesse ei avalda, mitte ka insuliinkooma puhul, kuigi viimast raseduse ajal ravi otstarbel esile kutsuda ei ole soovitatav.

Erinevad autorid on kokkuleppele jõudnud, et suu kaudu antavad hüpo-glükeemiliselt toimivatel ainetel, diguaaniididel (näiteks DBI), ei ole teratogeenset toimet.

Sulfaniilamiididel on seevastu üsna halb reputatsioon. Kliinilised vaatlused ei anna veel põhjust kindlateks järeldusteks, kuid just selle ebakindluse tõttu ei ole sulfaniilamiide rasedatele soovitatav ordineerida. Tsükلاميidi kasutamisel raseduse ajal on vastsündinute perinataalne suremus tunduvalt suurem kui nende vastsündinute puhul,

kelle emasid raseduse ajal on ravitud insuliiniga.

Paljud hüpoglükeemiliselt toimivad ained, näiteks fluoratsetaat, galaktoos, glukagoon, põhjustavad silmade anomaaliaid, nagu mikroftalmia, anoftalmia ja glaukoom.

Kilpnäärme tegevust mõjutavad ravimid. Vastupidi antitüreoidset toimivatele preparaatile, nagu tiouratsiil, ei läbi türoksiin platsentat isegi väga väikeses koguses. Need ained, muidugi ka jood ja joodiühendid, võivad põhjustada lootel struuma. Prenataalne hüpotüreoos, mille tagajärjeks on närvisüsteemi histogeneesi peetus, toob endaga kaasa vaimse mahajäämuse.

Ka rinnaga toitmine ei ole tiouratsiilravi ajal soovitatav.

Radioaktiivne jood põhjustab rasket loote kahjustust, arenevad involutsiooni- ja kolloidstruuma.

Neerupealiste tegevust mõjutavad ravimid. Näib, et adrenokortikosteroidravi on õigustatud raseduse ajal vaid selliste raskete haiguste nagu *lupus erythematosus*, *status asthmaticus*, *polyarteritis nodosa*, *thrombocytopenia purpura idiopathica*, samuti nefrootilise sündroomi ja Addisoni tõve puhul.

Parasiitidevastased ravimid

Malaariavastased preparaadid kiniin ja primahhiin ei takista loote arengut. Klorokiin aga on neurotoksilise toimega, kutsudes lootel esile närvisüsteemi histogeneesi häireid.

Antihelmindid rasedatele üldiselt ei ole soovitatavad, mitte niivõrd nende teratogeense toime tõttu, kuivõrd sellepärast, et nad ärritavad ema sooletrakti. On teateid jäsemete vääraarengutest, kui emal laiusside väljutamisel oli kasutatud metallilist inglistina.

Fenasaal (e. *Niclosamidum*) ei ole teratogeense toimega. Naftammoon (e. *Bephenii Hydroxynaphthoas*), mida kasutatakse ankülostomoosi ja askaridoosi raviks, ei takista loote arengut. Ka emetiinil ei ole teratogeenset ega emaka silelihaskude ärritavat toimet.

Trihhomonoosi raviks kasutatav met-

ronidasool (e. *Flagyl*) pärsib inosiinhappe moodustumist. Ehkki tema kasutamisel loote vääraarenguid ei ole kirjeldatud, pole teda rasedatele soovitatav välja kirjutada.

Tuberkuloosivastased ravimid

On kirjeldatud vääraarenguid streptomütsiiniga ravimisel, kuid praegusel ajal peetakse neid teateid kahtlaseks, kuna need detailsel analüüsil ei ole kinnitust leidnud.

Paraaminosalitsüülhape, tsükloseriin, etambutool ja rifampitsiin (e. *Rifamycin SV*) näivad loote arengut mitte takistavat.

Varem oletati, et tubasiid kahekordistab vääraarengute tekke ohtu loodetel. See oletus aga ei ole kinnitust leidnud.

Vähivastased ravimid

Pahaloomuliste kasvajate ja raseduse koosesinemine on erakordne juhtum meditsiinipraktikas.

Immunodepressant imuraan toimib teratogeenselt jänesesse; 6-merkaptopuriin ka hiiresse, rotisse ja jänesesse. Imuraani teratogeenne toime vastupidi selle aine kasvavastasele ja immunodepressiivsele toimele ei ole pärsitav tsüsteiini ja glutatiooniga. Imuraani teratogeenne toime ei ole niisiis seotud tema kasvavastase toimega.

Teised ained, mida kasutatakse pahaloomuliste haiguste raviks, nagu antimetaboliidid ja alküülilivad ained aminopteriin, kloorbutiin (e. *Chlorambucilum*), tsüklofosfaan (e. *Cyclophosphamidum*) ja müelosaan (e. *Busulfanum*), põhjustavad inimesel vääraarenguid, nagu huule- ja suulaelõhe, vesipea, vere-loome häired. Üldse on vähe näidustusi antimetaboliitide kasutamiseks rasedail. Selge on ka see, et pahaloomuliste haiguste ravi rasedail on primaarne, sõltumata ravi mõjust lootele. Sellistel juhtudel on näidustatud abort.

II. Ravimid, mida on kasutatud enne rasestumist ja mille kasutamist raseduse ajal ekslikult või juhuslikult jätkatakse

Anovulatoorse toimega preparaadid

Tihti tarbitakse selliseid preparaate ekslikult ajal, mil rasedus on juba ala-

nud, seega loote arengule kriitilisel perioodil.

Rasedusvastased steroidipreparaadid ei mõjuta välissuguelundite morfogeneesi ja tõenäoliselt ei ole need ka mutageenid. Kuid nende hilisem mõju loote endokriinsetele näärmetele vajab veel täpsustamist.

Ovulatsiooni induktorid

Klomifeen ei ole teratogeense toimega inimesele. Sellised ovulatsiooni induktorid nagu gonadotropiinid tekitavad üsna suure protsendi mitmikrasedusi.

Valuvaigistavad ja palavikku alandavad ained

Aspiriin, püramidoon, salitsülaadid on vahel toksilised, kuid ei ole kunagi teratogeensed ei lootele ega ka embrüole.

Oopiumi sisaldavate ainete sporaadiline manustamine ei mõjuta loote arengut.

III. Ravimid, mida raseduse jooksul tarbitakse juhuslikult, rasedusega mitte seoses olevate ägedate haiguste raviks

Nakkushaiguste ravi. Sulfaniilamiidid difundeeruvad väga kiiresti läbi platsenta, kuid antuna rasedale ei põhjusta need patoloogilisi muutusi ei embrüol ega lootel.

Kuid vahel on sulfaniilamiidravi histulemusena täheldatud ikterust, sagedamini enneaegselt sündinutel. Arvatakse, et sulfaniilamiidid võistlevad bilirubiiniga koha pärast vereseerumi albumiinis, tekitades sellisel viisil rohkem vaba bilirubiini, mis võib tungida erinevatesse elunditesse, ka ajju, sel viisil suurendades tuumaikteruse tekke võimalust. Sellepärast, kui algab sünnitus, eriti kui laps on enneaegne, on pika toimeajaga sulfaniilamiidide manustamine vastunäidustatud.

Hulk antibiootikume koguneb suurtes hulkades lootevedelikku ja loote organismi. Siiski ei ole teratogeenset toimet neist ühelgi täheldatud.

Tetratsükliini toimega seostatakse vahel loote luude arengu aeglustumist ja piimahammaste pruunikat värvumist siis, kui tetratsükliini oli emale antud raseduse viimase kolme kuu jooksul või

vastsündinule esimestel elukuudel. Kuid need nähud on mööduvad. Seega ei ole tetratsükliini toime sõna otseses mõttes ka teratogeenne.

Kirurgiliste haiguste ravi. Operatsioon raseduse esimese kolme kuu jooksul, üldine anesteesia ja meie käsutuses olevate lihaserelaksantide kasutamine mingisugust kahjulikku mõju lootele ei avalda.

Vaktsineerimine põhjustab õnnetusjuhtumeid embrüote ja loodetega äärmiselt harva. Sellistel juhtudel on tegu olnud hüpertermilise reaktsiooniga, mida harva põhjustavad tüüfuse-paratüüfuse, läkaköha- ja kooleravaktsiinid.

Näib võimalik olevat, et vaktsineerimine marutõve ja Salki poliomüeliidivaktsiiniga või Ramoni teetanuseantoksiiniga normaalselt kulgeva raseduse korral loodet ei ohusta.

Teoreetiliselt, ehkki mingit tõendit hädaohust ei ole, oleks raseduse esimese kahe kuu jooksul soovitatav hoiduda vaktsineerimast nõrgestatud elusviirustega, näiteks punetiste- ja Sabini poliomüeliidivaktsiiniga.

IV. Ravimid, mida kasutatakse rasedusega seoses olevate häirete raviks

Oksendamisvastased ravimid

Nende arv on väga suur. Kaks neist, piperasiini derivaat mekleriin (e. *Postafene*) ja tsükleriin (e. *Marzine*) kutsuvad esile väärenguid. Kuid nende loodet kahjustavat toimet ei ole veel statistiliselt tõestatud.

On oletusi, et ka metaopamiid (e. *Primperan*) ja alimemasiin (e. *Therallene*) on teratogeense toimega.

Vitamiinid

Vitamiinid on terapeutilistes annustes kahjutud. A- ja D-vitamiini üledoosimisel tekivad mitmesugused loote väärengud. K-vitamiin läbib samuti platsenta ja raseduse ajal suurtes doosides sissevõetuna suurendab kollatõve ohtu vastsündinul.

Vitamiinivaeguse teratogeenne toime on loomkatsetega vastuvaidlematult tõestatud, kuid inimesel on see tõestatud üksnes foolhappevaeguse suhtes.

Steroidhormoonid

Kõiki progesterooni toimega preparaate, välja arvatud norsteroidhormoonide derivaadid, nagu medroksiprogesteroon, võib määrata raseduse ajal. Viimased on keelatud nende maskuliniseeriva toime tõttu.

Östrogeensed hormoonid on samuti ohutud, kuigi on teateid feminismi tunnustest meessoost loodetel ja viriliseerimisest mõnedel naissoost loodetel.

Muudest loote arengut häirivatest teguritest rääkides tuleb märkida, et on olemas hulgaliselt fakte tõendamaks suitsetamise küll kerget, siiski selget mõju lootele: lapsed sünnivad alakaalulistena, sageli enneaegsetena.

Iga arst on kohustatud naistele ravimeid ordineerides tingimata silmas pidama rasedust ja võimalikult tagasihoidlikum olema ravimite määramisega, eriti just raseduse esimesel kolmel kuul.

KASUTATUD KIRJANDUS: 1. Apgar, V. JAMA, 1964, 190, 840—841. — 2. Bleyer, W. A., Au, W. Y. W., Lange, W. A., Raisz, L. G. JAMA, 1970, 213, 2046. — 3. Collin, A., Lambotte, R. Rev. Méd. Liege, 1972, 27, Suppl. 1, 39—45. — 4. Lenz, W. Am. J. Dis. Child., 1966, 112, 99—106. — 5. Lenz, W. Medizinische Genetik. Stuttgart, 1970, 272—276. — 6. Lucey, J. F. Drugs and the Intrauterine Patient. Birth Defects Original Article Series, 1965, 1, 46—51. — 7. Meester, W. D. Marquette Med. Rev., 1964, 30, 147—154. — 8. Page, E. W. J. Obstet. Gynecol., 1957, 74, 705.

TRÜ Meditsiini Kesklaboratoorium

SUGUHAIGUSTE LEVIKU PÕHJUSED

LUDMILLA NURMAND

Tartu

UDK 616.97-022.3(047)

Suguhaiiguste leviku probleem on aktuaalseks muutunud kogu maailmas.

Nagu iga sõja järel, nii suurenes suguhaiigete arv tunduvalt ka pärast Teist maailmasõda. NSV Liidus õnnestus tänu dispansseerimisele suguhaiigustesse haigestumist tunduvalt vähendada juba esimestel sõjajärgsetel aastatel. Suguhaiigete arv vähenes ka paljudes teistes riikides, näiteks Šveitsis (7). Eesti NSV-s ei olnud 1959. aastani ühtegi värske süüfilise juhtu (18).

Suguhaiigete arvu uus suurenemine oli kapitalistlikes maades pärast 1958. aastat. Ajavahemikul 1958...1962 oli süüfilishaiigete arv Itaalias kahekordistunud, USA-s isegi kolmekordistunud. N. Turanovi ja K. Jarõševa (24) andmetel on Ülemaailmne Tervishoiuorganisatsioon kindlaks teinud, et nakkusliku süüfilise juhtude esinemissagedus oli 1960. aastal 1957. aastaga võrreldes suurenenud Ameerikas 71%, Euroopas 95% võrra. Gonorröahaiigete arv oli suurenenud Ameerikas 52%, Euroopas 85% võrra.

G. Martin-Bouyer (10) konstateeris 1970. aastal, et süüfilise haigestumise juhtude sagedus on Prantsusmaal 1959. aastast alates suurenenud. Nimelt põdes Prantsusmaal aastail 1958...1962 süüfilist I ja II staadiumis 13 959 isikut, aastail 1963...1967 aga juba 22 574 isikut.

Igal aastal registreeritakse kogu maailmas umbes 20 miljonit süüfilisse ja 60...65 miljonit gonorröasse haigestumise juhtu. Selle põhjuseks on peetud arstide mitteküllaldast valvsust, sest on levinud arvamus, et veneerilised haigused on taandumas, põhjuseks on peetud ka arstide laialdast erapraksist. On ära märgitud veel elanikkonna migratsiooni, varajast seksuaalset aktiivsust (11), noorsoo amoraalsust ja kommetelõtvust (9, 15), prostitutsiooni ja homoseksualismi osatähtsust veneeriliste haiguste levikus. USA-s oli 50%, Inglismaal 30% suguhaiigeist homoseksualistid (24). W. Curth (4), analüüsinud New Yorgi noorukite suguhaiigustesse haigestumise

põhjusi, tuli järeldusele, et nendeks on halvad sotsiaal-majanduslikud tingimused, järjest progresseeruv moraali langus, varajane suguküpsus, homoseksualism (40% homoseksualistidest põeb süüfilist), narkomaania, eriti heroini tarvitamine, ning gonokokkide penitsilliiniresistentsete tüvede väljakujunemine.

J. Burtoni (2) arvates on sotsiaalsel teguritel suguhaiguste levikus suurem tähtsus kui mikroorganismidel. Sama on toonitanud ka U. Sprafke (14), kes soovib sugulist kasvatust nii perekonnas kui ka koolis juba esimesest klassist alates. Noored peavad aru saama, et seksuaalset puhtust tuleb hoida kuni suguküpsuseni. Noorukite suguhaigustesse haigestumise sagenemise põhjuseks peab autor varajase suguküpsuse kõrval (suguküpsus saabub juba keskmiselt 15-aastaselt) ka pooleli jäänud haridust ja lahkkelisid perekonnas (isa lahkumine, lahutused). Madal haridustase ja puudulik kasvatus soodustavad varajast suguelu algust ja juhuslike tutvuste soetamist.

I. Grigorov, Z. Penev ja E. Šaitanov (19), uurinud Varna haiglas värsket süüfilist põdevat 101 patsienti, tegid kindlaks, et 21,7% oli nakatatud turistide, meremeeste, suvitajate jt. poolt. Selle põhjal väidavad autorid, et süüfilise «import» on internatsionaalse tähtsusega probleem.

Huvitavaid tähelepanekuid on neljas Šveitsi linnas teinud W. Burkhardt ja A. Bohnenblust (1). Nad leidsid, et süüfilis on kulgenud laineliselt: iga 14 aasta järel on toimunud uus haigusjuhtude sagenemine. Esimene sagenemine oli aastail 1917...1920 (põhjus Esimene maailmasõda); teine 1930. aastal (põhjus ei ole välja selgitatud); kolmas haigusjuhtude sagenemine algas 1960. aastal (põhjuseks võiks pidada elanikkonna kasvavat jõukust ja valvsuse vähenemist). Selle arvestuse alusel ennustavad autorid süüfilisjuhtude uut sagenemist 1976. aastal.

F. Schiller ja G. Kahlert (12) tegid 1967. aastal Erfurdi nahahaiguste kliinikus 50 süüfilishaige hulgas kindlaks

12 homoseksualisti. Nad arvavad, et homoseksualistide osatähtsus süüfilise levitamises on kümne aasta vältel tunduvalt suurenenud. Süüfilishaigete hulgas on M. Quiroga ja J. Agneta (17) homoseksualiste leidnud 5%, H. Goodman (5,6) koguni 28%.

Ka gonorröasse haigestumisele on tähelepanu pööratud. R. Willcoxi (16) arvates soodustab gonorröa levikut korratu suguelu. K. Tšemerinskaja ja K. Grabtšik (25) on leidnud, et gonorröasse haigestumise sagenemine on osaliselt tingitud naistenõuandlate puudulikkusest tööst. Igalt haigelt ei võeta uurimiseks preparaati või piirduakse vaid ühe analüüsiga. Ei ole kasutatud provokatsiooniteste ega kultuuride abil diagnoosimist. Ei ole korraldatud konfrontatsioonitestsid, sageli ei ole rakendatud paikset ravi. 40% naistest, keda nõuandlas oli ravitud suguelundite põletiku tõttu, osutus hiljem gonorröahaigeteks. Günekoloog ei olnud seda haigust õigel ajal diagnoosinud.

Akušööride-günekoloogide ja veneroloogide vahelise tiheda kontakti vajadust rõhutab ka A. Jerofejeva (20). D. Pliškin (22) on soovitanud anda senisest rohkem teadmisi suguhaigustest.

L. Cochen (3), konstateerides gonorröahaigete arvu suurenemist Inglismaal, on seda püüdnud seletada preservatiivide harvema kasutamisega ja kontratseptiivsete preparaatide laialdase tarvitamisega. Kartus rasestumise ees pidurdab juhuslike vahekordade loomist, selle kartuse kõrvaldamine aga suurendab seksuaalset aktiivsust, nii põhjustades suguhaiguste levikut.

L. Juhlini (8) tähelepanekutest ilmneb, et 205 gonorröahaige hulgas Rootsis olid ülekaalus üliõpilased (25%), siis noored tütarlapsed ja meditsiinipersonal; enamik haigetest olid alkohoolikud. Teadmised veneroloogias olid neil puudulikud: 7%-l puudusid need täielikult, 18%-l olid vaid osalised teadmised. Nõrk oli ka noorsoo ettevalmistus sugueluks: ainult 19% noortest oli saanud informatsiooni kodus, 28% koolis, ülejäänud olid ise teadmisi kogunud.

L. Oller ja T. Wood (13) on tähele pannud, et abieluinimestel on enamasti mittegonorroilise etioloogiaga suguelundite põletikke, üksi elavatel meestel aga rohkem gonorroilise päritoluga protsessesse.

A. Pjatikop ja kaasautorid (23) on analüüsinud värskesse süüfilisse haigestumise juhte ja nende tekke põhjusi. Nende arvates on põhjused järgmised: elanikkonna migratsiooni elavnemine, süüfilise levitamine amoraalsete isikute poolt, süüfilise vastu võitlemise tähtsuse alahindamine veneroloogide ja teiste meditsiinitöötajate poolt ning veneroloogide ja ka teiste erialaarstide diagnoosimisvead. Meditsiinitöötajate vigadest on autor nimetanud veel mitteküllaldast sanitaarselgitustööd üksikute elanikerühmade hulgas, nakkusallikate ja nendega kokkupuutunud mitteküllaldast avastamist ja ravimist ning vähest rangust suguhaigusi levitanud isikute vastu.

A. Pjatikop ja kaasautorid (23) toovad andmeid, et süüfilisse haigestumine on koldelist laadi. Nakkuskolded võivad paikneda enamasti sadama- ja tööstuslinnades ning üksikutes suuremates keskustes. 82,1% suguhaigetest on linnaelanikud, ülekaalus on mehed (suhe naistega 2:1).

Samad autorid, kes olid teinud sotsioloogilisi uurimisi, konstateerisid, et süüfilise levitajad on enamasti homoseksualistid ja teised amoraalsed isikud. Haigestumine on eriti sage autojuhtide, meremeeste ja raudteelaste hulgas. 10,5% süüfilishaigetest on vanuses alla 20 aasta.

Süüfilise kulg on muutunud: pikenenud on haiguse inkubatsiooniperiood, kestes üksikjuhtudel 2...3 kuud. Sageli on mitu haavandit korraga, tihti kaasnevad fimoos ja parafimoos. Haavand paikneb tihti ekstragenitaalselt, päraku piirkonnas. Sageli on nõrgalt välja kujunenud lümfadeniit. Süüfilise II staadium kulgeb tihti atüüpiliselt. Samal ajal on vähenenud süüfilise retsidiivide esinemissagedus. B. Zenin, L. Zenina-Lubaševskaja ja V. Osetskaja (21) pea-

vad suguhaiguste leviku põhjusteks eespool mainitute kõrval veel puudulikku kasvatust perekonnas, samuti alkoholi liigtarvitamist. Viimases annab tunnistust kas või see, et 75% suguhaigusesse nakatumistest toimub ebakaines olekus.

Suguhaigustevastase võitluse parandamiseks soovitab A. Pjatikop (23) täpselt rakendada ravi- ja profülaktikaining organisatsioonilis-metoodilisi abinõusid; rakendada laialdast preventiivravi nii suguliste kui ka eluolustikuliste kontaktide korral suguhaigega; töötada tihedas kontaktis administratiivorganitega. Pidevalt tuleb tõsta kõikide arstide kvalifikatsiooni veneroloogias ning hoolikalt korraldada üksikute töötajate kontingentide (transpordi, toitlustuse ja kommunaalteenistuse alal töötajate) profülaktilist läbivaatust, aktiveerida sanitaarselgitustööd.

Suguhaigete arvu suurenemine välismaal ja samaaegne rahvusvaheliste kontaktide tihenemine ning üha hoogustuv turism nõuavad ka nõukogude veneroloogide valvsuse suurendamist.

KIRJANDUS: 1. Burkhardt, W., *Bohnenblust*, A. *Dermatologica* (Basel), 1967, 135, 5, 341—344. — 2. Burton, J. *Prophylax san. morale*, 1968, 40, 12, 251—257. — 3. Cohen, L. Br. J. *Vener. Dis.*, 1970, 46, 2, 108—110. — 4. Curth, W. *Arch. klin. exptl. Dermatol.*, 1966, 227, 1, 637—641. — 5. Goodman, H. *Acta dermat. venerol.* (Stockh.), 1958, 38, 274—274; 1962, 42, 256—256. — 6. Goodman, H. *Excerpta med. Sec. XIII*, 1963, 17, 290—290. — 7. Hunziker, N. *Dermatologica* (Basel), 1967, 134, 5, 277—278. — 8. Juhlin, L. *Acta dermat. venerol.* (Stockh.), 1968, 48, 1, 75—80. — 9. Laird, S. M. Br. J. *Vener. Dis.*, 1962, 38, 82—82, 181—181. — 10. Martin-Bouyer, G., Gaignoux, J. *Prophylax san. morale*, 1970, 42, 6, 150—167. — 11. Nielsen, J. S. Br. J. *Vener. Dis.*, 1961, 35, 138—138. — 12. Schiller, F., Kahlert, G. *Dermatol. Wochenschr.*, 1967, 42, 1161—1165. — 13. Oller, L. Z., Wood, T. Br. J. *Vener. Dis.*, 1970, 46, 2, 96—102. — 14. Sprafke, U. *Dermatol. Monatsschr.*, 1969, 155, 8, 554—568. — 15. Watt, L. *Bull. Hyg.*, 1962, 37, 51—51. — 16. Willcox R. R. *Acta dermat. venerol.* (Stockh.), 1967, 47, 1, 65—69. — 17. Quiroga, M. J., Agneta, J. O. *refereeritud Zbl. Haut- und Geschlechtskrankh.*, 1964, 116, 56—58. — 18. Вахтер Х.Т., Уэтоа Р.А., Рубинштейн Б. В. кн.: Тезисы докладов XVII конференции Республиканского научного общества дерматовенерологов Литовской ССР. Виль-

нос, 1971, 97—97. — 19. Григоров И. Г., Пенев З. Л., Шайтанов Е. М. Дерматология и венерология (София), 1968, 7, 2, 125—128. — 20. Ерофеева Г. А. Вестн. дерматол., 1962, 2, 67—68. — 21. Зенин Б. А., Зенина-Лубашевская Л. Н., Оцецкая В. Н. В кн.: Тезисы докладов пленума правлений Все-союзного и узбекского обществ дерматологов-венерологов. Ташкент, 1969, 24—25. — 22. Плишкин Д. И. Вестн. дерматол., 1963, 7, 73—74. — 23. Пятикоп А. И., Брон Б. З.,

Пирогова, О. М. и др. В сб.: Актуальные вопросы дерматовенерологии. Республиканский межведомственный сборник. Киев, 1969, вып. 4, 3—8. 24. Туранов Н. М., Ярышева К. Г. Вестн. дерматол., 1964, 6, 75—80. — 25. Чемеринская К. С., Грабчик К. А. Вестн. дерматол., 1962, 3, 75—76.

TRÜ Arstiteaduskonna nakkushaiguste, dermatoloogia- ja veneroogiakateeder

Tervishoid. Töö teaduslik organiseerimine

TUBERKULOOSITÖRJE EESTI NSV-S

ENDEL KAMA
HANS PULLISAAR

Tallinn

UDK 616-002.5-084(474.2)

Sajandeid on tuberkuloos olnud inimkonna üks kurjemaid vaenlasi ja võitlus temaga tervishoiuasutuste üks tähtsamaid ülesandeid.

Tänu plaanipärasele tuberkuloositörjele, elu- ja töötingimuste pidevale paranemisele ning majanduslik-kultuurilise heaolu tõusule täheldatakse kogu Nõukogude Liidus, sealhulgas ka Eesti NSV-s tuberkuloosihaiigestumuse ja suremuse pidevat vähenemist.

Tuberkuloosi epidemioloogilise olukorra tunduv paranemine on seda hinnatavam, et kodanliku korra ajal oli tuberkuloos Eestis üks levinumaid haigusi, mille vastu võitlemiseks puudus ühtne riiklik organisatsioon.

Plaanipärane riiklik tuberkuloositörje Eestis algas alles pärast nõukogude korra kehtestamist, mil arendati välja tuberkuloosi dispanseerete ja statsionaarsete raviasutuste võrk, võeti kasutusele abinõud tuberkuloosi varajaseks diagnoosimiseks, haigete dispanseerimiseks ja raviks vastavalt tänapäeva võimalustele. Aasta-aastalt on täiustunud tuberkuloosi profülaktika. 1945. aastal

alustati vastsündinute vaktsineerimist, edaspidi vaktsineeriti ka lapsed, noorukeid ja kuni 30 aasta vanuseid täiskasvanuid. Seejärel toimus eespool nimetatud elanikerühmade revaktsineerimine.

Kuigi vastsündinute vaktsineerimine ja laste revaktsineerimine on toimunud reeglipäraselt, on ilmnunud puudusi veel noorukite ja täiskasvanute hõlmasel kaitsepookimistega.

Kopsutuberkuloosi varajaseks diagnoosimiseks on elanikke 1952. aastast alates massiliselt fluorograafiliselt uuritud.

Vabariigis on 12 fluorograafautobussi ja 15 fluorograafiakabinetit laiakaadri- lise fluorograafiaga, millega igal aastal uuritakse enam kui 60% täiskasvanud elanikkonnast. Laste massilisest fluorograafilisest uurimisest vabariigis on loobutud, sest lokaalseid kopsutuberkuloosivorme esineb neil väga harva. Sel viisil uuritakse vaid tuberkuloosi nakatunud lapsi. Tuberkuloosi nakatumise kindlakstegemiseks ja tuberkuloosi diagnoosimiseks tehakse lastele regulaarselt tuberkuliinproove.

Aasta-aastalt on vähenenud fluoro-
graafilisel uurimisel avastatud kopsu-
tuberkuloosihaigete arv. Samal ajal on
suurenenud fluorograafia osatähtsus
mittespetsiifiliste kopsuhaiguste ja kop-
suvähi varajasel diagnoosimisel.

Röntgenfluorograafilisel uurimisel on
pearõhk pandud vanemaealiste uurimi-
sele. Et tagada kontrolli kogu elanik-
konna hõlmavuse üle regulaarsete tu-
berkuloosialaste uurimistega, on rajoo-
nides — maa-arstijaoskondades, velskri-
punktides ja tuberkuloosikabinettides —
sisse seatud perfokartoteegid. Suurema-
tes linnades seoses elanikkonna migrat-
siooniga on perfokartoteekide korrashoidmine raskendatud ja ei ole seni täiel määral end õigustanud.

Tingituna komplekssest tuberkuloosi
profülaktikast, samuti tuberkuloosi
leviku vähenemisest on tuberkuloosihai-
gestumus vabariigis 1954. aastast alates
pidevalt vähenenud, esinedes laste ja
noorukite seas viimastel aastatel tege-
likult vaid üksikjuhtudel. Võrreldes
1953. aastaga on tuberkuloosihaiGESTU-
MUS 1973. aastaks vähenenud ligemale
8 korda (vt. diagrammid 1 ja 2). Kümne
aasta jooksul on haigestumus vähene-
nud 69,1%, sealhulgas laste ja noorukite
seas 90,7%.

Paralleelselt soodsate nihetega tu-
berkuloosi epidemioloogias täheldatakse
olulist muutust ka tuberkuloosi kliini-

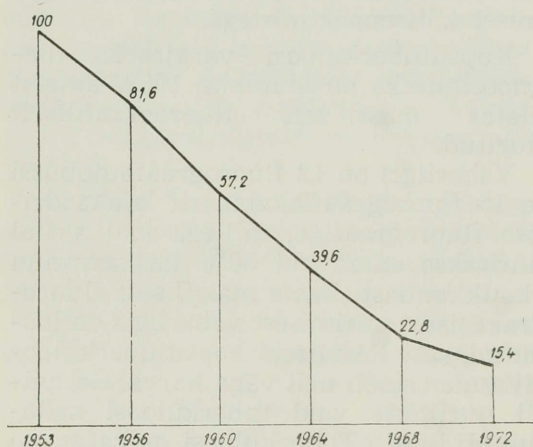


Diagramm 1. Tuberkuloosi haigestumise dünaamika Eesti NSV-s %-des 1953. aasta haigestumise suhtes.

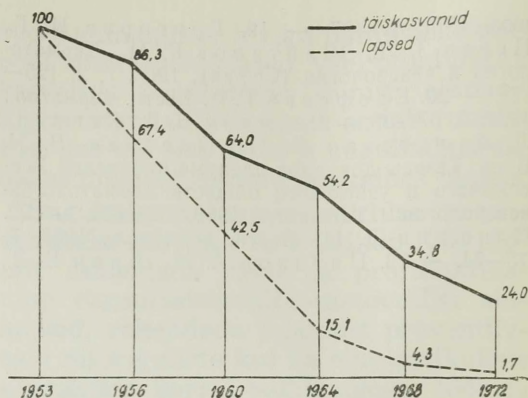


Diagramm 2. Täiskasvanute ja laste tuberkuloosi haigestumise dünaamika Eesti NSV-s %-des 1953. aasta haigestumise suhtes.

lises kulus. Juba aastaid ei ole vabariigis lastel esinenud batsillaarseid tuberkuloosivorme ega tuberkulooset meningiiti. Täiskasvanute hulgas esineb kauglearenenud tuberkuloosi väga harva. 1971. aastal diagnoositi fibrooskavernilist kopsutuberkuloosi kolmel, 1972. aastal ainult kahel haigel.

60-ndate aastate keskpäigaks oli vabariigis välja arendatud tuberkuloosihaiGLATE ja -sanatooriumide võrk, mis tagas tuberkuloosihaiGEILE vastavalt vajadusele pikaaajalise statsionaarse ja sanatoorse ravi.

Tuberkuloosi haigestumise juhtude ja tuberkuloosihaiGETE arvu pideva vähenemise tõttu osutus 1967. aastast alates võimalikuks vähendada tuberkuloosihaiGETELE ettenähtud voodikohtade arvu vabariigis, esmajoones laste ja noorukite arvel, ning need profileeriti ümber muid haigusi põdevate haigete jaoks. Aastail 1967...1973 on ümber profileeritud 880 tuberkuloosihaiGETE voodikohta.

Mõningane reorganiseerimine on toimunud ka dispanserettes tuberkuloosiasutustes. Rajoonides ja linnades, kus oli mitu tuberkuloosiasutust, koondati väiksed asutused ühtseks rajooni või linna tuberkuloosidispanseriks. Praegu on igas vabariigilise alluvusega linnas ja rajoonis tuberkuloosidispanser või -kabinet, mis kõik on komplekteeritud kvalifitseeritud arstide ja keskastme meditsiinipersonaliga.

Tuberkuloosiasutused, voodifond ja ftisiaatrite arv Eesti NSV-s aastail 1940...1972

Näitajad	1940	1950	1960	1966	1972
Tuberkuloosiasutuste arv	12	16	40	28	19
Tuberkuloosihaigete voodikohtade arv haiglates ja sanatooriumides	626	1643	2323	3600	2835
Ftisiaatrite arv	31	53	143	173	160

Lähtudes edusammudest võitluses tuberkuloosiga on paljudel tervishoiutöötajatel ja ka üldsusel tekkinud arvamus, et tuberkuloosiprobleem ei ole enam aktuaalne, mistõttu mõningal määral on nõrgenenud tähelepanu tuberkuloositõrje komplekssete abinõude vastu. Ka paljud tuberkuloosihaiged ei suhtu täie tõsidusega oma haiguse ravisse ning nakkuse levikusse ega pea tuberkuloosi enam ohtlikuks haiguseks. See kõik võib ohustada edaspidist võitlust tuberkuloosiga.

Ehkki tuberkuloosi epidemioloogias on toimunud soodsad nihked, ei saa tuberkuloosiprobleemi lahendamiseks pidada.

Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni ekspertide büroo märkis 1959. aastal, et võitluses tuberkuloosiga on lõppeesmärk tuberkuloosi likvideerimine, kuid seda ei saa pidada võimalikuks veel lähemas tulevikus.

Arvestades tuberkuloosivastases võitluses saadud tulemusi, siinset tuberkuloositõrje materiaalset baasi ja kaadrit, on meie vabariik NSV Liidu tervishoiu-ministri korraldusel määratud tuberkuloositõrje üleliiduliseks eksperimentaalbaasiks.

Et tuberkuloosi haigestumine laste ja noorukite hulgas esineb vaid üksikjuhtudel, on edaspidisel tuberkuloosi haigestumise vähendamisel peamine ülesanne oluliselt piirata haigestumist täiskasvanute hulgas. Laste ja noorukite seas oleme tuberkuloosist jagu saanud peamiselt regulaarsete kaitsepoogete ja kontaktsete kemoprofülaktika kaasabil.

Täiskasvanute haigestumisel tuberkuloosi ei ole tänapäeva seisukohtade järgi niivõrd oluline eksogeenne infektsioon, kuivõrd endogeenne reinfektsioon. See tõttu osutub vajalikuks välja selgitada enam ohustatud kontingendid ja nende suhtes rakendada profülaktilis-tervistavaid abinõusid. Vabariigi tuberkuloosiasutuste kogemusel on esmaselt avastatud täiskasvanud kopsutuberkuloosihaigete seas üle poole neid, kellel kopsudes või kopsukelmel oli olnud patoloogilisi muutusi induratiivsete tuberkuloosikolletena või fibroosina. Neil isikuil on suurem risk tuberkuloosi haigestuda. Seepärast on neile vaja enam tähelepanu pöörata. Sama kehtib isikute kohta, kellel on kõrgeenenud tuberkuliini-tundlikkus.

Eespool öeldut arvestades on vabariigi tuberkuloosiasutused dispanseerima hakanud ka neid isikuid, kes on tuberkuloosist enam ohustatud. Samuti jäetakse eluaegsele jälgimisele kõik aktiivset tuberkuloosi põdenud, kes senises praktikas pärast mõnda aega kontrollrühmas jälgimist dispanseerselt arvelt maha võeti. Vabariigis rakendatud eespool nimetatud abinõud kiideti heaks üleliidulisel ftisiaatrite nõupidamisel Moskvas 1973. aasta jaanuaris.

Täiendav dispanseerimine tõstab jaoskonnaftisiaatri koormust tunduvalt. Kui aga arvestada tuberkuloosihaikestumuse pidevat vähenemist, ei ole ftisiaater dispanseris praegu enam täielikult koormatud. Päevakorral on küsimus, kas koos tuberkuloosi haigestumise vähenemisega tuberkuloosiasutusi ja kaadrit edaspidi vähendada või väljaarendatud raviasutuste süsteemi säilitada, ftisiaatritele aga anda täiendavaid ülesandeid. Arvame, et olemasolevad reservid tuberkuloosiasutustes on ennekõike vaja kasutada tuberkuloositõrje intensiivistamiseks ning ravi ja diagnoosimise parandamiseks. Edaspidi, vastavalt olukorrale, kujuneb kahtlemata otstarbekaks ftisiaatritele anda ka pulmonoloogi ülesandeid. Igapäevases dispanseerses töös ongi ftisiaatrist juba saanud konsultant pulmonoloogiliste haiguste alal. Sellest tuleneb vajadus täiendada fti-

siaatrite teadmisi ka teistest kopsuhai-
gustest.

Et pediaatrid-ftisiaatrid töötavad tun-
duva alakoormusega, osalevad nad Tal-
linnas ka kroonilisi mittespetsiifilisi
kopsuhaigusi põdevate laste uurimises
ja ravis.

Tuberkuloosi varajasel avastamisel on
oluline üldvõrgu, eriti polikliiniliste
asutuste osa. 40...50% arvelevõeta-
vaist tuberkuloosihaiageist on seni avas-
tanud polikliinilised asutused. See aga
tingib tuberkuloosiasutuste ja poli-
kliinikute-ambulaatoriumide tihedat
koostööd tuberkuloositõrjes. On kehtes-
tatud kord, et kõik esmakordselt poli-
kliinikusse pöördunud tuleb saata fluo-
rograafilisele rindkere uurimisele. Sa-
muti on kohustus fluorograafiliselt
uurida kõiki kroonilise hingamiseln-
dite haiguste, gripi ja ülemiste hinga-
misteede katarri diagnoosiga haigeid.
Neid uuritagu regulaarselt. Seda nõuet
on täidetud veel puudulikult, kuigi see
on üks tähtsamaid abinõusid tuberku-
loosi varajasel avastamisel.

Tuberkuloositõrjes on tähtis batsil-
laarse haigusvormiga, eriti krooniliste

haigete ravi, sest tuberkuloosi leviku
peamine allikas on tuberkuloosipisikuid
eritav inimene.

Et vabariik on kinnitatud tuberkuloos-
itõrje eksperimentaalbaasiks, eralda-
takse meile krooniliste haigete raviks
suuremas koguses uuemaid, esialgu de-
fitsiitseid tuberkuloosiravimeid, nagu
rifadiin ja etambutool. Et ravi nendega
peab toimuma statsionaaris, on kindlaks
määratud ravi-asutused, kus krooniliste
haigete kompleksravi toimuma peab.

Tuberkuloosihaigetele, kes kuritarvi-
tavad alkoholi, rikuvad ravirežiimi ja
ohustavad ümbrust, rakendatakse meil
käesolevast aastast alates sundravi.
Kahtlemata aitab see kaasa tuberku-
loosi nakatumise edasisele vähendami-
sele.

Uued ülesanded võitluses tuberkuloos-
iga nõuavad kõigi vabariigi tervishoiu-
organite ja -asutuste aktiivset koostööd
tuberkuloositõrje komplekssete abi-
nõude elluviimisel.

*Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium
Vabariiklik Tuberkuloosidispenser*

PARODONTOPAATIA RAVI ORGANISATSIOON TARTU LINNA STOMATOLOOGIA POLIKLIINIKUS

MEIDA TÖLP AINO LEPIK
Tartu

UDK 616.314.17-008.1-08

Parodontopaatia ravi taktika on vii-
mastel aastatel päevakorraks kerkinud
seoses selle haiguse laialdase levikuga
elanike hulgas. Parodontopaatia all kan-
natavad pooled lapsed ja peaaegu kõik
täiskasvanud. Selle tulemusena kaota-
vad paljud üle kolme-neljakuümne aasta
vanaks saanud inimesed oma hambad.
Peale kõige muu on parodontopaatia
puhul tekkinud sügavad igemetaskud
infektsioonikolletena ohtlikud kogu or-
ganismile.

Tõhus on ainult parodontopaatia dis-
panseerne kompleksravi, kusjuures ravi

on seda edukam, mida varem on haigust
diagnoositud. Et sellise tohutu levikuga
haiguse raviks, eriti dispanserseks ra-
viks, stomatolooge ei jätku, siis tuleb
raskustest üle saada teisiti. Rohkem
tuleb kaasa tõmmata hambaarste ja õde-
sid. Et parodontopaatia ravi peab olema
kompleksne, võtku sellest peale sto-
matoloogi-terapeudi osa ka stomatoloog-
id-kirurgid, ortopeedid, ortodontid, fü-
sioterapeudid ning muud eriarstid.

Füsioterapeutilisi menetlusi, nagu
elektrofooresravi mitmesuguste ravi-
mitiga, ultraviolettkiiritust, ultralühi-

laine- või mikrolaineravi, balneoteraapiat jne., võivad teha öed arsti ettekirjutuse järgi. Sel teel vabanevad stomatoloogid aeganõudvatest põletikuvastaste protseduuride tegemisest. Füüsilistel ravimenetlustel on küllalt suur kaal parodontopaatia kompleksravis (3).

Parodontopaatia puhul tekkinud sügavate igemetaskute likvideerimiseks on kõige toimivam kirurgiline ravi: igemetaskute küreetaž, gingivotoomia, gingivektoomia jne. Küreetaži puhul on väga oluline, et igemetaskutes tekkinud verehüüvet kaitstaks infitseerumise ja mehhaanilise vigastamise eest, milleks kasutada kõvanevaid sidemeid. Parodontopaatia käib sageli kaasas parodonti funktsionaalne ülekoormus, nn. traumaatiline artikulatsioon, traumaatiline oklusioon (4). Et mälumisfunktsiooni normaliseerida rõhu jaotamisega ühtlaselt kogu hammaskonnale, on ortopeedilise ravi ülesanne funktsionaalse ülekoormuse kõrvaldamine šiinidega ja puuduvate hammaste asendamine proteseidiga.

Et parodontopaatia kaasneb sageli mingi organismi üldhaigusega, siis on vajalikud ka konsultatsioonid muude eriarstidega, samuti põhihaiguse ravi.

Parodontopaatia raviga peab tegelema iga rajooni ja polikliiniku stomatoloog, kuid paremaid tulemusi on saanud spetsiaalsetes parodontoloogiakabinettides või -osakondades. Ollakse arvamusel, et spetsiaalsed parodontoloogiaosakonnad peaksid saama instruktiiv-metoodilisteks keskusteks ja kaadri väljaõppe baasideks (2).

Tartu Linna Stomatoloogia Polikliinikus alustati parodontopaatia spetsialiseeritud ravi 1964. aastal. Selleks eraldati üks stomatoloogi ametikoht. Et mahuka tööga toime tulla, korraldati ravi järgmiselt.

Parodontoloog koostab raviplaani, vajaduse korral konsulteerides stomatoloogi-kirurgi, protesisti, ortodonti ja muude eriarstidega. Ravimisel abista-

vad spetsiaalse väljaõppe saanud öed. Viimased teevad irrigatsioone (vesinik-ülilhapendi, furatsiliini jt. lahustega, värska veega jne.), manustavad ravim-pastasid ning ravimilahuseid, tegelevad vaakumraviga, kutsuvad välja dispanseeritud haigeid jne.

Kirurgiline ravi toimub kirurgiaosakonnas, ortopeediline ja ortodontiline aga ortopeediaosakonnas.

Parodontopaatiahaigeid ravivad peale eespool mainitud ka kõik teised polikliinikuarstid. Vajaduse korral konsulteerivad nad parodontoloogidega.

1964. aastast alates oleme osa parodontopaatiahaigeid dispanseerinud, kasutades registreerimiseks spetsiaalselt koostatud perfokaarte. Need on end igati õigustanud haigete perioodilistel väljakutsumistel ja ravitulemuste hindamisel.

Rakendamisel on uus haigusloo vorm, milles on rohkem andmeid kui seni kasutusel olnud ambulatoorsel kaardil (vorm nr. 43). Parodontoloogiline haiguslugu on koostatud selliselt, et andmeid saab kiiresti märkida allakriipsutamise teel. See aga on oluline arsti tööaja säästmise huvides.

Seniste kogemuste põhjal võime öelda, et häid tulemusi on andnud parodontopaatia kompleksravi dispanseeritud haigetel, eriti haiguse esimeses ja teises staadiumis. Tänu eespool toodud organisatsioonilistele võtetele oleme suuremat hulka haigetest juba suutnud komplekselt ravida ja ravi tulemusi hinnata.

KIRJANDUS: 1. Заславский А. С. Физические методы диагностики, лечения и профилактики пародонтоза. М., 1971, 120—123. — 2. Киселев В. А. Современные методы хирургического лечения пародонтоза. М., 1971, 124—132. — 3. Магид Е. А. Лечение пародонтоза. М., 1971, 106—109. — 4. Шварц С. Д. Принципы ортопедического лечения пародонтоза. М., 1971, 133—137.

Tartu Linna Stomatoloogia Polikliinik

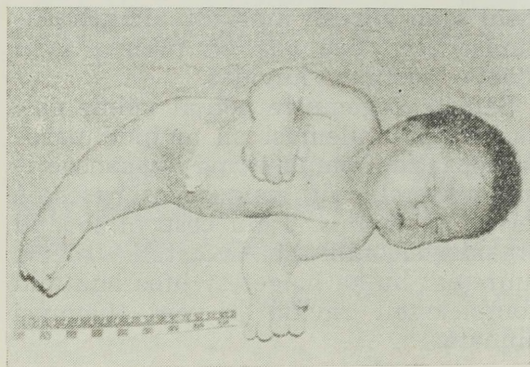
Kogemuste vahetamine ja kasuistika

HARVA ESINEV VÄÄRARENG SIRENOMEELIA

VALLI KASELAID
JUHHIM KURAKSA
Tallinn

UDK 616-007.41

Sirenomeelia kuulub allkeha raskete väärarengute hulka, kujutades endast jalgade luude ja pehmete kudede suuremal või vähemal määral väljendunud kokkukasvamist (1, 2, 4, 6). Alajäsemed moodustavad kokkukasvanutena koonilise massi, andes kaudaalsele kehaosale kalasaba kuju. Seetõttu nimetataksegi sellist väärarendit ka sireeniks (1, 2, 4). Jalgade kokkukasvamine võib olla täielik (*sympus monopus*) või osaline (*sympus bipus*); formeerumata jäseme kõnti nimetatakse *sympus apus* (2).



Sirenomeelia juht Tallinna Pelgulinna Haigla Sünnitusmajast.

Sirenomeelia kombineerub sageli vaagnavöötme luude, kuse- ja suguelundite, seedetrakti, käte või mitmete siseelundite väärarenguga. Sagedasti on täheldatud vaid üht nabaarterit. Embrüoloogiliselt on tegemist esimestel rasedusnädalatel ürgjuti kaudaalosas ja allantoisis tekkinud arenguriketega.

Kirjeldatud väärarengut tuleb ette harva. Esinemissageduse kohta täpsed

andmed puuduvad. Kirjanduses on ilmunud andmeid kasuistiliste juhtude kohta (3, 5).

Alljärgnevalt Tallinna Pelgulinna Haigla Sünnitusmajas esinenud sirenomeeliajuhus.

1971. a. 20. juulil saabus sünnitusmajja patsient P. Z., 22 aastat vana (sünnituslugu nr. 2074/5082/1971. a.), elukutselt muusikaõpetaja. Esimene rasedus, esimene sünnitus. Esimestel rasedusnädalatel oli esinenud kehatemperatuuri tõus, mille puhul diagnoositi grippi. Rasedustoksikoosi patsiendil ei esinenud. Põetud kroonilisi haigusi eitas. Sünnitusmajas tehtud uurimised toksoplasmoosi suhtes osutusid negatiivseks. Lapse isa 25 aastat vana, sõjaväelane, terve. Genealoogilisest anamneest andmeid defektiivsete laste kohta perekonnas ei selgu.

21. juulil 1971. aastal kell 07.10 sünnitas patsient ajalise, väärarengutega lapse, kelle sünnikaal 2900 g, pikkus 46 cm. Vastsündinul oli üks jäme, koonusekujuline kannata alajäse, mis lõppes labajalga meenutava kõndiga (vt. tahvel XV, röntgenogramm). Viimasel oli kuus varvast: kaks suuremat teineteisest eemalhoidvat varvast horisontaal-, neli väiksemat vertikaaljoonel. Lapse sugu ei olnud määratav. Pärak oli olemas, selle kõrval her- neterasuurune limaskestast väljasopistus. Uretra ava puudus.

Mikroanomaaliatena täheldati kõrvade madalat asetust ja deformeerunud kõrvalehepalistust. Laps sündis asfüksias ning sündimisest peale oli tervislik seisund ebarahuldav. Esinesid ajuvereringehäired, neerupealise puudulikkuse ja hingamise puudulikkuse nähud. Vastsündinu suri 18 tundi pärast sündi.

Lahangu andmed (protokoll nr. 34/1971. a.) kinnitasid siseelundite väärarengute olemasolu. Kuigi vaagnavöötme luud olid eriliste iseärasusteta, olid niudelutiivad pööratud väljapoole ja lähenesid allpool koonusena. Samast said alguse kokkukasvanud reieluud. Suguelundid ja kusepõis puudusid. Neerud olid histoloogiliselt embrüonaalsele neerule vastava kahe 2×1 cm suuruse moodustisena. Esinesid embrüonaalsed neerupäsmakesed, kuid neerutorukesed puudusid. Kaks niitjat kusejuha suubusid pärasoolde, kloaaki. Vi-

mane oli 2 cm pikkune tihke moodustis, mis koosnes histoloogiliselt mitmerealise, kohati silinderepiteeliga vooderdatud käikudest ja piludest.

Maks oli veidi suurenenud (kaal 170 g), tihke ja ühtlane. Histoloogiliselt leiti maksatsirroosi pilt — sagaralise struktuuri muutused sidekoe vohamisega. Nabaväadis oli ainult üks nabaarter.

Väärarengu tekke põhjuse kohta ei ole võimalik täpselt otsust teha. Ema grippi haigestumine esimestel rasedusnädalatel, organogeneesi perioodil, võis põhjustada embrüopaatiat. Väärarenguga vastsündinu vanemad suunati geneetiku konsultatsioonile.

PÄRILIKU KONDRODÜSTROOFIA JUHT

EDA-MAI KASK

Tallinn

Kondrodüstroofia on kõhrede normaalse luustumisprotsessi häire, mis tekib intrauteriinses elu vältel. Selle tagajärjel katkeb toruluude kasv. Haigel on suur pea, esilevõlvuvad tuharad ja kõht. Kehaga võrreldes on jäsemed ebaproportsionaalselt lühikesed. Intellekt on normaalne. Haiguse tekke põhjus on täpselt selgitamata. E. Kaufmanni arvates on tegemist arenguhäirega, seega mitte düstroofilise, vaid düsplastilise protsessiga (1). See protsess võib tema arvates olla hüpoplastiline, osteomalaatsiline ja hüperplastiline. A. Russakovi arvates kuulub vaid esimene neist kondrodüstroofia, teised aga mittetäieliku kondrogeneesi hulka (1).

Haiguse hüpoplastiline vorm kujuneb välja üsasisese elu vältel, mis lubabki eeldada selle protsessi kromosomaalset päritolu. Siseelundid, sealhulgas endokriinsed näärmed on muutusteta. Mitmete autorite (Edwardsi, Patau, de Carli) tööde alusel võib arvata, et kondrodüstroofiline protsess on seotud aberratsioonidega 13. kuni 15. või 16. kuni 18. kromosoomipaaris. Seega on võimalik selle haiguse edasikandumine pärilikkuse teel (2).

KIRJANDUS: 1. Holle, G. Lehrbuch der allgemeinen Pathologie. Jena, 1967. — 2. Дергачев И. С. Патологическая анатомия и патогенез болезней новорожденных, детей грудного и раннего возраста. М., 1964, 55—57. — 3. Ельяшевич Г. П. Арх. пат. (Москва), 1970, 5, 61—62. — 4. Кнорре А. Г. Краткий очерк эмбриологии человека с элементами сравнительной, экспериментальной и патологической эмбриологии. Л., 1967. — 5. Лапидус В. Я. Вопр. охр. мат., 1964, 5, 93—93. — 6. Пэттен Б. М. Эмбриология человека. М., 1959.

Tallinna Pelgulinna Haigla Sünnitusmaja

Tallinna Vabariiklik Haigla

UDK 616-007.2-056.7

21-aastane naine H. K. (haiguslugu nr. 1354/1968. a.) saabus Tallinna Vabariikliku Haigla raseduspatoloogiaosakonda uurimisele 22. rasedusnädalal. Naistenõuandlasse oli patsient raseduse tõttu pöördunud alles samal nädalal.

Kehaehitus ebaproportsionaalne ja kondrodüstroofikule tüüpiline kehahoiak. Pikkus 126 cm, kehakaal 45,4 kg. Laup ettevõlvuv, hammastik ebaühtlane. Käte pikkus olaliigest 35 cm, jalgade pikkus puusaliigest 50 cm, keha pikkus 57 cm (andmed on ligikaudsed). Pea ümbermõõt 57 cm. Kükunariigestes võimalik ainult painutus. Patsient kannab nr. 32 kingi. Vaagna mõõtmed: *distantia spinarum* 19 cm, *distantia cristarum* 23 cm, *distantia trochanterica* 30 cm, *conjugata externa* 15 cm. Tupekaudne uuring: parempoolne väike häbememokk hüpertrofeerunud. Tupp kitsas, limaskest iseärasusteta. Emakael halvasti nähtav ettevõlvunud promontoriumi tõttu. *Conjugata vera* 3...4 cm.

Patsient on sündinud kaksikrasedusest. Kaksikõde normaalse kehaehitusega. Ema oli sünnituse ajal 21-aastane, isa 30-aastane. Patsient on abielus, keskharidusega. Õppimine raskusi ei ole valmistanud. Abikaasa kuueklassilise haridusega. Nii naise- kui mehepoolses suguvõsas arenguhäiretega indiviide ei ole olnud.

Laboratoorsete uurimiste tulemused normi piires. Mingit spetsiifilist ravi rase ei vajanud.

38. rasedusnädalal tehti patsiendile vaagna kitsuse tõttu abdominaalne keisrilõige. Sünnis elus poeglaps, kelle kaal 2650 g, pikkus 42 cm. Lapsel oli emaga sarnane ebaproportsionaalne kehaehitus: jäsemed lühikesed, käed küünarliigesest piiratud liikuvusega, pea suhteliselt suur.

Mainitud juhul on tegemist ebasood-

ARRENOBLASTOOMI JUHT

AINO PÜVI

Tallinn

UDK 616-006.88.03

Arrenoblastoom kuulub harva esinevate kasvajate hulka: esineb kümme korda harvem sõmerkihi rakkudest ja kolm korda harvem nääpsukesta rakkudest arenenud kasvajast. Arrenoblastoom on defeminiseerivate või maskuliniseerivate omadustega kasvaja. Tavaliselt on siledapinnaline, hallika või räpasvalkja löikepinnaga, sageli ümmarguse või ovaalse kujuga.

On kirjeldatud mõnemillimeetrilise diameetriga kuni kahe meherusika suurusi arrenoblastoome. K. Zelle on 1948. a. kirjeldanud koguni arrenoblastoomi kaaluga 5600 g.

Histoloogiliselt ehituselt võib kasvaja olla mitut tüüpi, kuid rakuliselt ehituselt kuuluvad kõik vormid enamasti gonadogeneesi mitmesugustesse etappidesse. R. Meyer klassifitseeris 1930. aastal arrenoblastoomid kolme rühma:

a) testikulaarne (tubulaarne) adenoom,

b) vaherakkude tüüpi ja

c) mittediferentseerunud sarkomatoosse ehitusega arrenoblastoom.

1961. aastal kirjeldas M. Glazunov, et ühes kasvajas võivad esineda erinevad eespool kirjeldatud rakutüübid.

Enamasti on arrenoblastoom healoomuline. 17-ketosteroidide hulk võib arrenoblastoomi korral H. Selye uurin-gute põhjal jääda organismis enam-vähem normi piiridesse. H. Simmer ja N. Hillemann kirjeldasid 1962. aastal arrenoblastoomi juhtu, kus haigel oli rohkenenud uriini androsterooni- ja etiokolonoaloonisisaldus. Arrenoblastoomihaigeil on androgeenide hulk perifeerses veres enamasti rohkenenud.

sa pärilikkuse juhuga, mis ilmnes esmakordselt meie uuritud patsiendil.

KIRJANDUS: 1. БМЭ, том 34, изд. второе, 149—156. — 2. Хромосомные болезни человека. Под. ред. Е. Ф. Давиденковой. М., 1965, 5—30.

Tallinna Pelgulinna Haigla Sünnitusmaja

Tavaliselt tuleb arrenoblastoomi raviks eemaldada kogu munasari, kuna kasvaja on enamasti soliidne moodustus, harvem seroosse või hemorraagilise sisuga tsüst. A. Gnassi aga on 1936. aastal kirjeldanud arrenoblastoomi, mis on koosnenud neljast alla 1 cm läbimõõduga sõlmest ja mille sai munasarjast lihtsalt eemaldada.

Esitame Tallinna Vabariiklikus Haiglas diagnoositud arrenoblastoomi juhu kirjelduse.

Naispatsient S. N., 33 aastat vana, toodi kiirabiautoga 28. oktoobril 1971. aastal Tallinna Vabariikliku Haigla III sünnitusosakonda (haiguslugu nr. 3818/1971. a.). Diagnoos: *Abortus imminens* (18. kuni 20. rasedusnädalal). Menstruatsioon oli alanud 12-aastaselt, korrapärase kuni 22. eluaastani, tüüp $\frac{5 \text{ p.}}{28 \text{ p.}}$,

vereeritus keskmine, kulg valudeta. Suguelu algus 20 aasta vanuses. Alates 22. eluaastast pikenesid menstruatsiooni vaheajad teadmata põhjusel kahe-kolme kuuni ja umbes poole aasta pärast lakkasid menstruatsioonid täielikult.

Kui amenorröa oli kestnud seitse või kaheksa kuud, hakkas patsient Tallinna III Naistenõuandlas saama hormoonravi, peamiselt Kvateri skeemi järgi. Sellest alates ilmus menstruatsioon ainult pärast ravi. Enesetunde halvenemise korral raviti hormoonidega aastaid. Menstruatsioon ilmus ainult ravi ajal, pärast ravi lõppu aga lakkas. *Libido sexualis* oli alanenud. Mõni kuu kestnud amenorröa järgselt patsiendi enesetunne halvenes ja hormoonravi korrali jälle. Patsiendi oli Tallinna III Naistenõuandlas hormoonidega ravitud viimasel aastal viis kuni kuus kuud järjest. Ravi vältel oli menstruatsioon regulaarne.

Üks või kaks kuud pärast hormoonravi lõppu märkas patsient rindade suurenemist, esines iiveldus. Patsiendil tekkis tunne, nagu oleks ta rase. Et menstruatsiooni 16 nädalat

ei olnud, konstateeriti Tallinna III Naistenõuandlas 14 nädalat kestnud rasedust.

28. oktoobril 1971. a. oli kiirabi väljakutumise põhjuseks pidev nüri valu alakõhus, mis periooditi tugevnes. Haiglasse saabumisel oli voolus sugelunditest tavaline. Valvearst määras ravi raseduse säilitamiseks. Tugevad valud kadusid kahe-kolme päeva järele. Patsiendi vaginaalsel vaatlusel 14. novembril diagnoosis konsiilium fantoomrasedust (emakas oli normaalset suurust) ja vasaku munasarja tuumorit. Patsient toodi üle I günekoloogiaosakonda.

Patsiendil karvkate kehal oli maskuliinset tüüpi, tal oli tihe habe, mida iga päev raseeris; jämedad karvad reite sisepinnal ja kõhul ulatusid nabani. Patsient oli tüse, võrdlemisi jämeda häälega. Juuksed hõredad, kliitor mõõdukalt hüpertrofeerunud. Günekograafial leiti vasaku emakamanuse piirkonnas umbes poolteise rusika suurune siledapinnaline munasarjakasvaja, emakas oli normaalset suurust.

Mõnepäevaste vaheaegadega määrati 17-ketosteroidide hulk uriinis. See oli 18,7; 30,1 ja 25 mg. 17-oksükortikosteroidide oli 11,4 ja 11,2 mg.

Röntgeniülesvõttel *sella turcica* piirkonnas haiguslikke muutusi ei leitud. Retroperitoneaalu ruumi õhu viimise järel tehtud ülesvõte neerupealistest osutus normaalseks.

Vere suhkrusisaldust kontrolliti korduvalt, see oli pidevalt normis. Normis olid ka EEG ja EKG.

Nõutasime Tallinna Endokrinoloogia Dispanserist, kus patsienti 1969. aastal oli lühikest aega uuritud, tõendi temal tehtud analüüside kohta. 1969. a. oli vere suhkrusisaldus olnud normaalne, samuti kolesteriini, kaaliumi ja naatriumi hulk veres; *sella turcica* oli olnud normis. 17-ketosteroidide oli 21,4 mg.

Dispanseris oli diagnoositud kergekujulist hüpötüreooosi, lühikest aega oli manustatud türeoidiini väikestes doosides.

8. detsembril 1971. aastal toimus operatsioon — eemaldati vasaku munasarja kasvaja, mis oli umbes 120° pöördunud. Haiglasse saabumisel esinenud valud olid näiliselt tingitud kasvaja pöördumisest. Liidetest vabastati umbes poolteise naiserusika suurune munasarjakasvaja, mis vasakul oli suure rasviku tugevasti ja sooltega mõõdukalt liitunud. Tehti vasakpoolne salpingotumoroforektoomia. Kasvaja osutus ümmarguseks läikiva- ja siledapinnaliseks kollakashalliks räpashallika löikepinnaga moodustiseks.

Ravi kulg pärast operatsiooni oli normaalne. Viieaastane operatsioonijärgsel päeval algas menstratsioon, mis kestis vaevusteta neli päeva, vere-eritus oli keskmine.

Tuumori patoloogilis-histoloogilisel uurimisel oli raske kindlaks teha, kas on tegemist tekoomi või mittediferentseerunud tüüpi arrenoblastoomiga. Kliinilistest sümptoomidest lähtudes võis tuumorit pidada arrenoblastoomiks.

Operatsioonijärgselt on patsiendil menstratsioonid regulaarsed. Juba 20. aprillil 1972. aastal täheldasime karvkatte tüübi tunduvalt feminiinsemaks muutumist. Patsient oli kaalus maha võtnud 5 kg, hääle oli naiselikum.

30. juunil 1973. a. sünnitas patsient elusa, ajalise poeglapse, kaal 3750 g, pikkus 50 cm. Laps on terve.

KASUTATUD KIRJANDUS: И. Д. Нечаева. Опухоли яичников. Л., 1966.

Tallinna Vabariiklik Haigla

Androsteroon ja kopsuvähk. Mitmete teadlaste uurimused viitavad hormoonide osatähtsusele kopsuvähi arengus. Nii on Glasgow' teadlane L. Rao kindlaks teinud, et kopsuvähihaiged eritavad uriiniga androsterooni vähemal hulgal ja 17-hüdrokortikosteroidide suuremal hulgal kui terved inimesed. Need kõrvalekaldumised tulid ilmsiks 90% -l kopsuvähihaigetel.

Kopsuvähi ja vähenenud androsteroonierituse vahelist sõltuvust näitab ka kopsuvähi tõttu opereeritud haigete jälgimine. Uurimisandmed 42 sellise haige kohta kinnitavad, et kõige väiksema androsteroonierituse korral olid operatsioonijärgsed ravitulemused kõige halvemad. Seetõttu võib oletada, et androsteroon soodustab tuumori kasvu ja levikut. Androsteroon mõjub anabolistlikult, ta edendab valkude moodustumist; kortisool seevastu toimib katabolistlikult, ta soodustab lagunemisprotsesside ainevahetust. Kopsuvähihaigetel täheldatud vähenenud androsteroonierituse ja suurenenud 17-hüdrokortikosteroidi-eritusega võib seletada neil ilmnevat kiiret jõu langust. Samuti on teada, et kortikosteroidid mõjutavad organismi immuunsusreaktsioone, mis etendavad tähtsat osa kasvajate tekkes ja arengus. Androsteroonivaegus võib ka metastaaside teket aeglustada. Metastaaside tekkeks on vajalik verehüübe matriits. Et androsteroon fibrinolüüsi soodustab, peaks võimalik olema androgeenivaeguse tõttu kergemini tekkinud verehüüvet vaadelda kui metastaaside matriitsi.

Neil põhjustel loodetakse androsterooni, resp. temaga sarnaselt toimivat steroidi edaspidi kasutada vähiravis.

Naturwiss. Rundschau, 1972, 12.
Wissenschaft und Fortschritt, 1973, 3.

DIAPHRAGMA LÜMFANGIOOMIST PÕHJUSTATUD KÜLOTOORAKS

ANTS RULLI
ENN PÜTTSEPP
Tartu

UDK 616.25-003.24

Külotooraksit esineb harva ja tema põhjuseks on harilikult trauma. Ta võib olla ka mitmete selliste haiguste nagu tuberkuloos, kasvaja jt. tüsistus. Üksikjuhtudel on külotooraksi põhjuseks ka harva esinev kasvaja — lümfangioom. Kuni 1972. aastani on mittetraumaatilise külotooraksi juhte D. Neliuse (4) andmeil maailmakirjanduses kirjeldatud ainult 13 ja need on olnud põhjustatud lümfangioomist.

On kirjeldatud nii tsüstilisi kui ka kavernilisi lümfangioome. Rindkeres paiknevad lümfangioomid on harilikult tsüstilised. Need asetsevad peaaegu eranditult mediastiinumi piki rinna-juha, olles teistest kasvajatest raskesti eristatavad (7, 8). Lümfangioomid on asunud pleural kupli kohal (9, 3), kopsuvärati kõrgusel (1), samuti mediastiinumi ja diafragma vahelises siinuses (5), kus nad harilikult on liitunud ka perikardiga. Nende teket on sageli seostatud lümfli äravoolu takistusega (2, 6). Kirjeldusi lümfangioomidest, mis lokaliseerusid diafragma kuplil, samuti ka sellest lähtunud külotooraksist teadaolevas kirjanduses avaldatud ei ole. See pärast toome lühikese väljavõtte Tartus 1972. aastal ravitud haige haiguslugudest (Tartu Tuberkuloosidispanseri statsionaari haiguslood nr-d 472 ja 587 ning Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla haiguslugu nr. 1674).

38-aastane naisehaige S. L., elukutselt pagar, oli haigestunud veebruaris. Haigusnähud ebamäärased: halb enesetunne, pisted paremas küljes, kerge hingeldus. Haigel oli diagnoositud grippi. Et haigusnähud pärast kahenädalast ambulatoorset ravi ei taandarenenud, saadeti haige 24. veebruaril Jõgeva Rajooni Haiglasse. Röntgenoloogilisel uurimisel sedastati parempoolne fluidotooraks — vedelik ulatus IV roideni. Kehatemperatuur normaalne. SR 10 mm/t. Leukotsüüte 7900. Valgeverre valem: eosinof. 5%, segmentt. 60%, lümfots. 25%, monots. 10%. Diagnoositi tuberkulooset eksudatiivset pleuriiti. Eksudaat resorbeerus pä-

rast antibakteriaalset ravi kiiresti. Eksudaati vähesel hulgal veel siinustes ja interlobaar-selt. Haige lubati 20. aprillil ambulatoorsele ravile.

Mai algul muutus hingamine taas raskeks. Röntgenoloogilisel uurimisel sedastati, et vedelikku oli uuesti kogunenud paremasse pleuraõõnde. Seetõttu saadeti ta 17. mail Tartu Tuberkuloosidispanseri statsionaari edasisele uurimisele.

Röntgenoloogiliselt: rindkere parem pool kopsutipust diafragmaani homogeenselt varjutatud. Punktisioonil eemaldati 900 ml piimjat punaka varjundiga vedelikku. Vedeliku erikaal 1015. Valgusisaldus 26,4%. Mikroskoopiliselt leiti mitmesuguse suurusega rasvatilku, vähesel hulgal erütrotsüüte ja lümfotsüüte. Pärast punktisiooni muutus hingamine vabaks ja haige tundis end hästi. Korduvatel uurimistel ilmnis, et punaliblede ja leukotsüütide arv, samuti valgeverre pilt normis. Normaalsed ka vereseerumi üldvalk ja proteino-gramm. Tuberkuliinireaktsioonid negatiivsed. Diagnoositi tundmatu etioloogiaga külotooraksit ja otsustati määrata punktisioonravi.

Rindkere punkteeriti kahe- kuni seitsmepäevaste vaheaegadega. Algul näis, et see annab tulemusi, kuid hiljem kogunes vedelikku taas rohkem ja punkteerimisel saadi 600 kuni 1400 ml lümfli. Pleuraõõnest evakueeriti kokku 6400 ml vedelikku. Punktisioonravil loodetud tulemusi ei saadud ja haige saadeti Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla torakaalkirurgiaosakonda operatsioonile.

14. juulil 1972. a. tehti torakotoomia paremal pool VI roietevahemikus naerugaasnar-koosis. Pleuraõõnes oli umbes liiter piimjat punaka varjundiga lümfli. Liited pleura lestmete vahel puudusid. Mediastiinumis peajoogilisi muutusi ei täheldatud. Diafragma kupli tsentrumis oli väikesi paksendeid, millest kolm 6...7 mm läbimõelduga näsajat moodustist ulatusid teistest kõrgemale. Kui nende läheduses vajutati sõrmega diafragmale, paiskus ühest välja lümfli peene joana. Ebatasane diafragma osa lõigati välja, tekkinud umbes 4...5 cm pikkune haav õmmeldi kinni üksikute siidõmblustega. Pleuraõõnde viidi dreen ja haav õmmeldi kihiti. Dreen eemaldati teisel päeval pärast operatsiooni. Vedelikueringus dreenist oli minimaalne. Operatsioonijärgsel perioodil tüsistusi ei tekkinud.

Eemaldatud diafragma osa patohistoloogilisel uurimisel diagnoositi lümfangioomi.

1972. a. oktoobris tuli haige järelkontrollile. Röntgenoloogilisel uurimisel selgus, et paremal oli diafragma kõrgseisus, vähe liikuv. Muud patoloogilised muutused puudusid. Kaebusi ei olnud.

KIRJANDUS: 1. Emerson, L. G. New England J. Med., 242, 150, 575—577. — 2. Mahnke, P. F. Z. ärztl. Fortbild., 1969, 9, 474—478. 3. Müller, T. Zbl. Chir., 1967, 9, 306—315. — 4. Nelius, D. Dtsch. Ges. wesen, 1972, 3, 97—99. — 5. Römer, K. H., Römer, Ch., Schilling, W. Zbl. Chir., 1968,

3, 116—122. — 6. Горнак К. А., Серов В. В., Рябцев В. Г., Вечер А. М. Арх. пат. (Москва), 1963, 3, 73—77. — 7. Козлов В. П. Вестн. хир., 1964, 7, 108—110. — 8. Скалдин П. В., Манафов С. С., Крувенко Э. В. Грудная хир. 1966, 5, 99—101. — 9. Соколов Ю. Н., Рождественская А. И. Вopr. онкол., 1964, 2, 3—8.

TRÜ Arstiteaduskonna üldkirurgiakateeder

Tartu Tuberkuloosidisperseri
statsioonar

Mõttevahetus

SISEHAIGUSTE DIAGNOOSIMISE PUUDUSTE JA VIGADE PEAMISED PÕHJUSED

NATAN ELSTEIN

Tallinn

UDK 616/618-071-035.7(049.2)

«... igal ausameelsel inimesel, eriti õpetajal, peab olema iseäranne sisemine vajadus võimalikult varem avalikult teada anda enda tehtud vigadest, et ära hoida nende kordamist teiste inimeste, vähem kogenute poolt».

N. I. Pirogov (Tartus 1837)

Arsti vigu käsitlevas meditsiinikirjanduses on kõige enam töid, milles on vaatluse alla võetud diagnoosimise puudused ja vead. Sellest hoolimata jäävad vaieldavateks diagnooside hindamise viisid ja diagnoosimise kvaliteedi kriteeriumid.

Polikliiniku patsientide diagnooside hindamiseks on valitud kaks moodust.

Esimene on polikliinikus ja haiglas pandud diagnooside kõrvutamise, võrdlemine. Sellel on väärtuse kõrval ka puudusi, sest on võimalik kontrollida üksnes väikest osa hospitaliseeritud haigeist (10...12%). Enamik ambula-

tooriumi ja polikliiniku patsiente (88...90%) jääb kontrollimisest välja. Ehkki hospitaliseeritakse raskemalt haigeid, kelle ravimine nõuab arstilt intensiivsemat mõtetegevust ja põhjalikumaid teadmisi, ei ole alust eeldada, et kergemalt haigete ravimisel tehakse vähem vigu. On andmeid, mis annavad tunnistust hoopis vastupidisest.

Teiseks, kui on tegemist raskelt haigelega, peetakse enne tema hospitaliseerimist osakonnajuhatajaga nõu. Voodikohtade defitsiidi tõttu haiglates otsustatakse haige «plaaniline» hospitaliseerimine samuti sageli pärast osakonnajuhatajaga konsulteerimist.

Mõlemal juhul ei kajasta diagnoosimise kvaliteet polikliinikus ja haiglas mitte niivõrd jaoskonnaterapeudi kvalifikatsiooni, kuivõrd osakonnajuhataja oma. Mida madalam on ordinaatori kvalifikatsioon, seda sagedamini pöördub ta nõuküsimiseks osakonnajuhataja poole. Siit saabki alguse mõnikord ilmnev paradoksaalne nähtus: mida madalam on polikliinikuarsti kvalifikatsioon, seda

suurem on tema diagnooside ühtivuse protsent haiglas pandud diagnoosidega. Niisugune olukord ei valitse muidugi alati, siiski küllalt sageli.

Ei saa nõustuda ka sellega, et polikliinikus ja haiglas määratud diagnooside kõrvutamise aluseks on «haiglas diagnoosimise kvaliteedi apriorne ülehindamine» (16), millel alati ei ole küllaldast alust.

Teine meetod diagnoosimise kvaliteedi ja vigade üle otsustamiseks lähtub ambulatorsete haiguslugude analüüsist.

Haiguslugude läbivaatamine võimaldab välja selgitada palju vigu. G. Gomejskaja (10) tegi nimetatud meetodikal kindlaks, et diagnoosid ei ole usaldusväärsed 17%-l haigetest, B. Zimovski ja E. Malõševa (14, 15) avastasid puudusi Kalinini linna terapeutide vastuvõetud haigete kaartidel 36,7%-l ja Kaluuga linna terapeutide vastuvõetud haigete kaartidel 51,3%-l.

Ka sellel analüüsimismoodusel on puudusi. See fetišeerib arsti sissekanded. Haiget vastu võttes arst kas mõtleb palju või kirjutab palju. Nii ühe kui teise jaoks ei jätku aega. Arsti mõtete kulgu kontrollitakse harva, sissekandeid aga sagedamini. Viimastel aastatel on arstidele soovitatud elastset vormelit: «Kirjutage vähem, kuid paremini!» Et aga vähesega ütelda palju, peab olema nii aega kui oskust. Tegelikult on nii, et ühtedel juhtudel kirjutavad arstid vähe ja panevad sellega kahtluse alla omaenda järelduste õigsuse ning suurendavad nõnda vigade protsenti ambulatorsete haiguslugude kontrollimisel. Teistel juhtudel kirjutatakse palju, kuid alati ei tule see kasuks vastuvõtu kvaliteedile ega haigele.

M. Kozlova (17) seadis eesmärgiks jaoskonnaterapeutide sissekannete alusel välja selgitada gripi diagnoosimise põhjendatuse. Leningradi 20 polikliiniku 500 ambulatoorse haigusloo analüüsimisel selgus, et sissekanded ei olnud kooskõlas diagnoosiga 57,8%-l juhtudest. Millest siis jutt on? Kas tegelikest vigadest või dokumentide vormistamise puudustest?

Selle meetodi teine puudus on hoopis

tõsisem: sissekannete põhjal on võimalik hinnata diagnoosi vastavust haigusliku sissekantud uurimisandmetele, mitte aga seda, kuidas ja kuivõrd kvalifitseeritult arst anamneesandmeid on kogunud, missugune on olnud haige läbivaatuse kvaliteet, milline on arsti suhtlemine haigega. Diagnoosimise kvaliteedi üle polikliinikus oleks võimalik otsustada lahanguandmete järgi, kuid neist, kes on surnud kodus, lahatakse üksnes 4...8% (7). Siinkohal märgime, et diagnooside lahknevus on niisugustel juhtudel 25...30%.

Vaevalt vastuvõetav on T. Saijantsi soovitus (27) hinnata diagnoosimise kvaliteeti nende haigete hulga järgi, kellel diagnoos on määratud kolme päeva jooksul pärast esmast arsti poole pöördumist. Ei ole arusaadav, miks just kolme päeva, mitte aga kahe või viie. Selline diagnoosimisele lähenemine on mehhanistlik. Niisiis tuleme ikkagi tagasi dokumentatsiooni analüüsimise juurde.

Kõik eespool toodu on mõned autorid juhtinud järeldusele, et massiliste haigestumiste korral ei ole diagnoosimise kvaliteeti võimalik kontrollida. Selle järeldusega on raske nõustuda.

Meie poolt väljatöötatud (31) ja nüüd juba N. A. Semaško nimelise Üleliidulise Sotsiaalhügieeni ja Tervishoiuorganisatsiooni Teadusliku Uurimise Instituudi soovitatud meetod polikliinilise vastuvõtu kvaliteedi analüüsimise laaldaseks kasutuselevõtuks eeldab, et polikliiniku sisehaiguste osakonna juhataja annab terapeutidele vastuvõtu, sealhulgas ka diagnoosimise kohta hinnangu pärast arsti vastuvõtu vahetut osavõttu.

Lähtusime kolmest eeldusest: a) terapeutilise abi kvaliteedi üle ei saa otsustada üksnes hospitaliseeritute või surnute andmete analüüsi alusel, sest nimetatud moodustasid vaid väikese osa polikliiniku patsientidest; b) analüüsimine peab mitte üksnes diagnoosi, vaid kõiki neid komponente, mida arvesse võttes diagnoos on pandud; c) diagnoosimise kvaliteedi kohta ei tohi otsust langetada üksnes haiguslugudesse tehtud sissekannete alusel.

Sisehaiguste osakondade juhatajad analüüsisid 2251 haige läbivaatuse kvaliteeti vastuvõttudel Tallinna kuues polikliinikus ja avastasid selles puudusi 39,8% -l juhtudest. Sealhulgas oli puudusi anamneesi kogumises $23,0 \pm 0,9\%$ -l juhtudest, haige läbivaatuses $20,3 \pm 0,8\%$ -l ning laboratoorses ja instrumentaalses uurimises $13,9 \pm 0,7\%$ -l juhtudest. Et need puudujäägid esinesid sageli koos, ei võrdu haigete arv, kelle läbivaatusel need ilmsiks tulid, diagnoosimisvigade üldarvuga. Pole alust arvata, et andmed terapeutide eksimise kohta on iseloomulikud üksnes Tallinna arstidele.

Ž. Paranskaja analüüsis isheemiatõbe põdevatele haigetele antud arstiabi kvaliteeti Moskva polikliinikutes (23). Tema andmeil oli küllaldaselt uuritud haigeid üksnes 38,1%. Kodus antava meditsiiniabi valikulisel kontrollimisel Valgevene NSV linnades avastati puudusi 21,6% -l juhtudest. K. Goršukova analüüsitulemuste järgi (11) uuritakse polikliinikutes täielikult (elundkondade järgi) ainult 0,99% haigeist.

Terapeutilise abi puuduste näitarvud ei ole madalamad ka teistes maades. Vasi komitaadi (Ungari) jaoskonnaterapeutid panid eksidiagnoose müokardiinfarkti puhul $63,0 \pm 7,0\%$ -l, nefriidijuhtudel $38,7 \pm 7,3\%$ -l, maovähi korral $36,5 \pm 7,5\%$ -l, südamerikete puhul $30,0 \pm 7,2\%$ -l, mao haavandtõve puhul $29,8 \pm 6,8\%$ -l juhtudest jne. (22). Ulan-Batoris oli puudulikult uuritud $28,4 \pm 2,9\%$ sisehaigusi põdevatest haigetest, keda enne hospitaliseerimist oli ravitud polikliinikus (6). Eriti suur on ambulatoorse ravi vigade arv nendes maades, kus keskele kohale on ikka veel jäänud üldarst. W. Tucker kaastöötajatega (5) on esitanud andmeid Chicago ülikooli filiaalhaigla ambulatooriumis antud arstiabi kvaliteedi analüüsimisest. Diagnoosid osutusid puudulikuks 58% juhtudest.

Diagnooside lahknevus haiglasse saabumisel ja väljakirjutamisel kõigub erinevate autorite andmeil (20, 29) 10... 25% piires. Vigu ja puudusi ilmneb arstiabi andmisel ka haiglas.

Haiglas kõrvutatakse kliiniline ja lahangudiagnoos või analüüsitakse haiguslugudesse tehtud sissekandeid. Esimest moodust võib tunnistada enamalt jaolt küllaldaselt objektiivseks, teist aga kritiseerida kui analüüsimist ambulatoorsete kaartide järgi. Seda küll teataval määral, sest haiglaarstil on aega rohkem ja haiget jälgitakse pikemat aega.

Analüüsisime retrospektiivselt 2390 haiglast väljakirjutatu haiguslugu. Tegime kindlaks, et haigete uurimine oli puudulik $24,0 \pm 0,2\%$ -l, liigselt põhjalik $12,5 \pm 0,6\%$ -l juhtudest. Diagnoosi vormistamise puudusi — funktsionaalsete uuringute andmete puudulikkus, väär sõnastus jne. — ilmnes $28,0 \pm 0,9\%$ -l juhtudest. J. Loginova ja M. Potehhina andmeil (19) uuritakse haiglates 21% haigeist puudulikult ja kuni 6% hilinenult. Eriti rahulolematuks jätab kaasuvate haiguste väljaselgitamine. Kolumbia ülikooli juures tegutseva meditsiinkooli andmeil raviti New Yorgi haiglais 43% ravil oluist valesti, sest diagnoos oli olnud väär.

Kliiniliste ja lahangudiagnooside lahknevus segatüüpi haiglates on täiskasvanuil 11% (9). Diagnooside lahknevus on suurim pahaloomuliste kasvaja (eriti mao- ja kopsuvähi), tuberkuloosi, kopsupõletiku, ateroskleroosi ning selle tüsistuste juhtudel. Eksida võivad ka patoloogid-anatoomid, eriti morfoloogiliste uuringute trakteerimisel (8).

Paljude autorite seisukohtade hulgas on huviarataav I. Tšernorutski klassifikatsioon diagnoosimisvigade põhjustest (30). Tema järgi on peamised: 1) puudulik, halb või väär uurimine või jälgimine; 2) napid teadmised ja 3) väär otsustus (andmete ebaõige hindamine või valed järeldused). Selles klassifikatsioonis toodud põhjused võivad põimuda. Tähelepanu peab pöörama eriti otsustusvigadele. R. Hegglin märgib (28) nende põhjustena arsti konstruktiivse mõtlemise puudulikkust, veendumust oma eksimatusest, eelarvamuslikkust, enesearmastust ja upsakust, ebaloogilisust, otsustusjõuetut iseloomu, «huvitavate diagnooside» panemise püüdu jt. Mui-

dugi, arsti iseloomu iseärasused etendavad diagnoosi määramisel mitte väiksemat osa kui puhtprofessionaalne ettevalmistus. Viimasesse peaks kuuluma ka loogilise mõtlemise õpetamine, millele arstide ettevalmistamisel kahjuks tähelepanu ei pöörata. Võib nõustuda A. Popovi ja V. Kondratjevi arvamusega (25), et mitte alati ei aita loogika arsti selles, kuidas mingil juhul mõelda. Kuid loogika ütleb alati kindlalt, kuidas ei tohi mõelda.

Vaatamata teaduse ja tehnika saavutustele etendavad diagnoosimisel olulist osa ikkagi hästi kogutud anamnees ja õigesti tehtud objektiivsed uuringud. Välismaa klinitsistid arvavad (3, 28), et laboratoorse ja instrumentaalse uurimise andmed annavad vastuse üksnes 20...25% diagnoosimisel üleskerkivatele küsimustele. D. Golovini (9) tähelepanekuil on kõige enam lahkdiagnoose esimestel päevadel, seejärel nende arv väheneb. 7. kuni 10. päevast alates lahkdiagnooside arv taas suureneb, sest arst «korrigeerib» oma mõtlemist laboratoorsete andmete mõjutusel.

Raskelt väljajuuritav alateadvuslik usk diagnoosimise «täpsetesse» meetoditesse on visa kaduma. Selle ohvriks on langenud anamnees. Selle kohta käivad ka I. Davõdovski sõnad: «Kliinik on lõivu maksnud nende meetodite eest puhtkliinilise diagnoosimiskunsti märgatava atroofiaga» (11). On iseloomulik, et diagnoosimisel kasutatavast kolmest meetodist — anamneesi kogumisest, objektiivsest uurimisest ja laboratoorsest-instrumentaalsest uurimisest — tehakse kõige vähem vigu viimati nimetatust. Mida madalam on arsti kvalifikatsioon, seda vähem ta räägib haigega, seda sagedamini saadab ta haige mitmesugustele analüüsidele, röntgenuuringule, EKG tegemisele jne.

Terapeudid teevad anamneesi kogumisel sagedamini järgmisi vigu:

1) arst ei kogu anamneesi, vaid võtab seda üksnes vastu, ei esita küsimusi ning piirdub sellega, mida haige talle räägib;

2) alahinnatakse haige kaebuste laadi, arst ei püüa välja selgitada haiguse

tunnuste vastastikust seost, nende ilmnemise perioodilisust, millest need sõltuvad, kuidas kaovad jne.;

3) alahinnatakse haiguse alguse ja ägenemise alguse eristamist, mida haiged ise sageli samastavad, mida arstid aga ei täpsusta;

4) ei peeta oluliseks epidemioloogilist, eriti «farmakoallergoloogilist» anamneesi;

5) alahinnatakse elukondlike tingimuste, perekonnaliikmetevaheliste suhete, seksuaalelu osatähtsust.

Sellise «kiirmeetodiga», mille puhul haigega vähe räägitakse, rohkem vaadeldakse ning määratakse igasuguseid lisauuringuid, on haige niivõrd harjunud, et sisenenud arstikabinetti, hakkab ta kohe lahti riietuma või küsib: «Millest alustada?», teades, et arstil niikui ei jätku aega teda ära kuulata.

Sellise kiirustamise tulemuseks on see, et haiged räägivad oma haigusest eri arstidele mitut moodi. Haiguse erisugustel etappidel võib patsient mitmeti mõista, mis on tema haiguses «peamine». A. Fairbain kaasautoritega (2) toob andmeid 288 küsitletu kohta, kellelt kuuenädalase vaheaja järel kahel korral päriti, kas neil ilmneb hingamis-elundite haiguste tunnuseid. 50% -l juhtudest andsid küsitletud vastandlikke seletusi. Mida vanem on inimene, seda tõenäolisemad on vead temalt saadud vastustes, mis on tingitud mälu halvenemisest.

Haige objektiivsel uurimisel tehtud vead saavad meie arvates alguse terapeutide mitteküllaldastest teadmistest sisehaiguste propedeutikas. Sellest omakorda lähtub kindla meetodika puudumine haige uurimisel.

Meie tähelepanekuil kuulatlevad arstid haige südant üksnes siis, kui haige seisab püsti. Kopsude auskultatsiooni ajal ei soovitata haigel kõhatada, kõhtu palpeeritakse süsteemitult, mitmeid sümptoome arstid lihtsalt ei tea, näiteks Kehri, Ortneri jm. sümptoomid. Mõned terapeudid tunnevad südame auskulteerimist halvasti.

Paljude vigade põhjuseks objektiivsel uurimisel on kahtlemata kiirustamine ja pealiskaudsus.

Laboratoorsete ja instrumentaalsete uurimiste puudused on kaheksagused: kas haigele ei tehta nõutavaid analüüse või soovitataks teha mittetarvilikke. Tegemata jäetud uurimised kuuluvad peamiselt funktsionaalse diagnostika valdkonda (pneumotahhomeetria, põhiainevahetuse määramine, EKG jm.), nende kuritarvitamine ilmneb just laboratoorsete analüüsides suhtes. Tegemata jäetud uuringud on osakonnajuhatajate, kontrollkomisjonide jt. kriitiliste märkuste objektiks, mittevajalikke uuringuid ei analüüsita, neist minnakse vaikides mööda.

A. Jarentšuk kaasautoritega (32) soovib polikliinikus antava arstiabi kvaliteedi hindamisel arvesse võtta üksnes seda, mis on tegemata jäänud. Asjatute analüüsides määramine toob kaasa laboratooriumide ja funktsionaalse diagnostika kabinetide ülekoormuse ja piirab nende uurimist, kes seda tegelikult väga vajavad.

Samal ajal on oluline, et kompleksuurimisele ei lähenetaks lihtsustatult, mille puhul määratakse kõik uuringud, mitte aga antud juhul ja haiguse teatavas staadiumis näidustatud uuringuid. Kompleksuurimine eeldab niisuguste meetodite kasutamist, mis annaksid kõige rohkem tulemusi ja mis haiget võimalikult vähe traumeeriks. Hea diagnostik on see arst, kes saab maksimaalselt informatsiooni minimaalsel arvul uuringuid tehes (26).

Diagnoosimisvigade põhjusi analüüsides on vaja peatuda teguritel, mis on ilmsiks tulnud eriti viimastel aastatel.

Üksnes üht haigust põdevate inimeste osakaal väheneb vanemaealiste osatähtsuse suurenemisega elanike hulgas. Mida vanem on inimene, seda sagedamini on tal mitu haigust. See esitab uusi nõudmisi terapeutide analüüsimis- ja sünteesimisvõimele. Seejuures võib ilmnedä kaks äärmust ja mõlemad tingivad vigu. Ühed arstid püüavad diagnoosile läheneda üksnes «ühe võtmega», teised

aga ei näe sündroomi ja haigusi vastastikusel seoses.

Arstivigade põhjuste hulgas ei saa nimetamata jätta spetsialiseerumise teatavat negatiivset mõju: siin on nii haiguse tervikliku mõistmise puudumine kui ka oma diagnoosimisvõimaluste ülehindamine, mis on iseloomulik mõnede kitsama eriala spetsialistidele, ka meditsiinasutustevaheliste tihedate sidemete puudumine.

25-aastane meespatsient K. pöördus polikliinikusse. Ta kaebas üldist nõrkust, kõhnumist, kõhulahtisust, kõrgeenenud kehatemperatuuri (subfebriliteet). Haigeks olevat jäänud kuu aega tagasi pärast gripi põdemist. Objektiivselt: siseelundid patoloogiliste muutusteta. Perifeersed lümfisõlmed mõnevõrra suurenunud, fimeed, valutud.

Jaoskonnaterapeudi diagnoos: Gripijärgne asteenia? Retikuloos? Tehti vere- ja uriinuurid, kõhnumise ja nõrkuse tõttu määrati ka vere suhkruisaldus. Vere üldanalüüs vereloomeelundite haigust ei kinnitanud, vere suhkruisaldus oli 150 mg%. Haige hospitaliseeriti. Saatediagnoos: Suhkurtõbi (?). Endokrinoloog lükkas selle diagnoosi ümber, sest haiglas hüperglükeemiat ei diagnoositud (nähtavasti oli see transitoorne). Et haiglaravil äratasid arstide tähelepanu arteriaalne hüpertoonia ja igemete tume pigmentatsioon, arvasid nad, et tegemist võib olla Addisoni tõvega. Endokrinoloog lükkas ka selle diagnoosi tagasi ja arvas haigel olevat hoopis pliimürgituse. Kutsehaiguste arst aga seda diagnoosi ei kinnitanud. Järjekordsel konsiiliumil tundis üks arstidest huvi, kas haige võib-olla tarvitab mingeid ravimeid. Patsient vastaski, et pikemat aega on talle tehtud bijohhinoolisüste, sest ta on naha- ja suguhaiguste dispensaris arvel, kus teda ravitakse süüfilise tõttu. Diagnoos: *Lues in st. II*. Alaäge vismutimürgitus.

Kirjeldatud juht on väga näitlik diagnoosimisvigade «tekkemehhanismist». Anamnees oli kogutud halvasti: polikliinikus sellest ei teatud, et haige on arvel naha- ja suguhaiguste dispensaris. Süüfilise suhtes on arstidel eelarvamus, et see haigus on oma tähtsuse kaotanud ning et seda esineb haruharva. Iga eriarst lükkas oma eriala valdkonda kuuluva haiguse diagnoosi küll veendunult ümber, kuid ei olnud võimeline diagnoosimisele lähenema sünteesivalt.

Ka diagnoosi formuleeringul, mis kajastab põhjuse-tagajärje vastastikust

seost, on õigel diagnoosimisel (vastavalt sellele lähtuva ravitaktikaga) oluline tähtsus. Õeldakse: kes selgelt mõtleb, see ka selgelt väljendub. Diagnoosi ebatäpse sõnastuse taga on tavaliselt ebaselge arusaamine haiguse olemusest.

Linna traumapunkti kirurg suunas elukohajärgsesse haiglasse 46-aastase naispatsiendi R. Diagnoos: Südameastma, toidumürgitus. Arvates, et südameastma on tingitud toidumürgitusest (?!), saatis selle haigla vastuvõtuosakonna arst patsiendi edasi valvahaiglasse, kus lõpuks määrati õige diagnoos — müokardiinfarkt, mis on arenenud pärgarterite ateroskleroosi taustal ja ühistunud südameastmaga. Haige suri.

Kirjeldatud juhu analüüsimiseks korraldati spetsiaalne arutelu. Südameastma korral peab haigele arstiabi antama ja paigutatama ta samasse raviasutusse, kus diagnoos on pandud. Kuid südameastma on ju sündroom, mitte diagnoos. Kui traumapunkti ja elukohajärgse haigla vastuvõtuosakonna arstid oleksid südameastma olemust mõistnud, ei oleks nad seda seostanud toidumürgitusega. Nad oleksid teiste haiguste (nefriit, hüpertoonia-tõbi, südamerikked) olemasolu välistades diagnoosinud müokardiinfarkti. Niisuguse diagnoosi pannud, vaevalt et keegi arstidest oleks haiget ühest haiglast teise saatma hakanud.

Antud juhul kajastab diagnoosi vale formuleering väära arusaama haiguse olemusest ja sellest lähtuvat jämedat raviviga.

Diagnoosimisvigade ärahoidmise moodsed lähtuvad nende vigade tekke algpõhjustest. Eelkõige tuleb kõnelda süstemaatilise arstide kvalifikatsiooni tõstmisest, eriti igapäevases töös. Olulise tähtsusega on polikliinilise vastuvõtu kvaliteedi analüüs, millega peab tegelema osakonnajuhataja. Hädavajalik on suurendada haigla osakonnajuhatajate visiitide õppe-kasvatuslikku mõju. Kui terapeudi kvalifikatsioon süstemaatiliselt ei tõuse, siis see paratamatult langeb.

Teaduslik-tehnilise progressi tingimustes, spetsialiseerumise intensiivsuses arengus, eakate ja vanade inimeste osakaalu suurenemisel elanike hulgas suureneb avara mõtlemisviisiga, meditsiinitehnikat mittefetišeerivate, haigeid hästi mõistvate arstide kasvatamise tähtsus,

kes selgelt mõistaksid paljude haiguste koosesinemist vastastikusel seoses. Arstide kvalifikatsiooni tõstmise ja spetsialiseerumiskursuste programmis peavad olema ka loengud diagnoosimisvigadest.

KIRJANDUS: 1. Blankenhorn, M. A. Ann. Intern. Med., 1957, 47, 367—374. — 2. Fairbairn, A. S., Wood, C. H., Fletcher, C. M. Brit. J. Prev. Soc. Med., 1959, 13, 4, 175—193. — 3. Gcía, I. Viala med., 1967, 5, 289—296. — 4. Pflanz, M. Münch. med. Wochenschr., 1968, 35, 1944—1949. — 5. Tucker, W. R., Turner, J. R., Lashof, J. C., Ream, N. W., Herman, J. J. Arch. Environ. Health., 1965, 11, 1, 22—27. — 6. Бат-Очир Д. Состояние и качество стационарной терапевтической помощи взрослому населению г. Улан-Батора и вопросы специализации терапевтического коечного фонда. Автореф. дисс. канд. мед. наук, М., 1972. — 7. Вермаховский Э. И., Мамосова А. И. В кн.: Вопросы стационарного обслуживания населения. Материалы к Всесоюзному совещанию по стационарному обслуживанию населения. М., 1962, 70—76. — 8. Войно-Ясенецкий М. В., Жаботинский Ю. М. Источники ошибок при морфологических исследованиях. Л., 1970. — 9. Головин Д. И. О подготовке и проведении клинко-анатомических конференций. Кишинев, 1955. — 10. Гомельская Г. Л. Организация медицинского обслуживания городского населения в поликлинике. М., 1967. — 11. Горшукова К. Г. Сов. здравоохран., 1967, 1, 8—11. — 12. Давыдовский И. В. Сов. здравоохран., 1957, 1, 47—48. — 13. Журавель-Якобсон Р. Ю. В кн.: Пятая научная конференция молодых научных работников (Ин-та орг. здравоохран. и истории мед. им. Н. А. Семашко). Материалы докладов. М., 1963, 36—39. — 14. Зимовский Б. Ф., Малышева Г. А. В кн.: Вопросы организации медицинской помощи населению. Калинин, 1966, 26—29. — 15. Зимовский Б. Ф., Малышева Г. А. В кн.: Вопросы укрупнения и специализации стационарных отделений больниц г. Калуги. Калуга, 1966, 61—64. — 16. Исаханов П. М., Северова Е. Я. Здравоохран. Российской Федерации, 1971, 10, 18—22. — 17. Козлова М. З. Здравоохран. Российской Федерации, 1962, 12, 11—12. — 18. Кук Фред Дж. Заговор против пациента. Перев. с англ. М., 1972. — 19. Логинова Е. А., Потехина М. В. Медицинская помощь городскому населению. М., 1972, 18—47. — 20. Мальцев И. Т. Сов. здравоохран., 1959, 11, 38—43. — 21. Методические и практические рекомендации по научной организации труда заведующих терапевтическими отделениями городских больниц. М., 1971. — 22. Молнар Л. Качество диагностики участковых врачей и факторы влияющие на нее (статистическое исследование по материалам области Ваш ВНР). Автореф. дисс.

канд. мед. наук. М., 1970. — 23. Паранская Ж. А. Организация лечебно-профилактической помощи больным коронарной недостаточностью в городских поликлиниках Москвы. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1970. — 24. Пирогов Н. И. В кн.: Собр. соч. М., 1959, том II, 13. — 25. Попов А. С., Кондратьев В. Г., Очерки методологии клинического мышления. М., 1972. — 26. Рейнберг Г. А. Методика диагноза. М., 1951. — 27. Саиянц Т. И. Опыт организации работы участкового ординатора-терапевта объединенной больницы. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Ташкент, 1960. — 28. Хэгглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней. Перевод с немецкого. М., 1965. — 29. Чеботарев Д. Ф. В кн.: Руко-

водство по внутренним болезням. М., 1963, т. X, 380—433. — 30. Черноруцкий М. В. Диагностика внутренних болезней. Л., 1953. — 31. Эльштейн Н. В. Клин. мед., 1968, 4, 139—143. — 32. Яременчук А. Д., Дробнис Б. Я., Захаренко А. И., Злочин С. Н., Степкина Г. И., Косяченко Т. Ю., Светлова Л. И., Куцая Н. П., Голенищева Г. М., Бреусенко Т. П. Сов. здравоохр., 1970, 9, 18—22.

Eesti NSV Tervishoiu Ministereerium
Eksperimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut

Abiks velskritele ja õdedele

EPIDEMIOLOGIA RAVIASUTUSTES

HARRI LÕIV

Tallinn

UDK 614.211:616.9-036.2(047)

Raviastutustes levivate nakkushaiguste epidemioloogia esiletõstmise epidemioloogia valdkonnas üldse võib esimesel pilgul mõistmatuna näida. Kas raviastutustes on ehk mingid teised, seni teada olevatest erinevad epideemiaahela lülid? Ei, ka siin, nagu ikka, on kolm lüli: nakkusallikas, levikutee ja vastuvõtlik organism. Kuid nendel kõigidel on raviastutustes teatav spetsiifika, mis tingibki vaadeldava ala eraldi käsitle. Nosokomiaalsete infektsioonide üksikasjaliku tundmise vajadus tekkis omakorda selle ülemaailmsest aktuaalsusest, sest need on paraku saanud raviastutuste üldiseks nuhtluseks, tabades kuni 40% patsientidest.

Möödunust teame Semmelweisi aega, mil lihtsate epideemiaavastaste üritustega õnnestus sünnituspalavikkude esinemissagedust nimetamisväärselt vähendada, või Listeri ja Pirogovi tulemusrikkaid ettevõtmisi haavanakkuste vastu võitlemisel. Mis on siis need põhjused, mille tõttu infektsioonijuhud

hakkasid raviastutustes uuesti sagedanema?

Näib, et epideemiaahelas on enim muutunud kolmas lüli. On ilmunud haigete kontingent, eriti ohustatud haiged (*special risk*), kelle infektsiooniresistentsus on tunduvalt vähenenud. Organismi resistentsust vähendavad tegurid võib jaotada nelja põhirühma: haigus või organismi nõrgestav seisund, saadud ravimid, operatsioonid ja anomaaliad.

Haigustest, mis alandavad organismi vastupanuvõimet, mainigem maksahaigusi, suhkurtõbe, neerupuudulikkust, nahahaigusi, pahaloomulisi kasvaja, gammaglobuliini sünteesi puudulikkust (hüpo- ja agammaglobulineemia), agranulotsütoosi, leukeemiat j. m. Ka inimese eal on siinkohal teatav osatähtsus, sest imikutest haigestuvad sageli enneaegsed ja eakatest raugad.

Ravimitest on sagedasemad organismi resistentsuse alandajad steroidhormoonid, tsütotoksiliselt ja kemo-terapeutiliselt toimivad ained, samuti

antibiootikumid, immunsust pärssivad ravimid jm., ka kiiritamine vähendab organismi vastupanuvõimet.

Operatsioonihaavadest infitseeruvad tihti elundite transplantatsiooni järgsed haavad, eriti ajukelme, endokardi, silmakambri ja kuseteede operatsiooni haavad, sest nimetatud kudede infektsiooniresistentsus on väike. Näiteks südameoperatsioonide korral võib kaasnev infektsioon põhjustada $\frac{2}{3}$ opereeritute surma. Nakkusele on vastuvõtlikud ka põletiku või söövituse tagajärjel nõrgestatud koed.

Anomaaliatest on kõige ohtlikumad südamerikked, vähemal määral kuse- teede anomaaliad ja meningomüelotseele. Südameriketega kaasneb sageli eluohtlik endokardiit, meningomüelotseelega graamnegatiivsete bakterite poolt tekitatud meningiit.

Muutumatuks ei ole jäänud ka epideemiaahela teine lüli. Esiteks on hospitaliseeritud tihe kontakt nii teiste haigete kui ka personaliga, mistõttu rist-infektsioonid (*cross-infection*) ja iatrogenesed infektsioonid on üsna sagedased nähtused. Teiseks, seoses meditsiinitehnika arenguga on ilmnenud uued nakkuse levikuteed, millest sagedamini on kirjeldatud saastunud instrumende, vere- ja vedelikeülekanne aparatuure, inkubaatoreid, õhuniisuteid, aerosooli- aparaate, hapnikukotte, surveventilaatoreid, kateetreid (kuseteede-, kõri- ja veresoontesiseseid kateetreid). Ka silma- ja kõrvatilkade, salvide, kätekreemide, nahapuhastusvedelike, veeni süstitavate lahuste ja teiste ravimpreparaatide, vannivee ja isegi mõningate desin- fektsioonilahustega on nakkusi edasi kantud. Mõned mikroobid, näiteks *Pseudomonas*, paljunevad ka külmutuskapis hoidud vedelikes.

Oluliselt on muutunud nakkuse levik õhu kaudu. Mikroobid, mis tavaliselt levivad piisknakkuse või kontakti teel, võivad levida ka tolmuuga, näiteks stafülokokid kuivanud haavasidemetelt, streptokokid päraku piirkonnast, kolibakterid, üldse koprobakterid mähkmetelt jmt. Sagenenud on autoinfektsioon ja nakkuse levik teistesse elunditesse,

näiteks *E. coli* poolt tekitatud sepsis või kopsupõletik, kusjuures infektsiooni lähtekohaks on enamasti neerud või soolestik.

Nagu epideemiaahela teine ja kolmas lüli, nii ei ole muutumatuks jäänud ka nakkusallikas, kes on hakanud eritama antibiootikumiresistentseid mikroobe või omandanud senisest erinevama mikrofloora, näiteks *E. coli* ja *Pseudomonas aeruginosa* ninaneelus, *Achromobacter*'id ja patogeensed seened nahal jt.

Nosokomiaalsete infektsioonide põhjustajad on enamasti *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Achromobacter*'i perekonna mikroobid, *Klebsiella-Enterobacter-Serratia* (KES)-rühma mikroobid, *Proteus hauseri*, *Nocardia*, *Candida*, *Pneumocystis carini*, tsütomegaliaviirus jt. Viimastel aastatel on täheldatud *Staphylococcus aureus*'e poolt tekitatud haiguste harvemat esinemist, seevastu aga graamnegatiivsete mikroobide poolt tekitatud haiguste esinemissageduse suurenemist.

Et igas eri profiiliga raviasutuses on eespool kirjeldatud epideemiaahela lülid teatava spetsiifilise omapäraga, siis peame otstarbekaks vaadelda iga raviasutuse epidemioloogiat eraldi.

Nosokomiaalseid nakkusi on kõige sagedamini sedastatud kirurgia-, eriti südamekirurgiaosakonnas, sünnitusabi- ja günekoloogia- ning sisehaiguste osakonnas, samuti lastehaiglates.

Kirurgiakliinikus opereerituist paraneb enamik kiiresti, ka tüsistusi ei teki. Eespool mainitud asjaoludest sõltuvalt võib operatsioonihaavade infitseerumise aste varieeruda 1...40%. Nakkuse sagenemist on täheldatud seoses südame, närvisüsteemi, veresoonte, neerude jt. elundite lahtiste operatsioonide arvu suurenemisega. Nakatumist soodustavad tegurid on mädanakkuste esinemissagedus, operatsiooni kestus, patsientide kauaaegne viibimine haiglas ja nende ravi steroidhormoonide või antibiootikumidega, rasvumine, kõrge elu- iga jm.

Antibiootikumide kasutuselevõtmise järel harvenes küll nakatumine hemo-

lüütiliste streptokokkide ja pneumokokkidega, sagesid aga stafülokokkide ja graamnegatiivsete mikroobide poolt tekitatud haigused, seen- ja viirushaigused. Infitseerunud haavadest on *Staphylococcus aureus*'t isoleeritud $\frac{2}{3}$, välja arvatud pärasoole ja kuseteede ning suguelundite operatsioonide haavad, infitseerunud dreenidest on seda mikroobi isoleeritud $\frac{1}{3}$ -l juhtudest. Peale *Staphylococcus aureus*'e on operatsioonihaavadest isoleeritud *Staphylococcus albus*'t, A-rühma streptokokke, graamnegatiivsetest mikroobidest *E. coli*'t, *Proteus*'t, *Pseudomonas aeruginosa*'t, KES-rühma mikroobe ja batsille (*Clostridium*, *Bacteroides*). Neurokirurgiliste operatsioonide infitseerunud haavadest ja transplantaatidest on leitud tsütomegaliaviirust, *Pneumocystis carinii*'t ja pärmseeni. Südameoperatsioonide haavad võivad peale ülalmainitud mikroorganismide infitseeruda *Histoplasma capsulatum*'iga.

Nakatumine kõikide loetletud mikroorganismidega võib toimuda endogeenselt või eksogeenselt, esimesel juhul on tegemist autoinfektsiooniga. Näiteks isikutel, kellel on kindlaks tehtud stafülokokkikandlus ninas, tekivad ka haavanakkused sagedamini.

Teatavasti tõkestavad normaalsed koed ja nahk mikroobide invasiooni. Operatsioonist põhjustatud koetursest on veresooned ahenenud, mistõttu haava piirkonnas on leukotsüüte vähem. Peale selle nõrgestavad organismi vastupanu omakorda operatsiooni või trauma tagajärjel tekkinud verekaotus, šokk j.m. Mikroobide invasiooni kudedesse soodustavad haavaõmblused, polüetüleenkateetrid ja muud organismi viidud võõrkehad.

Haavanakkuste profülaktikaks kasutatakse mitmesuguseid antibiootikumide, kuid enamik haiglas ringlevast mikrofloorast on antibiootikumiresistentsed, mistõttu raviga ei ole sageli soovitud tulemusi saadud. Üsna huvitav on teada, et 19. sajandist alates kuni 1940. aastani kasutati haavanakkuste profülaktikaks hõbenitraati, seoses antibiootikumiresistentsete mikroobitüvede tekki-

misega on hõbenitraat nüüd uuesti kasutusele võetud.

Sünnitusmajades ja vastsündinute raviasutustes erineb epidemioloogia tunduvalt epidemioloogiast kirurgia-kliinikus. Penitsilliini laialdase kasutamise tulemusena on inimese mikroflooras toimunud oluline muutus — streptokokkide asemele on ilmunud stafülokokid. Stafülokokid satuvad imiku organismi juba esimestel elupäevadel. Viieks elupäevaks on 40...90% imikuil stafülokokkidega asustatud nina ja neel, nahk, naba ja seedetrakt. Arvatakse, et stafülokokid levivad sagedamini kontakti teel (ema või personaliga) kui õhu kaudu. Selle, ka «tänapäeva katkuks» nimetatud nakkushaiguse avaldusvormideks on püodermia, konjunktiviit, mastiit, panariitsium ja kopsupõletik (kas esmane või teisene). Eriti viimane võib eluohtlikuks osutada pneumotseele, empüeemi või pneumotooraksi kaasnemise tõttu. Kõikide mainitud haiguste korral on võimalik sepsise teke, eriti mastiidahaigetel. Peale nimetatute võivad stafülokokid tekitada artriiti, osteomüeliiti, maksa- ja kõhuõõneabstsessi, gastroenteriiti, meningiiti jne. Emadel on need pahatihti rinnaabstsessi põhjustajateks.

Võitlust stafülokokkide vastu raskendab nende resistentsus kuivamise suhtes, samuti paljude antibiootikumide ja kemoterapeutiliselt toimivate ning desinfitseerivate ainete suhtes. Stafülokokkidesse enim toimivateks antibiootikumideks on siiani peetud metitsilliini ja muid beeta-laktaamantibiootikume, viimasel ajal on üha sagedamini sedastatud ka nende antibiootikumide suhtes resistentsid mikroobitüvesid.

Nagu opereeritud haigete, nii ka vastsündinute hulgas on sagenenud graamnegatiivsetest mikroobidest põhjustatud infektsioonid. Ohtlikud on *Pseudomonas aeruginosa*, *Aeromonas hydrophila*, *Proteus* ja KES-rühma mikroobid, *E. coli*, samuti *Alcaligenes*'e, *Achromobacter*'i ning *Flavobacterium*'i perekonna mikroobid. Kuigi nende loomulik asukoht on väljaheites, vees ja mullas, ei ole enam harulduseks *Pseu-*

domonas aeruginosa, *E. coli* jt. isoleerimine laste nina või kurgu limaskestalt. Siinkohal juhiksime tähelepanu *Flavobacterium*'i ja *Achromobacter*'i perekonna mikroobidele kui meningiidi ja sepsise (isegi nende puhangute) tekitajatele ning *Proteus hauseri*'le kui sepsise tekitajale.

Lapsed on kõige sagedamini nakatunud aparatuuri vahendusel, näiteks õhuniisutid, inkubaatorid, aerosooliaparaadid jmt. Mikroobide levikut soodustavad tegurid on nende suur resistentsus väliskeskkonna tegurite ja antibiootikumide suhtes.

Harva esinevatest või vähetuntud mikroobidest mainime *Vibrio fetus*'t ja *Listeria monocytogenes*'t, mida meie vabariigis kahjuks ei ole veel uuritud. Esimene on kariloomadel nurisünnituse, imikutel aga sepsise, meningiidi ja enteriidi tekitaja. Teist on samuti isoleeritud kariloomadelt, kuid sageli on temaga nakatunud rasedad.

Seedetrakti nakkushaigustest võivad imikute statsionaarsetes raviasutustes levida kolienteriit ja salmonelloos.

Vastsündinuid on sageli tabanud respiratoor-süntsütiaalne viirus, paragripi-, mükso- ja enteroviirused. Viirusnakkuse üks iseärasusi on kauakestev viirusekandlus, mistõttu võivad hõlpsasti nakatuda ka teised statsionaaris viibijad.

Sisehaiguste haiglates on sagedamaid nosokomiaalseid infektsioone hingamisteede, seedetrakti ja kuseteede infektsioonid. Hingamisteede infektsioonid on tõsiseks probleemiks peamiselt lastehaiglates, kus haiglas nakatunuist on hingamisteede nakkushaigustesse haigestunud üle $\frac{1}{3}$. Viirushaigused, kõige sagedamini gripp, seejärel nohu (*common-cold*), adenoviirushaigused, on haiglates enam levinud nakkushaigused. Kõige ohtlikum on gripp komplikatsioonide, eriti stafülokokkidest põhjustatud kaasneva infektsiooni tõttu.

Nagu teistes haiglates, võivad ka lastehaiglates levida graamnegatiivsete mikroobide poolt tekitatud infektsioonid. Nendel puhkudel on haigusetekitajateks olnud *Pseudomonas*'e, *Flavobac-*

terium'i, *Achromobacter*'i, *Alcaligenes*'e ja *Serratia* perekonna mikroobid.

Seedetrakti nakkused võivad levida igas raviasutuses, kuid muret tekitavad nad laste raviasutustes ja psühhoneuroloogiahaiglates. Sagedamaid haigusvorme on toidumürgitus (tekitajaiks *Staphylococcus aureus* ja *Clostridium welchii*), salmonelloos, kolienteriit, düsenteeria ja operatsioonijärgne gastroenteriit. Viimase tekitaja on tihti *Staphylococcus aureus*.

Uroloogiaosakonna haigetel on täheldatud kuseteede infitseerumist seoses kusepöie kateteriseerimisega. Nii on bakteriuuriat sedastatud 2...14% -l naistest esimesel kuni viiendal päeval pärast protseduuri, vahel isegi kõikidel kateteriseerituil hiljemalt 14. päeval. Tekitajate liigiline koosseis sõltub eespool mainitud tegureist. $\frac{2}{3}$ haigetest on haiguse tekitajaks enterobakterid, peamiselt *E. coli*, *Proteus*, KES-rühma mikroobid, ülejäänutel *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus faecalis* jt.

Peale nosokomiaalsete infektsioonide võivad haiglates ja sünnitusmajades kergesti levida piisknakkused, nagu leetrid, tuulerõuged, mumps, vöötohatis, punetised, hepatiit, adenoviiruse 8. serotüübi ja *Coxsackie* ning ECHO-viiruste poolt tekitatud haigused, peamiselt haiguse inkubatsiooniperioodis hospitaliseeritute tõttu.

Nosokomiaalse infektsiooni vältimiseks on oluline selle õigeaegne avastamine, levikuteede ja nakkusallika väljaselgitamine. Infektsiooni õigeaegseks avastamiseks on vaja koguda põhjalik epidemioloogiline anamnees, haige seisundit pidevalt jälgida, organismi eritisi ja haiguskollet bakterioloogiliselt uurida. Epideemiaahela väljaselgitamist hõlbustaks infektsioonijuhude arutamine tootmisnõupidamistel, millest kindlasti peaks osa võtma bakterioloog. Mõeldav oleks ka alalise epidemioloogianõukogu asutamine.

Levikuteede kindlakstegemiseks tuleb sihipärasemalt bakterioloogiliselt uurida esemeid, instrumentariumi, aparatuuri jm., uurida neid mitte enam üksikute

mikroobiliikide suhtes nagu seni, vaid nosokomiaalse infektsiooni kõigi võimalike tekitajate suhtes.

Nakkusallika ülesleidmiseks peaks mikroobe senisest laialdasemalt tüpiseeritama (fagotüpiseerimine, kolitsinotüpiseerimine ja biokemotüpiseerimine), tehtama antibiogramme ja resistogramme.

Arvestades tohutut majanduslikku kahju, mida põhjustavad nosokomiaalsetest infektsioonidest tingitud haiguspäevad, rääkimata haige tervisest, isegi elu ohustamisest ning ravitulemuste vähenemisest, tuleb nosokomiaalsetesse nakkustesse senisest tõsisemalt suhtuda.

SOOVITATAV KIRJANDUS: 1. Abbe, J. S., Moffet, H. Science, 1970, 303—308. — 2. Bassett, D. J. Proc. R. Soc. Med., 1971,

64, 9, 980—986. — 3. Ellis, E. F., Walker, B. J. Natl. Med. Assoc., 1971, 63, 5, 323—329. — 4. Enjalbert, L. Ann. Inst. Pasteur (Paris) suppl., 1961, 100, 6, 10—15. — 5. Favero, M. S. Carson, L. A., Bond, W. W., Peterson, N. G. Science, 1971, 173, 836—838. — 6. Lowbury, E. J. Proc. R. Soc. Med., 1971, 64, 9, 986—988. — 7. Lõiv, H. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1972, 2, 150—156. — 8. Paul, J. K. Clinical Epidemiology, Chicago—Lond., 1966. — 9. Schimpff, S. C., Moody, M., Young, V. M. Antimicrob. Agents Chemother., 1970, 240—244. — 10. Shooter, R. A. Proc. R. Soc. Med., 1971, 64, 9, 989—990. — 11. Shooter, R. A., Faiers, M. C., Cooke, E. M., Breaben, A. L., O'Farrell, S. M. Lancet, 1971, 2, 390—392.

Zoologia ja Botaanika Instituudi
protozoologiasektor

KOOLI MEDITSIINIÕE TÖÖPÄEV

ULITA NIGESEN

Tallinn

UDK 614.253.52.004.13

Üld- ja erihariduslike koolide õdedel on täita vastutusrikas ülesanne noore põlvkonna kasvatamisel terveteks ja haritud inimesteks. Viibib ju õde iga päev koolis märksa pikemat aega kui kooliarst ning on seetõttu koolieluga rohkem kursis. Hea õe pilk ulatub klassiruumidesse, võimlasse, sööklasse, kooliõue, ka iga üksiku õpilaseni.

Koolide õed lubatakse korralisele puhkusele suvel, nädal enne õppetöö algust tuleb tööl tagasi olla. Iga aasta esimeseks septembriks korrastatakse arstikabinet, ravimikapid, dokumentatsioon. Apteegist tuuakse ravimeid, muretsetakse juurde süstlaid, sterilisatoreid, kraadiklaase, spaatleid jne. Ravimikapis eraldatakse välis- ja seespidi-seks kasutamiseks olevad ravimid, süstimislahused tõstetakse eraldi riulile. Käepärast asetatakse esmaabiravimid ja preparaadid šoki raviks. Kapis olgu tabel, mille varal saab kiiresti teada õpilasele antava ravimi õige annuse (vt. tabel).

Kontrollitakse meditsiiniliste kaa-

lude, tonomeetri, Rhoti aparaadi korrasolekut.

Iga klassi õpilaste terviselehtede (vorm nr. 26) kausta sisekaanele kleebitakse selle klassi õpilaste nimekiri tähestikulises järjekorras, terviselehed pannakse kausta valmis.

Kooliarst ja õde koostavad meditsiinilise ja sanitaarharidusliku töö plaani, mille nad kooskõlastavad kooli juhtkonnaga. Meditsiinilise töö plaanis loetletakse tähtsamad üritused, nagu õpilaste põhjalik läbivaatus, dispanseerimine, eriarstide kontroll, kaitsepookimiste tegemine jne. Sanitaarharidustöö plaanis näidatakse eraldi üritused õpilastele, lastevanematele, pedagoogidele, tehnilisele personalile.

Vastavalt vormile nr. 63 koostatakse iga õpilase kaitseüstamise plaan. Soovitav on juba septembri esimesel poolel süstida õpilastele gammaglobuliini nakkusliku kollatõve profülaktikaks, teha Pirquet' proov, nii et oktoobris jääks aega rõugepanemiseks, difteeria-läka-kõha-teetanuse kaitseüstamiseks ja

Sokivastaste ravimite annused (milliliitrites)

Ravim	Lapse vanus aastates											Täiskas- vanud
	kuni 1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10...14	
<i>Sol. Adrenalini</i> 0,1% (naha alla või lihasesse)	0,1	0,15	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0	1,0
<i>Sol. Dimedroli</i> 1% (lihasesse) või	0,25	0,5	0,7	1,0	1,5	2,0	2,5	2,5	2,5	2,5	3,0	5,0
<i>Sol. Propolpheni</i> 2,5% (lihasesse)	0,1...0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	1,0
<i>Sol. Coffeini natrii</i> <i>benzoici</i> 10% (naha alla) või	0,1	0,15	0,2	0,25	0,25	0,3	0,3	0,5	0,5	0,5	0,75...1,0	1,0
<i>Sol. Cordiamini</i> 25% (naha alla)	0,1	0,1	0,15	0,25	0,25	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,75	1,0
<i>Prednizoloni</i> (lihasesse) 30 mg l ml-s lahustatuna	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,7	1,0
<i>Sol. Euphyllini</i> 2,4% * (lihasesse) või	1,0	1,0	1,25	1,6	1,6	2,0	2,0	3,0	3,0	3,0	4,0	4,0
<i>Sol. Ephedrini</i> 5% (naha alla)	0,05	0,1	0,1	0,15	0,15	0,2	0,2	0,25	0,25	0,25	0,3...0,4	0,5...1,0
<i>Sol. Magnesii sulfurici</i> 25% ** (lihasesse) (0,25...0,5 ml kehak. 1 kg kohta)	2,5	3,0	3,5	4,0	4,5	5,0	5,5	6,0	6,5	7,0	7,5...10,0	10,0

* Kasutatakse bronhiaalastma puhul.

** Kasutatakse krampide puhul.

novembris saaks vaktsineerida tuberkuloosi vastu. Seega ennetame iga-aastast griepideemiat, mis on takistanud õpi-
laste õigeaegset vaktsineerimist.

Enne õppetöö algust käib öde koos kooli juhtkonnaga läbi kõik ruumid, et kontrollida nende korrasolekut. Kooli personali informeeritakse uutest nõuetest, tuletatakse meelde ruumide desinfitseerimise, tuulutamise ja korrastamise eeskirju. Pedagoogikanõukogus esitab kooliarst või öde meditsiinilise ja sanitaarharidusliku töö plaani. Lepitakse kokku, millistest klassidest alustatakse õpilaste põhjalikku läbivaatust. Õpetajatele meenutatakse, kuidas mõõta õpilaste pikkust ja kuidas õpilasi õieti koolipinkidesse istuma panna.

Õpetajatetoa teadetetahvlile pannakse välja õpilaste nimekirjad kehakultuurirühmade kaupa, kusjuures uute õpilaste andmed võetakse meditsiinidokumentatsioonist.

Esimesel septembril, pärast aktust, peab kooliarst või öde esimese klassi õpilastele ja nende vanematele loengu õpilase päevarežiimi, hügieeninõuete, riietuse, menüü ja õppenurga kohta. Soovitatav on igale esimese klassi õpilasele kaasa anda õpilase päevakava (vt. foto) või Punase Risti Seltsi Keskkomitee poolt väljaantud tunniplaani alus. Esimesel koolipäeval saadud näpunäited jäävad lapsele meelde kogu eluks.

Septembri esimestel päevadel kaalub öde kohe õpilased ja määrab neil nägemis-, kuulmiseravuse. Sellisel juhul saab kooliarst õpilased kontrolliks juba ettevalmistatult ja öde saab arstile abiks olla õpilaste põhjalikul läbivaatusel, tehes märkmeid terviselehele, võttes jalajälgi lampjalgsuse määramiseks, samuti mõõtes õpilaste rinnaümbermõõtu ja arteriaalset rõhku.

Öde, olles arstile pidevalt abiks õpilaste läbivaatusel, saab ka ise hea üle-

HOMMIKUNE VAHETUS



MINU
PÄEVAKAVA

KOOL: _____

KLASS _____

NIMI _____

vaate nende tervisest ja oskab hiljem abi anda, kui laps kaebustega tema juurde tuleb. Peamiselt on ju õde see, kes pärast tervistumist kooli tulnud õpilastelt iga päev kogub arstitõendid ja annab õpetajatele juhtnööre, kuidas nendesse õpilastesse suhtuda.

Iga klassi õpilaste põhjaliku arstliku läbivaatuse järel kantakse tähtsamad andmed tervisehäiretest, nagu lühinägelikkus, nõrgenenud kuulmisteravus, rühihäire või andmed kroonilise haiguse kohta, klassipäeviku erilahtrisse, lisalehele või klassi nn. tervisežurnaali. Nii saab klassijuhataja ülevaate oma õpilaste tervisest. Ka lastevanemaid informeeritakse õpilaste tervisehäiretest kas individuaalselt või klassi lastevanemate koosolekul.

Õde jälgib õpilasi õppetundides, eriti kehakultuuritunnis, ning teeb sissekan-deid tundide küllastamise vihikusse. Selle põhjal saab kooliarst ülevaate eriti nende õpilaste tervisest, kes äsja olid haiged või kes põevad mõnd kroonilist haigust. Kergesti külmetushaigusi põdev õpilane tuleb vajaduse korral aknaalusest pingireast istuma panna teise ritta. Kui õpilane kiiresti väsib, lühendatagu tema õppepäeva jne.

Õpilaste toitlustamise õigeks suuna-andjaks, nõuetekohase menüü koostajaks ja valmistoidu kontrollijaks on kooliarsti kõrval õde või velsker. Toitlustamise põhialustest saab ainult siis kinni pidada, kui nendega hästi tuttav ollakse. Õde kontrollib söögisaali ja toidunõude puhtust, toidu nõuetekohast serverimist, pöörab tähelepanu laua-kommetele ja jälgib õpilaste söögiisu.

Õpilastesse isikliku hügieeni nõuete juurutamisel on määrav osa õel. Koos pedagoogidega kontrollib ta regulaarselt õpilaste käte, jalgade, juuste, riietuse, õpikute puhtust. Õde jälgigu, et õpilased ei kannaks väljaspool kehakultuuritundi tenniseid ega ketse, sest jalad neis niiskuvad, ega jätaks pesu võimlemis-dressi alla. Higise võimlemisriietuse selga jätmine pärast kehakultuuritundi on ebahügieeniline ja tervist kahjustav.

Vastavalt ilmale annab õde loa, kas õpilased võivad vahetunni ajal õues viibida või seal sportida.

Oma tööaega oskuslikult kasutav õde paneb arstikabineti uksele teate, mil-listel vahetundidel ta võtab vastu õpilasi ravimite andmiseks, sidemete tege-miseks jne. Nii jääb tal aega jälgida õpilasi ka sööklas ja vahetunni ajal.

Õde on sanitaarpostide ja -salkade väljaõpetaja. Seega peab õde koolis olema ka pedagoog, kes köitvalt ja oskuslikult ning lihtsate meetoditega oskab õpilasi õpetada; abiks olgu siin näitlik õppematerjal, õppefilmid. Igas koolis leidub õpilasi, kes on huvitatud meditsiinist. Neist moodustatagu klubi või ring, kes vastavalt kõikidele õpilas-ringide põhimäärustele töötab plaani järgi. Mida huvitavamalt oskavad mee-dikud tööd õpilastega organiseerida, seda parema järelkasvu meditsiinitöötajale saame. Nende õpilastega võib külastada haiglat, polikliinikut, ambu-latooriumi, laboratooriume.

Rõõmu ja rahuldust tunneb oma tööst see õde, kellel on hea kontakt pedagoogidega ja kelle ühiste nõuannete ning kasvatustöö tulemuseks on terved, teo-tahtelised, õpihimulised õpilased.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium

INSULDI VARAJANE DIAGNOOSIMINE JA ESMAABI

ARTUR TALIHÄRM
Tallinn

UDK 616.831-005.1-07-083.98

Surma põhjuste hulgas seisab insult vähktõve ja südamehaiguste järel kolmandal kohal. Sellepärast on väga tähtis, et ka keskastme meditsiinitöötajad oskaksid insulti õigel ajal diagnoosida ja esmaabi anda.

Insult ehk ajurabandus võib tekkida hüpertooniatõve, peaaegu ateroskleroosi, reuma, südame kaasasündinud või omandatud klapihäirete, aordi või ajuveresoonte laiendi, verehaiguste jt. puhul.

Kliinilises praktikas jaotatakse ajuvereringe ägedad haigused järgnevalt:

- 1) ajusisene verevalum;
- 2) ämblikuvõrkkestaalune verejooks;
- 3) ajuinfarkt, mis võib tingitud olla mitmetest teguritest, sagedamini arterite tromboosist või embooliast;
- 4) mööduv ajuisheemia.

Nii ajuverevalumi kui ka -infarkti põhiliseks sümptomiks on ühe keha- poole täielik või osaline halvatus. Kuid kliinilistes nähtudes on ka mitmeid erinevusi.

Ajuverevalumi puhul tekib insult äkki, sageli erutusest või raskest füüsilisest pingutusest tingituna. Mõnikord eelnevad insuldile tugev peavalu, peapööritus, kõnehäired, verevalumid silma võrkkesta, oksendamine. Haige kaotab teadvuse, nagu muutub lillakaspunaseks, jäsemed külmaks, hingamine korisevaks. Pulss on tugeva täitumusega, aeglane; arteriaalne rõhk kõrge ja keha kaetud higiga, pupillid ei reageeri valgusele. Võib tekkida epileptiline seisund. Paralleelselt ajukahjustuste üldiste sümptomidega esinevad ka lokaalsed, ainult antud ajuosaga kahjustusele viitavad tundemärgid. Insult on seda raskem, mida laialdasem on verevalum ja mida kauem kestab teadvusetus.

Ämblikuvõrkkestaaluse verejooksu korral ilmnevad algul peaaegu koore ja kelmete ärrituse sümptoomid (psühhomotoorne rahutus, epileptilised krambid, peavalu, oksendamine, kuklalihaste rigiidsus jt.). Võivad esineda ptoos, kõörsilmsus, mono- või hemiparees jne. Hiljem muutuvad haiged uniseks, uimaseks; areneb välja komatoosne seisund.

Ajusisene verevalum tekib sagedamini üle 50 aasta vanustel haigetel, kellel anamneesis on raske hüpertooniatõbi.

Tromboosi puhul areneb insult aeglaselt, võivad esineda nõrgad peavalud ja peapööritus. Tavaliselt kujuneb insult välja une ajal või enne hommikut. Haige on enamasti teadvusel, ta võib olla uimane või segane. Nahk ja nähtavad limaskestad on kahvatud, pulss muutub korrapäratuks ja nõrgeneb. Üldiselt arvatakse, et ajuinfarkti korral tekivad neuroloogilised sümptoomid kiiresti, kuid on ka vastupidiseid arvamusi. Insuldi ajal võib sageli täheldada näo asümmeetriat, silmamunade pöördumist kõrvale, toonuse tõusu ühe keha- poole jäsemetes või üldisi ja osalisi krampe. Mõlemapoolsete kahjustuste korral areneb pseudobulbaarne sündroom (kõne- ja neelamishäired, tahtmatu naer või nutt jne.). Unearterite stenoosi korral on tüüpiline samalaadsete peaaegu verevarustuse häirete kordumine, nagu nägemishäired, hemiparees jne.

Trombootilise päritoluga ajuinfarkti on sagedamini täheldatud üle 60 aasta vanustel haigetel, kelle anamneesis on üldine või ajuveresoonte ateroskleroos, mitmesuguse väljendusega peaaegu verevarustuse häired, müokardiinfarkt, virvendav arütmia, vereringe puudulikkus jne.

Ajuveresoonte embol pärineb tavaliselt müokardiinfarkti või reumokardiidi tagajärjel südames tekkinud trombi või unearterite sklerootilise naastu lagunemisel tekkinud tükikestest. Rasvemboolia võib areneda suurte toruluude murdude korral jne. Ajukoore veresoonte emboolia puhul võivad esineda epileptilised krambid. Üldiselt aga sõltub emboolia kliiniline pilt ummistunud ajuveresoonte läbimõõdust.

Peaaju mööduvat isheemiat on rohkem täheldatud hüpertooniahaigetel või ateroskleroosi põdevatel isikutel ja nende otsesteks põhjusteks võivad kõige sagedamini olla mikroemboolid, aju verevarustuse puudulikkus jne.

Ajutiste aju verevarustuse häirete valdkonda kuuluvad enamike autorite arvates kuni 24 tundi kestnud ajukahjustuste sümptoomid, näiteks peavalu, oksendamine, kõnehäired, lühiajaline teadvusekadu jne. Mööduva ajuisheemia üks kõige iseloomulikumaid tunnuseid on lokaalse ajukahjustuse nähud, nagu mööduvad kõnehäired, ja ühe kehapoole nõrkus.

Kui insult on tekkinud töö, tänaval või ühiskondlikes kohtades, viib kiirabi haige haiglasse. Kui see aga on tekkinud kodus, arvestatakse hospitaliseerimise üle otsustamisel elutingimusi ja kodus põetamise võimalust. Siiski olakse seisukohal, et insuldihaike varajasele hospitaliseerimisele ettevaatliku transpordi korral vastunäidustusi pole. Ainuüksi statsionaaris on võimalik kompleksravi ja haiget saab vajalikul määral uurida ning põetada. Seda enam, et verevalumite ja unearterite stenoosi korral on üha rohkem hakatud rakedama neurokirurgilist ravi.

Esmaabi insuldijuhtudel jaotatakse üldiseks ja diferentsituks. Üldine ravi seisneb organismi eluliselt tähtsate funktsioonide säilitamises ja nende teurite mõjutamises, mis soodustavad haiguse süvenemist. Tähelepanu peab olema pööratud võitlusele arteriaalse hüpertoonia, südamepuudulikkuse ja kollapsiga. Peamiselt tuleb rõhku panna hingamishäirete kõrvaldamisele, ülemiste hingamisteede läbitavuse säilita-

misele, samuti ajuturse profülaktikale, kopsupõletiku ja teiste tüsistuste ärahoidmisele.

Diferentsitud ravi korral tuleb ajuverevalumi esimestest tundidest alates püüda verejooksu või verevalumit igati vähendada. Soovitatakse manustada vikasooli ja askorbiinhapet tavalistes annustes. Moskva kiirabijaamades on peaaegu verevalumite puhul edukalt kasutatud ka ϵ -aminokaproonhapet. Haiguse ägedas perioodis on vaja teha kõik selleks, et ajuturset ära hoida või vähendada. Haigele määratakse range voodirežiim. Lamades olgu pea asetatud mõõdukalt kõrgemale, pea peale panna külm kott või mähis. Kui arteriaalne rõhk on kõrge, määratagu vererõhku alandavaid vahendeid: 25% -list magneesiumsulfaadilahust 10,0 ml lihasesse; 1% -list dibasoolilahust 3,0 ml naha alla või lihasesse; 1% -list pentamiinilahust 1,0 ml koos glükoosilahusega veeni jm.

Tromboosi ja emboolia korral määratakse ajuveresooni laiendavaid vahendeid, nagu 2% -list papaveriinilahust 2,0 ml veeni jt. Insuldi varajastes staadiumides on sageli näidustatud 2,4% -line efülliinilahus 10,0 ml aeglaselt veeni süstituna, sest see alandab koljusisest rõhku vere üldmahu vähenemise arvel.

Ajuturse raviks süstitakse veeni manniiti 0,5...1,5 g kehakaalu ühe kg kohta, tilkhaaval viiakse veeni laasiksit 1...2 ml, suu kaudu glütseriini 40,0...60,0 ml jne.

Hingamispuudulikkuse korral on näidustatud trahheotomia, haige viidagu üle juhitava või abistavale hingamisele hingamisautomaatidega. Vaja on hoolitseda soolestiku ja põie talitluse eest — teha klistiire, kateteriseerida põit kaks kuni kolm korda ööpäevas. Transitoorse ajuisheemia korral siis, kui diagnoosis ollakse täiesti veendunud, määratakse nii otsese (hepariini 5000 TŪ neli kuni viis korda päevas lihasesse või 10 000 TŪ veeni kaks kuni kolm korda) kui ka kaudse toimega antikoagulante (fenüliini 0,03 g kaks kuni kolm korda, neodikumariini 0,1 g

kaks kuni kolm korda päevas jne.). Antikoagulante tohib manustada üksnes siis, kui vere hüübimise näitajaid ravi vältel pidevalt laboratoorselt kontrollitakse. Hüpertooniast tingitud insuldi juhtudel soovitatakse aadrilaskmist ja kaane kõrva taha.

Juba esimesel ööpäeval pärast insulti võib välja kujuneda ohtlik tüsistus — kopsuturse. Selle ärahoidmiseks asetatakse pea kõrgemale, jalgadele žgudid, veeni süstitakse strofantiini, määratakse antihistamiinseid preparaate, sisse hingata antakse hapnikku koos piirituse aurudega. Pidevalt jälgitakse ülemiste hingamisteede läbitavust, aspireeritakse bronhiaalsekreeti jne.

Südame ja veresoonte puudulikkuse korral manustatakse vastavalt näidustustele strofantiini, mesatoni, noradrenaliini, hüdrokortisooni, prednisolooni jne. Õigeks ei saa pidada stimulaatorite (kofeiin, kordiamiin) kasutamist, sest

need kiirendavad ainevahetust peaaegu, süvendades sellega ajuisheemiat.

Epileptilise seisundi korral tuleb ravi protseduuride valikul lähtuda peaju veravarustuse ägedate häirete patogeneesist. Tavaliselt süstitakse 2 ml sedukseeni veeni, 10%-list heksenaalilahust 10 ml lihasesse, kaltsiumglükonaati, glükooosi või keedusoola hüpertoonilisi lahuseid, laasiksit, novuriiti jne.

Esimestest haiguspäevadest peale tuleb hoolitseda kannatanu suuõõne seisundi eest, vältida lamatisi; neelamis- häirete tekkimisel toita haiget parenteraalselt jne.

Insuldi õigeaegne diagnoosimine ja ratsionaalne esmaabi esimestest tundidest alates on tegurid, mis paljudel juhtudel aitavad taastada kesknärvisüsteemi talitlust ning päästa haige elu.

Tallinna Tõnismäe Haigla

Kaadri ettevalmistamine

TRÜ ARSTITEADUSKONNA LÕPETAJAD 1973. a.

TRÜ Arstiteaduskonna lõpetasid 1973. aastal 173 spetsialisti, neist raviosakonna 112 arsti, spordimeditsiiniosakonna 22 spordiarsti, pediaatreid 16 ja stomatolooge 23. Farmaatsiosakonna 18 lõpetajat said proviisoridiplomi 8. veebruaril 1973. a.

Arstid

Ilme Allikmäe, Tatjana Anissimova, Boris Bogovski (kiitusega), Ljudmila Bragina, Andrei Dantš, Ljuba Ehandi, Ilma Ellermäe, Lembit Entsik, Pal Forgon, Aleksander Gilinov, Galina Glebova (kiitusega), Galina Golubkina, Anu Hütt, Juta Jask, Natalja Jazõkova, Eda Jänes, Mati Järve, Reet Järve, Maimu Kaasik, Kristi Kallas, Ester Keba, Siiri-Merike Kelder, Helle Kiis, Evi Kiiver, Jüri Kitus, Geor-

gina Kivilo, Luule Kongo, Taimi Koosel, Malle Koppa, Ants Koskaru, Sirje Krönström, Eve Kukkela, Rufina Kurdina, Ene Kuusk, Evi-Marie Käiss, Ilja Lapidus (kiitusega), Eevi Laur, Ester Liivet, Liidia Lomakova, Liivi Lust, Svetlana Madismäe, Rita Mihhejeva, Sirje Mikk, Irene Mõttus, Jozef Nad, Ljudmila Nearonskaja, Virge Nemvalts, Tatjana Nesterova, Helle Niglas, Ljudmila Noss, Tatjana Nugis, Tamara Oraste, Tatjana Osadtšuk, Sirje Pajupuu, Lia Palvar, Viivi Parbo, Merike Pauts, Mari Pedak, Tiia Peelmaa, Milvi Perli, Silja Pilv, Natalja Pintšuk, Margareta Podjor, Svetlana Potakovskaja, Maie Potter, Silvia Pung, Tiina Pöder, Jaak Põlluste, Enn Rebane, Made Rodima, Inger Romanenko, Irina Ronenson (kiitusega), Aavo Rooden, Ilme Rosin,

Alla Rubinstein, Kristel Saard, Valter Sakk, Ada Saksing, Larissa Samoilenko, Maia Schmidt, Marje Schults, Tõnis Seppo, Helbe Sinimäe, Eino Sinimäe, Eve Sisask, Aino Soon, Rutti Soomets, Linda Stalberg, Tatjana Stoljar, Raissa Stretšin, Aleksei Šamarin (kiitusega), Vladimir Ševtsov, Svetlana Zamkovaja, Helle Takis (kiitusega), Reet Tamla, Helja Tamm, Maie Tamme, Vassili Timošenko, Mati Tobreluts, Laur Toomaspoeg (kiitusega), Enno Toss, Tiiu Toss, Adalbert Tšik, Raivo Uibo, Peeter Urm, Liia Uusna, Anne Valk, Aleksander Vares (kiitusega), Riina Vihalemm, Tatjana Vinnitskaja, Marta Virves, Toomas Väli.

Spordiarstid

Leena Annus, Ishak Gedõgušev, Tatjana Histova, Natalja Ivantšenko, Pille Kiisvek, Galina Konstantinova, Valeri Kurtukov, Aija Landõr, Virve Leissoo, Ljudmila Lobanova, Tatjana Moisejenko, Anatoli Osetrov, Tiia Reinloo, Niina Rink, Viktor Rossinski, Ivar Skadmanis, Natalja Šumilina, Valentina Šumova, Silvija Zale, Tatjana Zozulja, Natalja Taivere, Julia Venjovtseva (kiitusega).

TALLINNA MEDITSIINIKOOI LÕPETAJAD 1973. a.

Veebruarikuus lõpetas Tallinna Meditsiini-kooli 16 akušööri. XXVIII lennu lõpuaktusel 23. juunil said diplomid meditsiiniõed, lasteasutuste õed, hambatehnikud ja akušöörid.

Meditsiiniõed. Svetlana Akatjeva (kiitusega), Rael Alling, Raissa Altabajeva, Riina Baškirtseva, Lidia Filippova, Nadja Gadalova, Anna Gilsendekker, Olga Gromtšenko, Ilme Grünthal, Ene Haar, Valentina Humalainen, Alina Ignatenko, Marina Jakobs (kiitusega), Natalja Jakovleva (kiitusega), Mare Juurak, Ilme Kaibald, Ly Kalam, Eva Kalm, Irina Kangro, Irina Kartsevskaja, Külli Kasuri (kiitusega), Lidia Katelevitš, Olga Katelevitš, Tatjana Kirjuškina, Tiina Kisseljova, Tiina Kivilo, Galina Klevtsova, Galina Krõlova, Galina Kubjuk, Urve Kull, Valentina Kuritsõna, Marika Kurt (kiitusega), Ester Kuznetsova, Silvi Lauk, Ljubov Leht, Aili Leo, Ülle Loigom, Tiiu Lään, Sirje Maasikas, Svetlana Maksimova, Valentina Melman, Anne

Pediaatrid

Lydia Abramova, Silvi Kahju, Tiia Kütt, Hiie Lampe, Liidia Leoste, Aino Leppik, Aino Liba, Viive Linnuste, Viia Moks, Elvi Mägi, Katrin Paju, Margit Ratnik, Tiiu Takker, Kersti Valgme, Krista Vehm, Eva Vihand.

Stomatoloogid

Külvi Asarov, Karin Ehrlich, Valve Iversson, Signe Kalevik, Velda Kaseväli, Juho Kivioja (kiitusega), Liina Lall, Kaie Lehtlaan, Mare-Kai Liivak, Karin Logina, Mare Maling, Urve Mõistus, Maret Napritson, Brigita Ojamaa, Malle Olev, Helina Parve, Edith Peetri-mägi, Eda Roose, Helle Sepp, Endel Sorok, Jenny Špungen, Liina Toomik, Tuuli-Rea Toomsoo.

Proviisorid

Elme Aaviksaar (kiitusega), Hille Jaansoo, Viive Järve, Reet Kaimre, Helbe Leidmaa, Lea Lihtsa, Sirje Metsamägi, Ingrid Mäekivi, Reet Mühlmann, Karin Nõgene, Lia Pärtma, Eevi Seinberg, Ruth Soosaar, Toivo Soosaar, Reet Stamberg, Ene Suun, Juta Tätte, Maimu Vohla.

Irene Maaroo

Mürk (kiitusega), Liisi Needo (kiitusega), Irina Negrozova, Tiia Paju, Merle Pajula, Ölme Palu, Tiia Paugus, Natalja Poljakova (kiitusega), Marina Purtova, Mairi Rande, Marje Raudsepp, Sirje Reits, Marju Rezev, Tiiu Riiman, Tiiu Saar, Laine Salomets, Irina Sarap, Natalja Sarmina, Marina Savtšenko, Sirje Sibola, Svetlana Sokolova, Inna Solovjova, Valentina Sonist, Ene Sulg, Evi Suurkivi, Irina Šipulina, Irina Širokova, Ülle Zaczek, Irina Zaržitskaja, Tatjana Žulina, Inna Talvar, Virve Tamma, Helle Tammeleht (kiitusega), Eha Tammer, Karin Tammeveski, Urve Tiidemann, Natalja Timofejeva, Ljudmila Tšernõš, Ruth Vaim (kiitusega), Anne Vesinski, Ruth Viitpoom, Aili Vilipere, Elle Vill, Rita Vint (kiitusega), Galina Vovtšenko, Marika Ōunap.

Lasteasutuste õed. Airi Aas, Inna Hanštein, Esta Jaakson, Anne Kaevu, Terje Kuiva, Malle Kuulvee, Marju Lappalaine, Marika

Malk, Liivi Martin, Tiina Palu, Inge Pärtelpoeg, Merle Sillamägi, Lidia Tamm, Luule Teder, Luule Värk.

Hambatehnikud. Viktoria Bender, Hilja Juhandi, Sirje Kavak, Kristi Kolom, Raivo Kõivumägi, Evi Kübard, Anu Laas, Heidi Laur, Terje Lehtmets, Vaiki Leisner, Silvia Liivlaid, Leida Männimäe, Helgi Pennar (kiitusega), Marina Petrova, Rimma Petrova, Sirje

Raat, Anne Rannar, Tiina Rämmel (kiitusega), Sirje Saar (kiitusega), Sille Saart, Sirje Seidelberg, Ulve Sildnik, Evi Tagamets, Tiiu Talu, Anne Toots (kiitusega), Riina Tuberk, Niina Täker, Irina Vasilenko, Maimu Vettik.

Kaugõppeosakond. Meditsiiniõed. Heljo Barinova, Küllike Lond. **Akušöörid.** Nelli Prunova.

TARTU MEDITSIINIKOOLI LÕPETAJAD 1973. a.

Märtsikuus lõpetas Tartu Meditsiiniikooli 47 velskrit ja 15 sanitaararsti abi. 1. juulil anti diplomid meditsiiniõdedele ja velskerlaborantidele.

Meditsiiniõed. Külli Adelman, Helbe Armulik, Helgi Arumäe (kiitusega), Ilme Bergmann, Maie Erik, Siiri Haaran, Kaja Hallikas, Marju Jaas, Karin Jürgens, Önne Kaasik, Urve Kase, Anne Kirs, Lille Kubi, Külli Kurusk, Helve Kõosaar, Mare Käomägi, Maie Lanever, Ivi Lemming, Ene Lepp, Astrid Mühlberg, Aino Mürsepp, Niina Oraste, Ester Ortus, Anu Paavel, Urve Palo, Linnu Panksepp, Raja Peskova (kiitusega), Esta Piir, Helju Pääslane, Niina Remmelgas, Ille Roos-

vald, Epp Rungi, Sirje Rõugumees, Signe Saar (kiitusega), Sirje Sammel, Sirje Sarv, Helemai Sirel, Sirje Suits, Sirje Sõrmus, Riita Säinast, Aili Säks, Linda Tank, Reet Tanne (kiitusega), Tiiu Tiidemann, Olga Tjapkina, Maire Tross, Helgi Unt, Kaie Urm, Laine Utsal, Külli Vahtra, Raili Vihterpal, Ingrid Vikera, Anu Väljaots.

Velskerlaborandid. Liivia Audova, Ruth Eenkivi, Rita Gornõševa (kiitusega), Viive Juks, Silvi Kalju, Kaja Kattai, Ilme Kivi, Maie Klaos, Ellen Kriisa, Anika Kubu, Maire Kunn, Mare Lee, Pilvi Palu, Ülle Raasik, Marika Rohtväli (kiitusega), Helve Süld, Mirjam Taaliku, Ester Toom, Saimi Öövel.

KOHTLA-JÄRVE MEDITSIINIKOOLI LÕPETAJAD 1973. a.

30. juunil lõpetasid Kohtla-Järve Meditsiiniikooli **meditsiiniõed** Ljudmila Aleksejeva, Ljudmila Baldina, Lidia Bill (kiitusega), Valentina Hokkonen, Valentina Ivanova, Niina Junolainen, Tamara Malõševa, Jelena Mazurenko, Veera Mihaluško, Lidia Mironova, Ljubov Moskovskaja, Valentina Naumenko, Lju-

bov Netšajeva, Larissa Oleinik, Jelena Petrjajeva, Galina Poljakova, Niina Samberg, Iraida Samigulina, Svetlana Semenovõh, Valentina Soonvald, Tatjana Starikova, Olga Streltsova, Aino Suojenen, Raissa Šuranova, Galina Zaitseva, Antonina Tšelõševa, Svetlana Tšernõšova, Galina Tugova, Anna Vatiska.

NIKOTINISM JA ARST

IRIS TAPPO

Tallinn

UDK 613.84:614.254

Suitsetamine — on see *kahjulik harjumus, nikotiinisõltuvus või narkomaania?*

Esimene termin kui kõlbmatu on juba kõrvale heidetud. Ei ole veel lõppenud vaidlused, kumba viimastest õigeks pidada. Ülemaailmne Tervishoiuorganisatsioon on nikotinismi klassifitseerinud narkomaania alaliigiks, mis tsivilisatsioonist passiivselt soodustatuna on saanud olustikuliseks narkomaaniaks. Mitmete riikide ametlikes väljaannetes kõneldakse aga nikotinismist veel kui ravimisõltuvusest.

Tubakasuitsetamine on siiski narkomaania, milleks see ka meil juba tunnistatud on. Narkomaaniaks nimetakse organismi kroonilist mürgitust, mille on põhjustanud preparaadi korduv sissevõtmine. Selle tundemärgid: 1) ületamatu soov või vajadus ravimi järele ja tarvidus seda iga hinna eest hankida; 2) kalduvus ravimi doosi aja jooksul suurendada; 3) vaimne või kehaline sõltuvus ravimist. Need tunnused on ka kroonilise nikotinismi all kannatavatel inimestel.

Terminoloogia täpsustamine on vajalik selleks, et suitsetamisvastast selgitustööd õigesti mõista ja paremini teha. Propagandas tuleb nimetada asju nende õigete nimedega.

Halbu ja kahjulikke harjumusi on inimesel veel küllalt — tuletagem meelde kas või toitumisvigu, aja väära jaotamist, jalgsi kõndimise laiskust jne. Mürgiste ainete vabatahtlik sissevõtmine ei mahu tänapäeva arusaama järgi enam *halva harjumuse* mõiste alla. Suitsetamist halvaks harjumuseks nimetades jääb ka hästi kavandatud selgitustöö tulemusteta. Kahjuks on «Tervise ABC» (Tallinn, 1970, lk. 489) suitseta-

mist nimetanud veel «laialt levinud harjumuseks»!

Küllalt laialivalgub mõiste *nikotiinisõltuvus* maskeerib samuti suitsetamise ohtlikku toimet.

Niisiis, nikotinismi oleme *narkomaaniaks* ja suitsetajad narkomaanideks tunnistanud. Tubakas on seega legaliseeritud narkootikum.

Mitmel maal on meditsiinitöötajate suitsetamisvastane propaganda tsentraliseeritud. NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Sanitaarhariduse Teadusliku Uurimise Keskinstituut Moskvas on suitsetamisvastaseks propagandaks välja andnud uued meetodilised materjalid. USA-s on keskus, mille ülesanne on koguda andmeid suitsetamise leviku ja suitsetajate tervise kohta, Rootsismoodustatud rahvuslik liit inimeste tervise kaitseks suitsetamise tagajärgede eest jne. Ülemaailmsel Tervishoiuorganisatsioonil on plaanis luua keskne komitee, kes kavandaks suitsetamisvastase võitluse, seda kõikides riikides kooskõlastaks ja kontrolliks.

Suitsetamise levikust Eesti NSV-s ja vabariigi arstide raskustest nikotismivastases propagandas andis ülevaate Tallinnas 30. mail 1973 peetud pressikonverents.

Peale alkoholismivastase (H. Pihl) ja tervisliku toitumise propaganda (I. Kalits), millest meie ajakirjaski pikemalt juttu olnud, ning noorsoo seksuaalse kasvatuse (L. Haas), mida puudutati õige põgusalt, oligi peamiseks jututeemaks suitsetamine.

Selgus, et Eesti NSV-s suitsetab 61% töolistest ja 62% maainimestest, NSV Liidus on vastavad arvud 50...60% ja 30%. Tallinna Polütehnikumi esimesel kursusel suitsetab 9%, teisel ja kolmandal aga juba pooled õpilased. Vabariigi kaubandusministeeriumist pärit andmetel on tubakatoodete läbimüügist saadav summa 1950. aastast alates kahekord-

seks kasvanud. Vaevalt, et siin on põhjuseks üksnes kallimate sigarettide suitsetamine (nüüd enamasti «Ekstra» või «Tallinn», tollal odav «Priima»).

Suitsetamisvastast võitlust G. Loogna arvates meil veel õieti ei peetagi. Nii ei saa me kõnelda ka selle tulemustest. Initsiatiiv võitluseks peab tulema meedikutelt, tegutsema aga peavad ka need, kellel rohkem võimalusi ja vahendeid käes, niisiis ajakirjanikud.

Kui veenmine ei aita, tuleb kasutusele võtta administratiivabinõud. Mitmes Jaapani firmas saavad mittersuitsetajad 20% suuremat palka, sest nende töövõimetuspäevade arv on suitsetajate omast proportsionaalselt väiksem, ka nende tööviljakus on mõneti suurem. Kas meilgi ei võiks midagi taolist ette võtta või siis vähemalt kahe kandidaadi olemasolul vakantne koht täita mittersuitsetajaga?

Ei ole saladus, et raviasutustes patsiendid suitsetavad personali vaikival nõusolekul. Es-malt peavad suitsetamisest loobuma meedikud ise, alles siis saavad nad selle keelata ravi-alustel. Keelust üleastujail võiks katkestada ravi sanatooriumis või statsionaaris. Selleks aga on vaja sisekorraeskirju, mis suitsetamist lubaksid kvalifitseerida distsipliini rikkumisenähtena.

Pedagoogidki peavad noorte suunamiseks kõige esmalt ise suitsetamisest loobuma, sest tihtipeale on õpetajatetuba paksu tubaka-suitsu täis. Ka ajakirjanikud saavad palju ära teha. Televisioonisaadete (teatriõhtute, spordi-võitluste ülekannete jne.) vaheaegade täiteks võiks näidata lõõvalt tehtud lühifilme, mille vaatamisest suitsetajad sel moel ei pääse, kuigi nad suitsetamisvastaseid õpetussõnu muidu visad kuulama on.

Suitsetamisest massiliseks loobumiseks G. Loogna arvates on veenmisest siiski vähe, tarvis on seadusandlikke akte.

T. Raudsepa sõnavõttust selgus, et vastu-seks arstide püüdlustele toimub isegi passiiv-set suitsetamise propagandat. Seda muidugi ei tehta sihilikult, meedikute töö tulemusi kahandab see aga kindlasti. Televisioonisaa-detes suitsetamisest on juba juttu olnud. Te-levisioon kui üks informatsiooni levitamise kanaleid ei tohi propageerida pahesid. Aja-kirjad-ajalehed («Looming», «Kultuur ja Elu», «Sirp ja Vasar») avaldavad vaimuini-meste portreesid, kujutades neid suitsetamas. «Silueti» meesmodellidel võib tihti näha käes sigaretti või piipu. Kas mitte nii ei kujundata arvamust, et suitsetav mees on mehelikkuse ja elegantsi musternäide? Ka detektiivfilmides on positiivne kangelane enamasti kirglik suitsumees. Suitsetamist seatakse niisiis ees-kujuks lausa massitiraazis.

Siiras mõttevahetuses selgusid seega olukord vabariigis ja töö, mis arstidel veel teha on.

Paljudes asutustes, mitmetes kohvi-kutes, kõikides linnalähedastes rongi-des, taksodes jne. kehtib suitsetamis-keeld. Et tubaka patogeenne toime sõltub suuresti suitsetatud sigarettide arvust, siis võib selline keeld nende arvu piiramise teel tuntavaid tulemusi anda.

Seni kuni administratiivabinõud on veel suhteliselt leebed, jääb võitluses nikotinismiga põhiliseks ikka selgitus-töö. Iga arst peaks seepärast tuttav ole-ma propagandatöö kolme põhilülga.

I. Kommunikatoor, teate saatja

Antud juhul on kommunikaatoriks arst, kelle ülesanne on teadmiste edasi-andmine kuulajale või lugejale ning viimase mõjutamine. Propaganda tu-lemus sõltub kõigepealt sellest, kuidas suitsetamisse arst ise suhtub. Tähtis on, et meedikud mõistaksid oma osa võitlu-ses nikotinismiga.

Esmaseks ülesandeks jääb niisiis uuri-da, kui suur osa arstidest ja õdedest ise suitsetab, kas nad on teadlikud kõiki-dest suitsetamisest sugenevatest ter-visehäiretest ja kuivõrd nad ise on veendunud suitsetamise kahjulikkuses. Tuleb selgitada, kas meditsiinitöötajad annavad oma abivajajatele nõuandeid ja toetust suitsetamisest loobumiseks.

Kui meedikute seas on suitsetajaid proportsionaalselt niisama palju kui ela-nikkonna seas üldse, ei saa nende nõu-anded kuulajates täit usaldust äratada. Sellisel juhul tuleb selgitustööd alustada kõigepealt meditsiinitöötajate endi hul-gas või siis nende suhtes rangemad ad-ministratiivabinõud kasutusele võtta. Unustada ei tohi ka meie töö jätkajaid — arstiteaduskonna üliõpilasi ja mediti-inikoolide õpilasi.

Propagandas ei ole tähtis ainuüksi propagandisti maine, s. t. see, et arst hoiduks suitsetamast patsiendi juures-olekul või lektor ei süütaks pärast loen-gut sigaretti. Meedik ei tohiks isiklikku eeskuju ainult demonstreerida, ta olgu ise veendunud selles, mida ta kuulajale edasi anda tahab ja mille nimel ta seda teeb.

II. Kuulajale teate edasiandmine

Suitsetamisvastase propaganda mooduseid on palju. Kõige tõhusam on arsti vestlus patsiendiga nelja silma all. Vestluses kahe inimese vahel on suhtlemine mõlemapoolne ja vahetu, kommunikaa- tor ei jää ainult kommunikaatoriks ja retsipient retsiipiendiks. Vestluses need osad vahetuvad. Raviarst tunneb oma patsienti hästi, ka ravialune usaldab oma arsti rohkem kui puldist kõnelejat. Selliselt saab ka kooliarst või öde suhelda õpilastega, samuti tsehhiarst töölistega läbivaatuste või vaktsineeri- miste ajal jne.

Loengu või rühmavestluse korral on samuti olemas mõlemapoolne väljendu- mise võimalus ja ka siin saab teate eda- siandmisel tekkida otsene tagasiside. Kõnelejal on võimalik auditooriumi jäl- gida, ta näeb kuulaja suhtumist ja saab oma mõjutus- ning väljendusvahendeid valida või vajaduse korral muuta. Hea loengu ettevalmistamine, võimalikult homogeense kuulajaterühma ja sobivate näitlike vahendite valimine ei ole arsti- le ainuüksi ülikoolist saadud teadmiste põhjal teatavasti sugugi kerge. Selles abistab aga sanitaarharidusmaja.

Üldsuse mõjutamise üks viise on suht- lemine massikommunikatsioonivahendi- te abil: ajalehed, ajakirjad, raadio, tele- visioon, kino, kaubandusreklaam, näit- lik agitatsioon ja suures tiraažis ilmu- vad populaarteaduslikud väljaanded. Ärgu unustatagu, et side kuulajatega- lugejatega on arstil seejuures ühepool- ne ja vahendatud.

Kõnelejale või kirjutajale jääb audi- toorium anonüümseks, ta ei saa teada, kes teda kuulda võtab, kes mitte. Et side kuulajatega on ühepoolne, ei näe kõneleja oma selgitustöö otsesest mõju. Kuulaja või lugeja, kellele artikkel või saade mõeldud on, võib teate vastuvõt- misest loobuda, valida sellest ainult talle meeldiva informatsiooni, võib talle jutustatavat tõlgendada suvaliselt, isegi vastupidiselt kommunikaatori eesmär- gile.

Propaganda ei too kasu, kui ta ei jõua nendeni, kellele ta mõeldud on. See- pärast jäägu arsti ülesandeks otsida uusi, sobivamaid võimalusi, mis tagak- sid informatsiooni suunamise seda va- javatele inimestele. Massikommunikat- siooni teel edasiantav nikotinismivas- tane propaganda olgu niisiis mõeldud ja kavandatud selliselt, et see võiks sobida kõigile, sõltumata vanusest, elu- kutsest, haridusest jne.

III. Retcipient, teate saaja

1. Poeglapsed ja noorukid

Kõige tänuväärsem on arsti töö siis, kui ta suudab takistada nikotinismi levi- kut noorte hulgas. Aastail 1967...1970 NSV Liidu eri vabariikides ja rajooni- des tehtud uurimised tõestasid, et 16,9% suitsetavatest meestest on suitsetama hakanud kaheksa-üheksa aasta vanu- ses (!) Uus suitsetama hakkamise sa- genemine on vanuses 14...15 aastat, siis vanuses 18...19 aastat. Kuni 19 aasta vanuses on suitsetama hakanud 84,2% meestest.

Nikotinismivastast selgitustööd alus- tagu juba pediaater või kooliarst esi- mestest koolipäevadest alates. Hiljem jätkaku seda noorukite arst või tehni- kume ja kõrgemaid õppeasutusi teenin- dav arst.

Poistele meenutatagu, et nad peavad endas tulevast tugevat ja tahtekindlat meest kasvatama juba praegu. Suitse- taja ei saa kosmonaudiks, lenduriks, tippsportlaseks ja üldse terveks ning tubliks kodanikuks. Neile, kes sigaretti proovinud, meenutatagu selle eest esmast mõju. Selgitatagu, et need ebameeldi- vad aistingud on põhjustatud tubakas olevatest mürgistest ainetest ja on rumal ning mõttetu hakata oma keha nen- de mürkidega harjutama demonstreeri- maks eakaaslaste ees «mehisust».

Noorukitele lähenemine nõuab eri taktikat. Suitsetamisest tulenevate hai- gustega on neid raske hirmutada. Noor- tele on omane tahe riskida, enamik neist on veendunud, et neid haigused ei taba. Selgitustöös jäägu põhinõudeks faktide tõepärasus. Liigne dramaatilisus

ei tule kasuks, pikapeale võib see tugevdada stereotüüpset ettekujutust jutustatavast.

Arsti töö on kergem, kui ta ei unusta, et noorukit ei juhi tegudes veel niivõrd mõistus, kuivõrd mood, instinktid ja emotsioonid. Alustada tuleb niisiis kõige raskemast — nooruki südame juurde pääsemisest. Jõutagu nii kaugele, et iga noor tunneks oma väärtust, vastutust iseenda, perekonna, kooli, linna, maa ja kogu inimkonna ees. Siis suudab ta ümbritseva hea ja halva vahel juba ise valida.

2. Tütarlapsed ja naised

Nendele tehtav selgitustöö nõuab teistsugust meetodikat. Tütarlapsed hakkavad suitsetama mõnevõrra hiljem: tehnikumides, keskkooli lõpuklassides, kõige sagedamini kõrgemates koolides. Naissoole on omane soov olla alati värske ja kaunis. Just nende omaduste varajase kaotamisega maksavad tütarlapsed oma kergemeelsuse eest. Arst rõhutagu, et suitsetav naine näeb välja vanem kui mittesuitsetav eakaaslane. Et soov suitsetada sugeneb tütarlastel tihti soovist koketeerida või mees-tega võrdne näida, selgitatagu neile, et suitsetamine ei muuda neidusid vastasugupoole silmis sugugi veetlevamaks.

Naistel on suitsetamisest loobumine närvisüsteemi eripära tõttu tunduvalt raskem kui meestel. Elus tuleb aga paratamatult aeg — rasedus, lapse rinnaga toitmine —, mil suitsetamine on kategooriliselt keelatud. Naissoost auditooriumile selgitatagu ka seda, et suitsetamine ei ole rasvtõve ravi vahend või vahend enda vormis hoidmiseks.

3. Täiskasvanud mittesuitsetajad

Nemad on nikotinismivastasele propagandale alati kõige vastuvõtlikumad. Sotsioloogilised uurimised on näidanud, et just nemad kuulavad ja loevad nikotinismivastaseid saateid või artikleid kõige meelsamini. Tutvustades mittesuitsetajaile uusi, teaduslikult põhjendatud andmeid tubaka kahjulikust toimest, ärgu arstid unustagu värvata

neid oma abilisteks ja andku neile juhtnööre oma lähedaste mõjutamiseks.

4. Täiskasvanud suitsetajad

Suitsetajad väldivad nikotinismivastast propagandat. Ei maksa luua illusioone — massikommunikatsioonivahendite kaudu edasiantava selgitustöö mõju suitsetajatele on tühine. Inimene valib artiklitest, saadetest või plakatitest enda jaoks ikkagi seda, mis on kooskõlas tema veendumuste ja suhtumisega; mis ei ole, sellest suitsetaja end enamasti mõjutada ei lase või siis tõlgendab kuuldu-loetu enda jaoks ümber, viib oma veendumustega kooskõlla.

Suitsetamisvastast propagandat võtavad kuulda enamasti mittesuitsetajad. Suitsetajad jätvad artikli lugemata ja saate kuulamata või leiavad, et esitatud argumentid ei ole veenvad. Saades teada nikotinismi tagajärjel tekkivatest haigustest, leiab suitsetaja, et ta on kas täie tervise juures või et kirjeldatud hädad on tal küll olemas, kuid samade vaevuste all kannatab ka tema tuttav, mittesuitsetaja. Nagu inimene ikka, nii säästab ka suitsetaja oma psüühikat negatiivsetest emotsioonidest.

Järelikult on parimaks mõjutusvahendiks ikkagi vahetu vestlus, mille käigus arst, arukalt käitudes, suitsetaja vastuargumentid ümber lükata suudab.

5. Suitsetamisest loobujad

Kui suitsetaja nikotinismi kahjulikust on mõistnud, pahatihti küll juba haigena, olgu arsti kohus aidata teda suitsetamisest vabaneda. Oleme küll suitsetamise narkomaaniaks tunnistanud, igapäevases elus aga ei ole see arusaam veel juurdunud, et suitsetaja narkomaan on. Suitsetajat vaid kas süüdistatakse tahtejõu puudumises või manitsetakse leebelt oma «halvast harjumusest» vabanema. Samas aga teame, et näiteks kroonilist alkohoolikut me palja sõnaga veenda ei suuda. Alkohoolikud oleme tunnistanud haigeteks ja nende jaoks avanud raviajutused. Kas ei oleks narkoloogiakabinetides võimalik aidata ka nikotinismist vabaneda soovijatel üle saada neil tekkivatest abstinentsinähtudest?

Aastakümnete jooksul sigareti- või piibutõmbamisega harjunud inimesele ei ole järsk muutus teatavasti kerge. Jutt on igapäevastest nikotiini, püridiinialuste, ammoniaagi, tsüaanvesinikhappe, süsihappe jpt. ainete annustest, millega suitsetaja organism jõudumööda kohanema on pidanud ja millest ta nüüd järsku ilma jääb. Suitsetamisest loobumisel tekivad algul, organismi ümberkohanemise ajal, küllalt tõsised tervisehäired — võivad ilmnedada valud südame piirkonnas, hingamishäired, depressioon või rahutus, unetus, isutus ja töövõime langus. Just see sunnibki nikotinismi ohvrit uut sigaretipakki ostma. Miks mitte neid ajutisi, ent küllalt raskeid nähte medikamentide varal leevendada?

Suitsetamisest loobujale antagu esmalt kindlad argumendid veenmaks teda oma otsuse õigsuses, siis innustatagu tema tahtejõudu. Abstinentsinähtude leevendamiseks vajab enamik suitsetajaid arstilt abi. Narkoloog ja psühhoterapeut saavad selles kõige rohkem aidata. Nemad teevad kindlaks patsiendi

närvisüsteemi tüübi ja valivad siis ka õige mooduse suitsetamisest loobumiseks — kas järsku (nn. kirurgilise) või järkjärgulise mahajätmise.

Ei ole õige, et nikotinismist vabanemisel abiks olevad preparaadid (taabeks, lobessiil jt.) nii defitsiitsed on. Vabamüügil ei ole muidugi nende õige koht, kuna neid tuleb tarvitada ainult arsti kontrolli all. Narkoloogiakabinetide tarvis tuleks neid aga piisavalt eraldada.

Suitsetamisest loobunule ei tohiks arst unustada meelde tuletamast, et ka kümne aasta möödumisel paranemisest võib pärast mõne sigareti proovimist tekkida nikotinismi uus retsidiiv.

Profülaktilise meditsiini tähtsamaid ülesandeid on praegu suitsetamise tagajärjel tekkivate haiguste ärahoidmine ja nikotinismi leviku pidurdamine. Iga arst, kes on suutnud mõnedki staažikad suitsetajad terveks ravida või õpetanud lapsi tubakat põlgama, väärrib tänu.

*Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid»
toimetus*

Arstiteaduse ajaloost

Fr. R. KREUTZWALD JA KIRURGIA

SALVA GULORDAVA
Tallinn

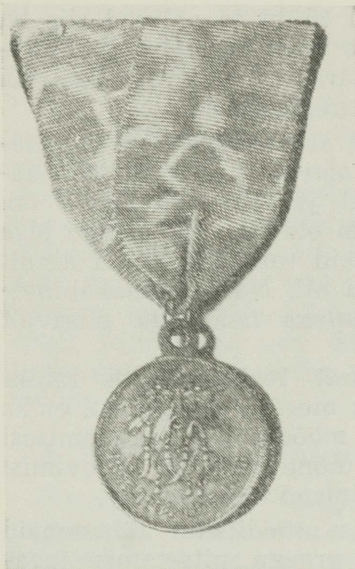
UDK 616-089(091)

Eesti tervishoiuajaloos on tähtsal kohal Võru linnaarst Friedrich Reinhold Kreutzwald, kes töötas seal arstina 44 aastat — 1833. kuni 1877. aastani.

Eriti tuleb rõhutada tema tööd kirurgina, s. t. ainukese linnaarstina, kes pidevalt ravis ka kirurgilist abi vajavaid haigeid. Tema kui kogunud arsti juurde toodi ravile haavatuid sõjaväljalt. Nii

saadeti 1856. a. Võrru haavatuid Krimmi sõjast. Neid, umbes kahtsada ravis Fr. R. Kreutzwald ise. Hea töö eest autasustati teda Krimmi sõja mälestusmedaliga (vt. foto).

Oma raamatus «Lühhikenne õppetud terwise hoidmisest» soovitab Fr. R. Kreutzwald haavade ravimisel haava servad lähendada ja siduda puhta sidemega. Kategooriliselt keelab ta haavale



Krimmi sõja mälestusmedal, millega autasustati Fr. R. Kreutzwaldi.

panna kangetoimelisi aineid, näiteks tärpentini jms. Näib, et Fr. R. Kreutzwald seisis haavade ravimisel (nagu N. Pirogovgi) säästva ravi positsioonil. Ta oskas hästi diagnoosida ja ravida «mädaseid kirurgilisi haigusi». Oma raamatus kirjeldab autor täpselt panariitsiumi tekke põhjusi. Ta märgib, et panariitsium ei teki mingitest ussidest, vaid mäda kogunemisest luu ja naha vahele. Tema arvates nõuab see haigus spetsiaalset kirurgilist ravi: mädakolle tuleb laialt avada ja lõige teha nii, et ei vigastataks suuri veresooni. Seda võib teha üksnes arst. Väike avaus toob ainult kahju ja võib olla põletiku luule ülemineku üks põhjusi. Siis tuleb eemaldada juba sõrmelüli. Fr. R. Kreutzwaldi propageeritud panariitsiumi ravi on õige isegi tänapäeva kirurgia seisukohalt.

Kui Fr. R. Kreutzwaldi tööde järgi otsustada, tundis ta hästi ka kõhuõõne ägedate kirurgiliste haiguste diagnoosimist. Paneb imestama, kui täpselt ta kirjeldab neid haigusi ühise pealkirja all «soolte põletik». See sündroom on tänapäeval saanud üldnimetuse «äge kõht». Raamatus «Kodutohter. Õpetus, kuda haigedega peab ümber käidama ja neile arsti abi puudusel kergitust tehtama» on palju ruumi eraldatud (lk-d 46, 48, 71, 145) selliste haiguste kirjeldamisele nagu soolesulgus, sapikivitõbi, peritoniit jne.

Autor soovitab nende haiguste puhul kohe pöörduda arsti poole. On selge, et linnaarst Fr. R. Kreutzwald, samuti nagu tema kaasaegsedki, ei saanud lahendada kõigi kõhuõõne ägedate kirurgiliste haiguste ravi küsimusi. Küll aga jõudis ta õigele lahendusele üsna lähedale. Tema soovitus «soolte põletikuga» haigete konservatiivseks raviks vastasid selle aja teadmistele, millal autor elas ja töötas.

Näited illustreerivad küllaldaselt Fr. R. Kreutzwaldi kirurgitööd ja viitavad tema mitmekülgele arstlikule tegevusele. Fr. R. Kreutzwald õppis Tartu ülikoolis ajal, mil kirurgia õppejõuks oli N. Pirogovi õpetaja professor J. Moier ja ülikoolis oli organiseeritud professorite instituut, kus õppisid N. Pirogov, F. Inozemtsev ja teised hiljem tunnustuse pälvinud kirurgid.

KASUTATUD KIRJANDUS: 1. Kreutzwald, Fr. R. Kodutohter. Õpetus, kuda haigedega peab ümber käidama ja neile arsti abi puudusel kergitust tehtama. Tartu, Schnakenburgi tr. ja kulu, 1879. 184 lk., portr. 3000 eks. — 2. Kreutzwald, Fr. R. Lühhikenne õppetuse terwise hoidmisest. Tartu, H. Laakmanni kirjade ja kulloga, 1854. 256 lk. (Koli-ramat. Neljas jagger.) — 3. Kreutzwald, Fr. R. Teejuhataja Ämma-kooliliste õpetuse jures. Riia, Livländ. Ritterschaft, H. Laakmanni tr., Tartu, 1852. 80 lk. 1800 eks.

Eesti NSV Tervishoiu Ministerium

Konverentsid ja nõupidamised

STOMATOLOOGIDE JA HAMBAARSTIDE VIII VABARIIKLIK KONVERENTS peeti TRÜ aulas 23. ja 24. mail 1973. Konverentsiga tähistati 70 aasta möödumist professor V. Hiie sünnist. Kokku oli tulnud üle 230 stomatoloogi vabariigi linnadest ja rajoonidest ning rohkesti esindajaid mitmetest TRÜ Arstiteaduskonna kateedritest.

Konverentsi avas Eesti NSV tervishoiu-ministri esimene asetäitja E. Kama, kes sissejuhatavas sõnavõtus ütles, et Eesti NSV on küllaldaselt komplekteeritud erialakaadriga (3,47 stomatoloogi ja 0,78 hambaarsti 10 000 elaniku kohta). Eesmärgiks jääb stomatoloogilise abi kvaliteedi parandamine, milleks eelkõige on vaja kaadri kvalifikatsiooni pidevalt tõsta ja lahendada mitmeid organisatsioonilisi küsimusi. Eriti on tarvis tähelepanu pöörata stomatoloogilise abi parandamisele maa-arstijaoskonnas. Vabariigi stomatoloogidel tuleb rohkem rõhku panna hambaiguste profülaktikale.

Professor arstiteaduse doktor V. Hiie elust ja tegevusest oli ettekanne dotsent A. Kõdara lalt. Professor V. Hiie tööst stomatoloogide kaadri ettevalmistuse organiseerimises Eesti NSV-s ja erialakateedri rajamises TRÜ Arstiteaduskonnas kõneles allakirjutanu.

Kirurgilise, ortopeedilise ja terapeutilise stomatoloogia teemal kuulati 36 ettekannet.

Kirurgilise stomatoloogia alalt esitati mitmeid ettekandeid näo plastiliste operatsioonide kohta. Lau defektide plastilisest sulgemisest ja näonärvi halvatus järgse seisundi korrigeerimisest esitasid ettekande professor L. Schotter ja A. Gerassimova, kõrvalesta plastikast professor E. Siirde ja dotsent S. Sibul. Filatovi varrelapiplastika kasutamisest näo piirkonna taastavas kirurgias rääkis I. Kask.

Kaasasündinud huule- ja suulaelõhede etioloogiast ja nende anomaaliatega laste dispanseerimisest ning kompleksravist kõnelesid dotsent M. Lõvi, S. Hanstein, A. Kõdar. M. Lõvi andmetel sünnib selliste anomaaliatega lapsi vabariigis keskmiselt üks iga 800 vastsündinu kohta. Ta kõneles ka eri

vanuses tehtud huuleplastika hilistulemustest. Esineja arvates heiloplastika tulemused nii ühe- kui ka mõlemapoolsete osaliste huule- ja huule-alveolaarjätkelõhede opereerimise ajast oluliselt ei sõltu. Mõlemapoolsete läbistavate huule- ja suulaelõhede, samuti täieliku huule-alveolaarjätkelõhede puhul annab enne 6...8 elukuud tehtud huuleplastika halvemaid tulemusi nii kosmeetiliselt kui ka funktsionaalselt ning võib põhjustada raskeid hammaste ja lõualuude anomaaliaid. Huule- ja suulaelõhedega kaasnevate nina deformatsioonide ravist andis ülevaate L. Tigas.

A. Kõdar analüüsis ujuva obturaatori osatähtsust laste ravis. Ta järeldas, et ujuv obturaator taastab füsioloogilise seisundi ja väldib piimahammaste mõningate komplitseeritud anomaaliatega tekkimise võimalust.

Näo- ja lõualuumurdude ravist jagasid kogemusi arstid M. Ester Pärnust ja G. Zamiro Narvast. Narkoosi tulemustest stomatoloogiapolikliinikus kõneles H. Arusaar Tapalt.

Ortopeedilise stomatoloogia alalt esitati ettekandeid hambumusanomaaliatega kohta Tallinna kooliõpilastel (A. Kõdar, N. Viim, S. Russak). Esinejad järeldasid, et 2134 uuritust 1509-l (70,71%) oli mitmesuguseid anomaaliaid. A. Ader analüüsis sügava hambumuse esinemissagedust Viljandi rajooni kooliõpilastel, kusjuures tekkepõhjuseks on oluline vältida enneaegset piimamolaaride eemaldamist. Seoses hammaste asendi ja hambumusanomaaliatega suure esinemissagedusega vabariigi elanikel on väga oluline laste ortodontilise ravi korraldus, eelkõige dispanseerimine. Sellest oli juttu A. Kõdari, T. Tedre, H. Valgma ja R. Kajumova ettekandes. Uudseid alalõua premolaaride ja molaaride proteesimise võimalusi — kasutada odavat ja meeldiva välimusega kombineeritud krooni — selgitas Tartu arst O. Pruus. L. Varik Rakverest rääkis ühepoolse teleskoopkinnitiga sadulproteesi kasutuselevõtmisest siis, kui tavalise sildproteesi valmistamiseks hambad puuduvad.

Terapeutilise stomatoloogia alal käsitleti mitmetes ettekannetes kaariese esinemissa-

gedust vabariigi eri rajoonides koolieelikutel ja kooliealistel lastel (S. Russak, N. Vihm, A. Kõdar, M. Uibo, V. Kiik, V. Ratinik). Hambakaaries on laialt levinud ja võib järeldada, et haigestumine sõltub keskkonna biogeokeemilistest tingimustest. Hamba kõvakudede mangaani- ja fluorisaldust normis ja kaariese puhul käsitlesid N. Vihm ja H. Kokk. Räägiti ka sügava kaariese ja pulpiidi bioloogilise ravi tulemustest kalmetsiini ja kaltsiumhüdroksiidiga (E. Laas, E. Kaselaan ja V. Kaldma Tallinnast). Mõnede antibiootikumide ja glükokortikoidide kombinatsioonide bioloogilisest talutavusest rakkude kultuuris kõneles E. Leibur Elvast.

Teise probleemina vaagisid H. Sõerd ja A. Lepik parodontoosi ravi korraldust Tallinna ja Tartu stomatoloogiapolikliinikus. Eksperimentaaltöödest sel alal käsitles E.-M. Mets parodondi pehmete kudede vigastuse järgset regeneratsiooni ja S. Russaku, T. Vihalemma ja I. Kalitsa (Tartu) ettekanne sülje amülaasi aktiivsuse muutusi parodontoosi põdevatel suhkruhaigetel. Läbi-rääkimistel võttis sõna Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi inspektor T. Rekk, kes andis ülevaate stomatoloogia ravivõrgu laienemisest vabariigis ja rõhutas töö parandamise vajadust.

Nadežda Vihm

TARTU TUBERKULOOSIDISPANSERI JUUBELIKONVERENTS. 25. mail 1973. a. tähistas Tartu Linna Tuberkuloosidispanser oma 50. aastapäeva konverentsiga. Tartu Tervishoiutöötajate Maja saal oli tulvil külalistest, kes vabariigi tuberkuloosiasutustest, kes kohale sõitnud Riias, Leningradist, Siguldast ja Ogest. Konverentsi avas Eesti NSV tervishoiuministri esimene asetäitja E. Kama.

Huvitava ülevaate tuberkuloosi vastu võitlemisest Tartu linnas ja maakonnas aastail 1923...1949 esitas Tartu Tiisikusenõuandla (1944. aastast alates tuberkuloosidispanseri) esimene kauaaegne peaarst K. Bežanitskaja (1923...1949). Tuberkuloosidispanseri peaarst G. Arro rääkis tuberkuloositorje organisatsioonist ja tulemustest Tartus 50 aasta jooksul. Märkimist väärrib see, et 1953. a. kõrgseisuga võrreldes on Tartus vähenenud esmane haigestumine tuberkuloosi 27 korda ja haigete arv 11 korda.

Tulevikusuundi käsitles Eesti NSV tervis-

hoiuministri esimese asetäitja E. Kama ettekanne «Tuberkuloositorje kaasaegsed probleemid Eesti NSV-s». Mitmes ettekandes võeti kokku Tartu Linna Tuberkuloosidispanseri senised töötulemused. Luutuberkuloosi esinemist analüüsis R. Tsurenkov; kopsureseksiooni suhkruhaigetel V. Laasaar ja J. Kelk; laste ja noorte tuberkuloosi ravi tulemusi G. Arro, L. Metsmägi ja R. Tsurenkov; bronhide kahjustusi kopsutuberkuloosihaigetel I. Kõbas; Hamman-Richi sündroomi E. Püttsepp; õppetöö tähtsust ning tulemusi laste ja noorte tuberkuloosi-raviasutuses H. Tauts; tuberkuloosi eksperimentaalse uurimise mõningaid probleeme TRÜ Arstiteaduskonna teaduskonnasisehaiguste kateedri dotsent H. Sillastu. Kaks ettekannet oli külalistelt Läti NSV-st.

Tuberkuloosidispanseri tublimatele ja kauaaegsetele töötajatele anti üle EKP Tartu Linnakomitee ja Tartu Linna TSN Täitevkomitee, Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee, Tartu Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Tartu Linnakomitee aukirjad.

Maido Sikk

VALGEVENE NSV ENDOKRINOLOOGI-DE VI VABARIIKLIK KONVERENTS

toimus Minskis 17. ja 18. mail 1973. a. ühiselt Eesti, Läti ja Leedu NSV endokrinoloogide seltsiga. Konverentsil oli esitatud töid ka Moskva, Leningradi, Harkovi, Kiievi jt. linnade teadlastelt. Peale selle esinesid ettekannetega külalised Saksa Demokraatlikust Vabariigist. Konverentsi päevakorras oli suhkurtõbi ja rasvumine.

Plenaaristungil käsitles akadeemik V. Baranov ainevahetushäirete kompensatsiooni printsiipe ja patoloogiliste muutuste taandarengut suhkruhaigetel, professor N. Draznin angio- ja neuropaatia patogeneesi suhkurtõve korral.

Töö toimus kahes sektsioonis. Kokku esitati 90 ettekannet. Konverentsi materjalid on avaldatud kogumikus, kus peale teeside on publitseeritud veel 50 tööd. Käsitleti järgmisi probleeme: 1) suhkurtõve epidemioloogia ja diagnostika; 2) süsivesikute-, valkude- ja lipiididevahetuse biokeemia; 3) suhkurtõve ravi; 4) eksperimentaalne diabeet ja rasvu-

mine; 5) südame ja vereringe muutused suhkruhaigil; 6) biokeemiliste muutuste dünaamika suhkruhaigil; 7) angio- ja neuro-paatia suhkruhaigil; 8) suhkurtõve isärasused lastel; 9) immunoreaktiivse insuliini uurimine suhkurtõve korral; 10) oftalmopaatia suhkruhaigil ja 11) rasvumise etioloogia, kliinik ja ravi.

Ülaltoodud uurimistega tegeldakse mitte ainult Nõukogude Liidu endokrinoloogia kesk-asutustes, vaid ka perifeerias.

Meie vabariiki esindasid konverentsil delegaatidena I. Kalits, L. Gladstein ja A. Astaškina Vabariiklikust Struumatõrje Dispanse-rist, Ü. Reiman Valga Rajooni Keskhaiglast ning M. Urbalu Tallinna Harjumäe Haiglast. Esitati kolm ettekannet: I. Kalits (kaas-autor J. Kelk) «Liigse kehakaalu mõjust glükoosi tolerantsuse testile massilistel uuringutel ja suhkurtõve riskifaktoritega isikutel»; L. Gladstein (kaasautorid I. Kalits, M. Pikk) «Dieetravi ja dieet-adiposiinravi efektiivsuse võrdlev hinnang rasvtõve korral»; A. Astaškina (kaasautorid K. Ester, A. Kallikorm, K. Zilmer) «Türeoïdne homeostaas suhkruhaigetel».

Irina Kalits

TALSI JA KINGISSEPA RAJOONI KESK-HAIGLATE TEADUSLIK KONVERENTS toimus 22. juunil 1973 Läti NSV-s Talsis. Konverentsil kuulati ära kaheksa ettekannet, milles käsitleti tervishoidu nendes rajoonides. Kingissepa Rajooni Keskhaiglast esitasid ettekanded A. Käärid («Infusioonikolegraafia sapiteedehaiguste diagnoosimisel»), A. Rubinštein («Haigestumine kopsutuberkuloosi Kingissepa rajoonis aastatel 1958...1972»), H. Siinor («Lootevete emboolia»), H. Koppel («Düstroofilise polüartriidi ravi Suurlahe muda vannidega»), A. Haavel («Koletsüstiidi kirurgiline ravi»).

Ettekanded ja neile järgnenud vestlused tõestasid, et selline koostöövorm kahe vennas-vabariigi rajoonihaiglate vahel on igati tere-tulnud ning aitab mõlema haigla kollektiivil ravi kvaliteeti parandada.

Pärast konverentsi tutvusid Saaremaa meedikud Talsi Rajooni Keskhaigla, uue poli-kliiniku ja vastavatud apteegiga. Kõikjal võeti saarlasid südamlikult vastu.

Ants Haavel

Arstide seltsides

TALLINNA KIRURGIDE TEADUSLIKU SELTSI TEGEVUS AASTATEL 1946...1972

UNO SIBUL
Tallinn

UDK [614.258.1:617.5](474.2-25) «1946/1972»

Kirurgide kvalifikatsiooni tõstmine igapäevase praktilise töö kõrval eeldab pidevat enesetäiendamist, süstemaatilist erialaste kogemuste vahetamist. Üks traditsioonilisemaid erialateadmiste täiendamise vorme on osavõtt arstide seltside tööst.

Tallinna Kirurgide Teaduslik Selts on üks vanemaid. B. Äniliselt, Š. Gulordavalt ja A. Tuchilt pärinevate andmete kohaselt alustas selts tööd aasta pärast sõja lõppemist, aastal 1946. Selt-

si juhatuse esimeheks valiti rikkalike kogemustega kirurg G. Järvekülg. Kahjuks ei ole allakirjutanul õnnestunud leida originaaldokumente, mis detailselt kirjeldaksid seltsi tööd algusperioodist kuni 1954. aasta 8. septembrini.

Seltsi tolleaegsetest koosolekutest osavõtnute kinnitust mööda oli tegevus algusaastail aktiivne, koosolekuid peeti süstemaatiliselt. Peamised teemad olid kõhuõõne ägedate kirurgiliste haiguste ja traumajärgsete tüsistuste ravi. Esitati

Periood	Liikmete arv	Teaduslike tööde arv	Väitekirjade arv	Seltsi juhatus	
				esimees	sekretär
1946 ... 1949	andmed puuduvad		—	G. Järvekülg	andmed puuduvad
1949 ... 1954	”	”	—	N. Petrov	V. Vonovski
1954 ... 1957	20→26	64	—	L. Šostak	I. Ass, A. Tuch
1957 ... 1959	26→27	20	—	N. Petrov	B. Äniline
1959 ... 1961	27→43	49	—	A. Seppo	U. Sibul
1961 ... 1965	43→72	96	1 kandidaadiväitekirja	B. Äniline	U. Sibul
1965 ... 1967	72→64	85	1 ”	B. Äniline	V. Špor
1967 ... 1971	64→56	196	1 doktoriväitekirja	U. Sibul	
			6 kandidaadiväitekirja	U. Sibul	K. Kase
1971 ... 1972	56→58	86	1 doktoriväitekirja	U. Sibul	
			3 kandidaadiväitekirja	U. Sibul	R. Truve

Märkus. Teaduslike tööde loetelusse on võetud ainult need tööd, mille kohta on andmed seltsi toimikus.

ka kokkuvõtteid kõhukelmepõletike ravi tulemustest (Š. Gulordava), askariidooisist tingitud sapiteede-sulgusest (P. Abramjants ja M. Tšetverikova) ning mao- ja kaksteistsõrmiksoole haavandi mulgustumisest ning selle ravi taktikast (P. Abramjants).

Aastail 1953 ... 1954 oli seltsi tegevuses ajutine möonaperiood: koosolekuid korraldati ebaregulaarselt, liikmemakse ei laekunud. 8. septembril 1954. a. tunnistati kirurgide seltsi koosolekul juhatus tegevus (esimees N. Petrov) mittehuldavaks ja initsiatiivgrupp eesotsas professor L. Šostakiga (osavõtjaid 27, sekretär A. Gavrilov) võttis vastu Š. Gulordava ettepaneku valida uus juhatus (juhatus protokoll 8. septembrist 1954). Esimeheks valiti L. Šostak, aseesimeheks I. Ennulo, sekretäri kohused anti I. Assile. Edaspidised muudatused juhatuses on toodud tabelis.

Selts registreeriti Tallinna TSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonnas.

Perioodil 1954 ... 1957 käsitlesid L. Šostak, N. Petrov, A. Tuch seltsi koosolekul kõhuõõnetraumade diagnoosimist ja ravi. Kirurgide tähelepanu juhiti vajadusele varakult hospitaliseerida kõik kinnise kõhuõõnetraumaga haiged. Tol ajal oli päevakorral kopsu-

tuberkuloosi kirurgiline ravi. Sellest oli juttu mitmes töös, mis kanti ette seltsi koosolekul (I. Ennulo, E. Kama). Nagu nüüd, nii ka siis tekitas muret ägedaid kõhuõõne kirurgilisi haigusi põdevate haigete hiline pöördumine arsti poole. Ka esmase diagnostika puudujääke ja neist tingitud tüsistusi ussjätkepõletiku kirurgilises ravis arutati seltsi koosolekul korduvalt (I. Saks, Š. Gulordava). Juhiti tähelepanu antibiootikumide suvalise manustamise toimele vere verdumis- ja hüübimismehhanismi (U. Sibul). Ajavahemikul 1957 ... 1959 ettekantud teemadest oli kesksel kohal kirurgiateenistuse reorganiseerimine (L. Šostak, Š. Gulordava, B. Äniline).

Tartu Riikliku Ülikooli lõpetanuist oli kasvanud juba küllaldaste kogemustega kirurgide-traumatoloogide kaader. See võimaldas Tallinna Vabariiklikus Haiglas ja Tallinna Tõnismäe Haiglas hakata rajama spetsialiseeritud kirurgia- ja traumatoloogiaosakondi. Uusi suundi ja originaalseid ettepanekuid toruluude diafüsaarsete ja liigestelähedaste murdude ravis esitati A. Seppo, I. Ennulo, Š. Gulordava ja L. Šostaki ettekannetes, luuüdi kanalisestest naelastuste hilistulemusi analüüsis N. Haug.

Üks esimesi muljete jagajaid välisreisidelt oli Tallinna Vabariikliku On-

kologia Dispanseri peaarst, Eesti NSV teeneline arst A. Gavrilov, kes meenu- tas toimunud VI rahvusvahelisel onko- loogide kongressil Londonis. Et 1950-ndate aastate lõpu- ja 1960-ndate aastate algusperioodile oli Nõukogude Liidus iseloomulik rindkerekirurgia tormiline areng, oli tol ajal ka Tallinna Kirurgide Seltsis sageli päevakorral rindkeretraumade ravi taktika. Muu hulgas demonstreeriti südamevigastus- te õnnestunud kirurgilise ravi juhte (V. Solovjov, A. Uibo).

Iseloomustavaks jooneks seltsi juha- tuse tegevusele oli sõprussidemete laiendamine vennasvabariikide esinda- jatega. Nii esines Tallinnas tuntud laste- kirurg, Läti NSV teeneline teadlane professor A. Biezin, jagades muljeid Kanadas korraldatud XVIII rahvusva- heliselt lastekirurgiakongressilt.

Praegune Tallinna Vabariikliku Haig- la peaarst A. Roosileht pajasas seltsi koosolekul uudiseid XVIII rahvusvahe- liselt kirurgide kongressilt Münchenis. Kongressil esitatud töödest oli selgunud, et traumahaigete järelravi statsionaarid end igati õigustavad ja et neid oleks otstarbekas rajada ka meil. Anestesioloogia kui iseseisva distsipliini järjest suurenev osatähtsus kajastub ka aastail 1961...1965 toimunud seltsi koosole- kutel. Haigete operatsioonieelse põhja-liku uurimise ja operatsiooniks ette- valmistamise vajadust toonitati B. Le- hepoo, E. Millermani ja L. Samussenko ettekannetes.

Ülelinnalise anestesioloogiaosakonna asutamine Tallinna Tõnismäe Haiglas (1965) tõstis huvi anestesioloogiaalaste ettekannete vastu.

Aastail 1965...1966 peetud seltsi koosolekul arutati kirurgiateenistuse arendamise perspektiive Tallinnas (U. Sibul) ja rõhutati vajadust tsentralisee- rida vältimatu kirurgiline abi. Suu- remates haiglates soovitati avada ur- gentse kirurgia osakondi. Ühistel istun- gitel uroloogidega, kes selleks ajaks olid juba omaette seltsi asutanud, kuu- lati ettekandeid neeruvaagna ja kuse- juhade plastilistest operatsioonidest (E. Mihkelsoo, S. Lavrentsov jt.).

Aastail 1967...1970 olid seltsi koos- olekul domineerivamad organisatsioon ja ravi veresoontekirurgias. Koostöös Tartu Kirurgide Teadusliku Seltsiga ja Eesti NSV teenelise teadlase professor A. Linkbergi aktiivsel toetusel viidi kol- leegidega Pärnu Arstide Seltsis ühise üritusena läbi vasoloogiaümposioon. Sel puhul anti koostöös Tartu Riikliku Ülikooliga välja ka esimene seltsi tiitlit kandev teaduslike tööde kogu- mik.

Koos Eesti NSV Tervishoiuorganisaat- orite Teadusliku Seltsiga arutati mao- ja kaksteistsõrmiksoole operatsiooni järgse dispanseerimise ning vasoloogi abi vajavate haigete polikliinilise ravi organisatsiooni (U. Sibul, J. Männiste). Tuldi järeldusele, et Tallinnas on kuju- nenud eeldused polikliinikus vasoloogi vastuvõtu alustamiseks ja haigete süste- maatiliseks operatsioonijärgseks kont- rolliks.

Huvitav sündmus seltsi tegevuses oli teaduslik turismimatk Soome, mille kor- raldas Vabariikliku Kirurgide Seltsi ju- hatas.

Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolut- siooni 50. aastapäeva tähistasid seltsi liikmed X Eesti NSV kirurgide konve- rentsiga.

Selle aja uurimistöödest pälvis erilist huvi A. Seppo ettekanne reieluukaela tugevustopograafiast ja osteosünteesist. Tallinna Tõnismäe Haigla kirurgide kol- lektiiv (R. Truve, V. Otti, J. Männiste, U. Sibul) esitas mao- ja kaksteistsõr- miksoole haavandit põdevate haigete ravi tulemusi. Neil haigeil oli tehtud elundeid säästvaid ja säilitavaid ope- ratsioone. Anti hinnang vagotoomia ja püloroplastika esmastele tulemustele kaksteistsõrmiksoole haavandi mulgus- tusega haigete ravis.

Haavandtõve kirurgiline ravi oli pea- mine diskussiooniteema ka Vabariikliku Kirurgide Seltsi pleenumil Viljandis 21. septembril 1968 ning Tartu ja Tal- linna kirurgide seltside ühisel koosole- kul Tallinnas 28. novembril 1968.

Huvi pakkusid ka informatsioonilised ettekanded, mille esitasid seltsi liik-



Mälestus Ülemaailmse Kirurgide Seltsi XIV kongressilt ja X veresoontekirurgia kongressilt Moskvast 1971. aasta sügisel. Vasakult: H. Tihane, K. Pöder, A. Kõvamees, E. Tünder, S. Gulordava, U. Sibul.

med — delegaadid III rahvusvaheliselt fleboloogide kongressilt (Amsterdams 1968), Üleliiduliselt Kirurgide Seltsi pleenumilt (Mahhatškalas 1969) ja vasoloogiasümposionilt (Moskvas 1970), millest võttis osa ka allakirjutanu.

Meditiinilise vältimatu ja kiirabi töö organiseerimise printsiipidest ja perspektiividest esitas Eesti NSV Tervishoiuorganisaatorite Teadusliku Seltsi ja Tallinna Kirurgide Teadusliku Seltsi ühisel koosolekul ettekande N. Ajasta. Esineja jagas muljeid üleliiduliselt nõupidamiselt. Ta rõhutas, et kiirabi vajab senisest tunduvalt rohkem tähelepanu. Vaja on tõsta spetsialiseeritud brigadide kvalifikatsiooni, varustada neid paremate aparaatidega, luua juurde uusi spetsialiseeritud brigade.

Seltsi suurüritusena korraldati koos anestezioloogidega 1970. a. intensiivravi käsitlev sümposion, sel puhul avaldati ka temaatilised materjalid.

1971. aasta sügisel võeti osa Moskvast toimunud Ülemaailmse Kirurgide Seltsi

XIV kongressist ja X veresoontekirurgia kongressist.

1972. aastal arutati seltsi koosolekutel spetsialiseeritud kirurgiaosakondade töö tulemusi. NSV Liidu moodustamise 50. aastapäeva koosolekul rääkis vabariigi peakirurg Š. Gulordava kirurgia arengu perspektiivist Eesti NSV-s. Professor V. Petrovilt ning endiselt Tallinna Tõnismäe Haigla kirurgiaosakonna kasvandikult dotsent A. Slobožankinilt Leningradist oli originaalne ettekanne kaksteistsõrmiksoole mootorika häiretest.

Seltsi liikmed on viimastel aastatel aktiivselt osa võtnud eksperimentaalsest ja kliinilisest uurimistööst. Kui tegevuse algul oli liikmete hulgas vaid kaks teadusliku kraadiga kirurgi, siis nüüd on nende arv juba üksteist. Neist kolm on doktoriväitekirja juba kaitsnud, kahel on selle koostamine lõpukorral. 586 teaduslikku kirjutist on seltsi kirurgid avaldanud perioodikas ja mitmes kogumikus. Tööalaseid sidemeid on loodud

mitmete Nõukogude Liidu juhtivate erialakliinikute ja seltsidega Leningradis, Moskvast, Kiievis, Riias, Minskis jm.

Seltsi tegevuse vastu on senisest elavamalt huvi tundma hakanud vennasvabariikide naaberseltsid. Läti kirurgide ja gastroenteroloogide seltsi kutsel käisid käesoleva aasta algul Riias ja esitasid koos Moskva kolleegidega ettekandeid R. Truve ja allakirjutanu. Ühi-

selt arutati kaksteistsõrmiksoole haavandi kirurgilist ravi.

Selts on vastu võtnud külalisi Soomest, Rootsist, Moskvast, Leningradist, Kiievist. Tuntumatest teadlastest on ettekannetega esinenud NSV Liidu Teaduste Akadeemia korrespondentliige professor N. Krakovski, professorid B. Rozanov jt.

Tallinna Tõnismäe Haigla

Tähtpäevad

VAIKE KARU 60-AASTANE

15. septembril 1973 sai 60-aastaseks Tartu I Väikelastekodu peaarst Vaike Hindreku t. Karu.

Juubilar pärineb Tallinna töölisperekonnast. Pärast Tallinna II tütarlastegümnaasiumi lõpetamist läks ta 1934. a. õppima Tartusse, kus omandas ödeemamaemanda-kutse. Et haridustee jätkamine ainelise kitsikuse tõttu võimalik ei olnud, tuli V. Karul 1. septembril 1937. a. õena tööle hakata Tallinna II haiglas (endine Tallinna Ühise Haigekassa haigemaja). Unistus saada arstiks täitus alles pärast Suurt Isamaasõda. 1944. a. sügisel astus V. Karu TRÜ Arstiteaduskonda, mille lõpetas 1951. a.

Kuid arsti ülesandeid tuli juubilaril täitma hakata hoopis varem: 1. maist 1946. a. määrati ta Tartu I Väikelastekodu peaarstiks. Sellel ametikohal töötab tänaseni, ühtekokku 27 aastat. 1964. a. anti V. Karule esimene kategoria pediaatrias.

V. Karu on võimekas tervishoiuorganisator, hea pedagoog ja rikkalike kogemustega pediaater. Tema juhitud kollektiiv on aastate jooksul püsinud vabariigi paremate hulgas. Erilist edu on saavutatud väikelaste karastamisel. Sel-



les osas tuleb juubilaril pidada Eesti NSV üheks silmapaistvamaks spetsialistiks. 1972. aastast alates on Tartu I Väikelastekodu profileeritud kesknärvisüsteemi kahjustustega laste ravi- ja hooldusasutuseks ning saanud ka TRÜ kahe teaduskonna õpebaasiks.

Juubilar on aktiivselt osa võtnud ühiskondlikust elust. Aastail 1953... 1959 oli ta Tartu linnanõukogu saadik ja juhtis alalist tervishoiukomisjoni. Ajavahemikul 1955... 1959 oli ta Eesti NSV Ülemnõukogu saadik ja Ülemnõukogu alalise tervishoiukomisjoni aseesimees. Palju aastaid on V. Karu kuulunud Tartu Pediaatrite Teadusliku Seltsi

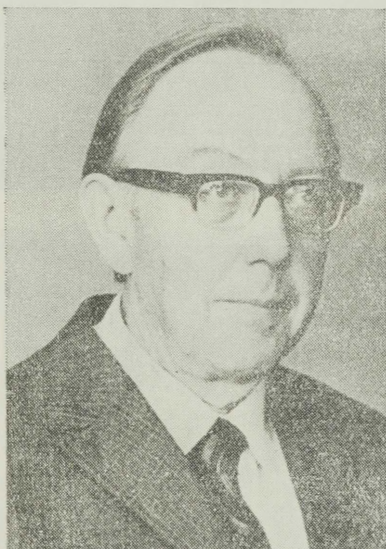
juhatusse, Tervishoiutöötajate Ametiühingu Tartu Linnakomitee ja Tartu Tervishoiutöötajate Maja juhatusse.

V. Karu on autasustatud V. I. Lenini juubeli medaliga ja rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane».

Soovime juubilarile jätkuvat jõudu ja südamesoojust kutsetöös.

Kolleegid

ERICH LAISAAR 60-AASTANE



5. juulil 1973 sai 60-aastaseks Tartu Linna Tuberkuloosidisperseri peaarsti asetäitja ravi alal Erich Laisaar.

Ta lõpetas 1932. aastal H. Treffneri gümnaasiumi ja 1938. a. Tartu ülikooli arstiteaduskonna. Ajavahemikul 1935... 1938 töötas patoloogiainstituudis assistendi kohusetäitjana.

Pärast ülikooli lõpetamist asus E. Laisaar tööle Taagepera Kopsutuberkuloosi Sanatooriumis ftisiaatrina ja on sellele erialale truu olnud 35 aastat. Sõjajärgsetel aastatel oli ta mitmete Tartu tuberkuloosiasutuste organiseerija, taastaja ja peaarst. Tema võimeid arvestades paigutati ta kõige raskematele tööloikudele. Tal tuli kanda Tartu ning

Lõuna-Eesti peaftisiaatri ja konsultandi kohuseid. 1963. aastast alates hakati Tartu tuberkuloosiasutusi järk-järgult ühendama ühtseks 325-voodikohalise statsionaariga tuberkuloosidisperseriks, mis võimaldas parandada tuberkuloosi diagnoosimist ja ravi, paremini korraldada profülaktikat.

Juubilar on põhjalike teadmiste ning rikkalike kogemustega ftisiaater, kellele 1966. a. anti oma erialal kõrgem kateegooria. Suure eruditsiooniga klinitsistiterapeudi, täpse ja kogenud röntgenoloogi ning hea organisaaatori omadustega kaasnevad ftisiokirurgi võimed ja kogemused.

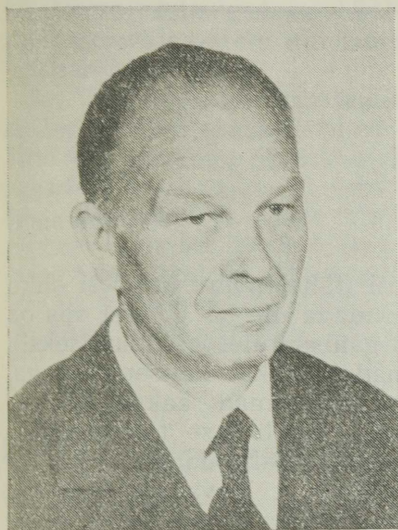
TRÜ Arstiteaduskonna õppebaasiks olnud raviautustuste juhatajana või arstina, samuti õppeülesannete täitjana ülikoolis on juubilar olnud õpetajaks ja eeskujuks enamikule Eesti NSV ftisiaatritele. Temalt on trükkis ilmunud tuberkuloosialaseid kirjutisi nii arstidele kui ka laialdasele lugejaskonnale. Perioodikas avaldatud artiklite kõrval on ta kirjutanud brošüüri «Kopsutuberkuloos» ja «Tervishoiu käsiraamatus» artikli «Tuberkuloos».

E. Laisaart on autasustatud V. I. Lenini juubeli medaliga ja rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane». 1966. aastal sai ta üleliidulise preemia silmapaistvate saavutuste eest tuberkuloositõrjes.

Soovime juubilarile palju õnne, head tervist ja tööindu.

Kolleegid

JAAN LUBERG 50-AASTANE



2. augustil 1973. aastal sai 50-aastaseks Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kaadriosakonna juhataja Jaan-Friedrich Jaani p. L u b e r g.

J. Luberg on sündinud Paide rajoonis Karinu külas põllutöölise perekonnas. Õppis Tallinna XII Keskkoolis ja Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonnas, mille raviosakonna lõpetamise järel 1951. aastal määrati Pärnu-Jaagupi rajooni tervishoiuosakonna juhatajaks. 1953...1956. aastani teenis ta Nõukogude armees, kus töötas polguarsti ja röntgenoloogi ametikohal. Pärast demobiliseerimist kutsuti Pärnu-Jaagupisse tagasi, sedapuhku rajoonihaigla kirurgiaosakonna juhatajaks. 1961. aastal määrati juubilar uue, äsjaavalminud Kallavere Haigla peaarstiks. 1966. aastal edutati ta Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse juhataja asetäitjaks ja alates jaanuarist 1968 kaadriosakonna juhatajaks.

Tervishoiuorganisaatorina on J. Lubergil seljataga rohkem kui 20 aasta pikkune staaž. Kui tema tegevuse varasem ajajärk on seotud elanike meditsii-

nilise teenindamise parandamisega praktilises töös — muu hulgas pani ta Kallavere Haiglas aluse esimesele ja seni ainukesele meditsiinilis-sanitaariosakonnale Eesti NSV-s Maardu Keemiakombinaadi tööliste teenindamiseks —, siis viis viimast aastat on ta sama eesmärki taotlenud oskusliku kaadripoliitika kaudu. Tööl on olnud tulemusi. Kui tervishoiutöötajate kvalifikatsiooni parandamisele Eesti NSV-s nüüd kindel organisatsiooniline alus on pandud ja kui 14...15% arste end igal aastal täiendamas või spetsialiseerimas käib (see näitav on liiduvabariikide hulgas üks paremaid), siis on selles oma teened ka juubilaril.

J. Lubergil on häid organisaatorivõimeid, oma ülesannetesse suhtub ta kohusetruult, alluvatesse sõbralikult, kuid nõudlikult. Tal on julge, rõõmsameelne, sirgjooneline ja seltsiv iseloom.

1967. aastast kuulub juubilar NLKP ridadesse. Korduvalt on teda valitud rahvasaadikuks, korduvalt on talle Eesti NSV tervishoiuministri käskkirjaga hea töö eest tänu avaldatud. Talle on antud nii «Tervishoiu eesrindlase» kui ka «NSV Liidu tsiviilkaitse eesrindlase» rinnamärk, Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee aukirjad ning V. I. Lenini juubeli medal.

J. Luberg on Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi TTO probleemikomisjoni ja õpetatud nõukogu arstiteadusliku informatsiooni osakonna esimees ning Eesti NSV Tervishoiuorganisaatorite Teadusliku Seltsi juhatause liige.

Soovime juubilarile edaspidiseks palju õnne, head tervist ja seda, et tervishoiuasutustel oleks tulevikus veelgi parem kaader ning et tervishoiutöötajate erialane ja poliitiline silmaring järjest rohkem laieneks.

Kolleegid

SEADELDIS VASTSÜNDINUTE HÜPERBILIRUBINEEMIA FOTOTERAAPIAKS

GENNADI DORFMAN

Tallinn

UDK 615.47

Vastsündinute hüperbilirubineemia ravis on fototeraapia laialdast kasutamist leidnud (1, 2, 3, 4). Mitmed autorid on täheldanud vereseerumi bilirubiini-sisalduse märgatavat vähenemist pärast seerumi kiiritamist valge valgusega *in vitro*. Samasugust toimet on märgatud ka vastsündinute kiiritamisel kliinikus.

Autorite arvates hapendub bilirubiin valge valguse toimel fotokeemiliselt biliverdiiniks või bilirubiiniainevahetuse muudeks vaheproduktideks. Viimastel ei ole toksilisi omadusi ja neid eritab organism bilirubiiniga võrreldes tunduvalt kergemini.

Me oleme kasutanud vastsündinute hüperbilirubineemia fototeraapiat Tallinna Vabariikliku Haigla vastsündinute osakonnas umbes viis aastat. Algul kasutasime selleks päikesevalgust, viimase kolme aasta vältel aga meie koostatud seadeldise abi (vt. foto).

Seadeldise põhiosaks on kuvöös. Ülemise soojendi asemel kinnitasime kuvöös kohale elektriarmatuuri ВСЛ-4-4××20, mis koosneb lamedast metallkarkassist ja neljast luminescentslambist ЛДЦ või ЛБ, igäühe võimsus 20 W. Karkass lampidega on liikuvalt kinnitatud metallist teleskooptoendile ja teda võib liigutada nii vertikaal- kui ka horisontaaltasapinnas. Kaugus lampide ja selle madratsi vahel, millel laps lamab, on 30 cm. Kuvöösi soojendav süsteem ja elektriarmatuur töötavad teineteisest sõltumatult ja nad lülitatakse elektrivõrku eraldi.

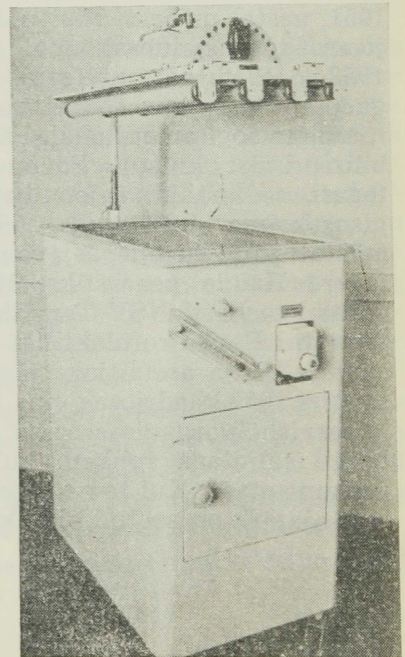
Seadeldise kasutamisel lülitatakse soojendus- ja valgustussüsteemid esmalt elektrivõrku. Kui temperatuur kuvöösis on 30 ... 33° C, asetatakse laps ilma riie-

teta kuvöösi (tähelepanu: kuvöösi õhku mitte soojendada üle 35° C, sest siis on oht lapse organismi ülesoojendamiseks!). Lapse silmad kaetakse kaitseprillidega. Et keha eri piirkonnad saaksid kiiritatud ühtlaselt, tuleb last fototeraapia-seansi vältel aeg-ajalt pöörata.

Vastsündinute erineva etioloogiaga hüperbilirubineemia fototeraapia kogemused on meil võimaldanud teha järgmisi järeldusi.

1. Vastsündinute hüperbilirubineemia fototeraapia tuleb kasutusele võtta juba ikteruse ilmumise esimestel tundidel.

2. Meetod on tõhus enneaegsete laste pikka aega püsinud ikteruse korral, samuti vastsündinute füsioloogilise, kuid



tugevasti väljendunud ikteruse ning traumaatilise ikteruse korral.

3. Meie andmetel on ravi tulemus luminesentslampidega ЛДЦ kiiritamisel tunduvalt parem kui lampidega ЛБ kiiritamisel.

4. Vastsündinute kiiritamise universaalset režiimi määrata ei ole võimalik, kuid me arvame, et pikaajaline vaheaegadeta kiiritamine ei tohi kesta alla 10...12 tunni ja mitte üle 24 tunni; järgnev vaheaeg peab olema neli kuni kuus tundi. Igal eri juhul valitakse fototeraapiarežiim individuaalselt ja selle tõhusust kontrollitakse lähtudes vere

bilirubiinisaldusest, mida mõõdetakse kaks korda ööpäevas.

5. Hüperbilirubineemia fototeraapia on vastsündinule kahjutu ja väga tõhus, mis paljudel juhtudel võimaldab vältida verevahetust ja tunduvalt vähendada korduvate vereülekannete arvu.

KIRJANDUS: 1. Cremer, R. T., Perryman, R. W., Richards, D. H. *Lancet*, 1958, 1, 1094—1097. — 2. Lucey, T., Ferriero, M., Hewitt, T. *Pediatrics*, 1968, 41, 1047—1054. — 3. Пунченко Н. А. *Вопр. охр. мат.*, 1966, 10, 49—54. — 4. Пунченко Н. А. *Вопр. охр. мат.*, 1972, 8, 33—36.

Tallinna Vabariiklik Haigla

Uusi ravimeid

IODONAAT (*Iodonatum*, Иодонат).

Iodonaat on joodipreparaat, milles jood on seotud naatriumalküülsulfaatidega.

Iodonaat on tumepruun, lõhnata, veega igas vahekorras segunev vedelik ja tugevate bakteritsiidsete omadustega preparaat. *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Proteus vulgaris*, *Bacillus pyocyaneus* hävivad 5 minuti jooksul lahjendatud iodonaadilahuses, milles on 0,0005% vaba joodi. Ta evib ka fungitsiidseid omadusi: 1%-line iodonaadilahus hävitab *Bacillus anthracoides*'e spoorid 30 minuti jooksul.

Iodonaadi 1%-list lahust kasutatakse alkohoolse joodilahuse asemel operatsioonide korral.

Operatsioonivälja määratakse 5...7 ml 1%-lise iodonaadilahusega kaks korda. Lahus valmistatakse ektemporaalselt 3%-lise iodonaadilahuse lahjendamisel steriilse või keedetud destilleeritud veega vahekorras 1:2.

Kui kasutada iodonaadilahust, ei ole operatsioonivälja alkoholiga enam vaja desinfitseerida. Enne nahaõmblusi töödeldakse haavade servi 1%-lise iodonaadilahusega.

Kõrvaltoimet täheldatud ei ole.

KONTRÜKAAL (*Contrycal*, *Trazylol*, *Tsalol*, Контрикал, Трасилол, Тзалол).

Antiferment — preparaat, mis pärsib kallikreini, trüpsiini, fibrinolüsiini, kumotrüpsiini aktiivsust ning aktiveeritud profibrinolüsiini (plasminogeeni) üleminekut fibrinolüsiiniks.

Kasutatakse ägeda pankreatiidi, pankrease nekroosi, kroonilise pankreatiidi ägenemise, fibrinolüütiliste verejooksude puhul jm.

Ravimi terapeutiline toime on seletatav antifibrinolytsete omadustega.

Tänapäeval ollakse seisukohal, et ägeda pankreatiidi korral muutub pankrease fermentide aktiivsus trüpsiini, kumotrüpsiini, lipaasi jt. osas.

Füsioloogiliselt on fermendid pankreases inaktiivses olekus ja aktiveeruvad sattumisel soolde. Häiritud ainevahetuse, samuti nakkuse või trauma tagajärjel tekkinud intoksikatsioonide korral võivad fermendid juba pankreases aktiveeruda ning põhjustada turseid, verevalumeid, kudede nekroosi jt. muutusi.

Ravimi toime tugevust märgitakse toimeühikutes. Eri maade tehased toodavad seda ravimit erinevate nimetuste all, kusjuures ka toimeühikud on valitud erinevad.

Nimetuse all *Contrycal* lastakse ravimit välja Saksa DV-s. Toime tugevust iseloomustatakse seal antitrüpsiini ühikutes (ATrE). Nimetust *Trazylol* kannab Saksa FV-s toodetud ravim.

Toime tugevust iseloomustatakse selle preparaadi puhul kallikreini inaktiveeriva ühikuga (KIE)

$$1 \text{ ATrE} = 3 \text{ KIE}$$

Kontrükaali ampull sisaldab 10 000 ATrE = 30 000 KIE, trasülooli ampull 25 000 KIE = 8333 ATrE.

Süstitakse aeglaselt või tilgutatakse veeni. Ravimiannused sõltuvad näidustustest.

Infundeeritav ravim on eelnevalt lahjendatud 5%-lises glükoosi- või isotoonilises naatriumkloriidilahuses.

Ravimit talutakse hästi. Korduval süstimisel võib areneda flebiit, vaid üksikjuhtudel on tekkinud allergiline reaktsioon.

Allergiale kalduvatele patsientidele manustamine nõuab ettevaatust.

Aino Jürison

ette) nimisõna (*lingvistikaprobleem, matemaatika* meetod, *sotsioloogia* menetlus, *arheoloogia* andmed). Esimene tarvitusviis järgib rohkem meie kokkupuute ulatuses olevaid indoeuroopa keeli (nagu vene, saksa, inglise keel), teist võiks loomuomasemaks pidada eesti kui läänemeresoome keelele. Seal, kus seda lihtsalt teha saab, olemegi rohkem hakanud viljelema meil produktiivset nimisõnade liitmist (või nimisõnaühendite moodustamist). Mõne *line*-tuletise puhul hakkab pealegi üks tähenduslik külg teist segama. Näiteks võib öelda küll *keemiline* protsess, aga mitte *keemiline* töötaja, kuna *tehniline* töötaja on täiesti läbi läinud. Nimetatud põhjustel eelistame keelendeid *etnograafiamuuseum*, *geograafiaselts*, *terminoloogiasõnastik* jne. Kõigele lisaks on need keelendid ka kompaktsemad. Kui siit tulla arstiteaduse valdkonda, siis peaks eelistama ka *meditsiiniinstituuti*, *psühhoneuroloogiahaiglat*, *onkoloogiakliinikut*, *stomatoloogiaosakonda* ja muidugi ka *geriaatriakliinikut*. Kuigi siinsete ridade kirjanija täiesti tunnistab rahvusvahelise sõnavara leviku paratamatust ja kindlasti vajalikkustki, võiksid meil siiski jälle suuremal hulgal hakata niihästi tegelikkuses kui ka (eriti!) tõlkekirjanduses tööle *naistehaiglad*, *närvahaiglad*, *haavakliinikud*, *hambapolikliinikud* jts. Rõõmustaval kombel kuuluksegi Tartus varsti valmis saavat *h a a v a k l i i n i k*.

Et omadussõnal *geriaatriline* on üheks tähendussisuks geriaatria alale kuuluv, s. t. geriaatria-alane, *günekoloogilisel* günekoloogia-alane, *stomatoloogilisel* stomatoloogia-alane jne., on meil võimalik rääkida *geriaatrilistest*, *günekoloogilistest*, *stomatoloogilistest* haigustest.

Seoses *haige*-sõnaga võib ehk tekkida mõningane kõhk. Ometi on selge, et mis tahes teadusala terminoloogia väljaarendamisel tuleb paljugi küsimusi otsustada kokkuleppe teel. Tähtis on

seejuures, et kokkulepe ei satuks vastuollu eesti õigekeelsuse seisukohtadega ja et käbele suunatavad terminid oleksid kooskõlas oskussõnadele esitatavate nõuetega (muu hulgas lühiduse, aga ka täpse, kindlalt fikseeritud sisu nõudega).

Kui me *haige*-sõna puhul *line*-liite võimalikkust ei tunnustaks, kuidas me siis ütleksime?

On selge, et vähemalt *geriaatria**haige*, *günekoloogia**haige*, *stomatoloogia**haige* pole vastuvõetavad (geriaatria*haige* tähendaks ju geriaatriasse haigestunut, günekoloogia*haige* — günekoloogiasse haigestunut jne.). Tõsi, alati saab ikka kuidagi öelda. Näit. mõningaid kaude ütlemise võimalusi on: naistehaiguste (ka günekoloogiliste haiguste) all kannatajad, günekoloogilist abi vajajad, naistehaiguste põdejad; hambaravile tulnud haiged, hambaravi vajavad patsiendid, hambahaiged; kirurgilisele ravile allutatavad haiged, vahel operatsioonihaiged, haavahaiged, kirurgiliselt ravitavad haiged. Need aga on rohkem terminite paralleelväljendid, mida saab eeskätt kasutada laiematele hulkadele määratud populaarteaduslikus esituses.

On ilmne, et *line*-liide annab ka *haige*-sõnaga ühenduses enamasti kõige selgepiirilisemaid termineid. Näit. kui geriaatrilise *haige* asemel tarvitada väljendit *kõrgealine haige*, jääb puudu sisulisest täpsusest. Geriaatriline *haige* pole sugugi lihtsalt kõrges eas *haige* või haigestunud *rauk* või *raugast haige*, vaid teatavaid raugaeale iseloomulikke, selles eas tekkivaid (geriaatrilisi) haigusi põdev isik (kes on enamasti küll kõrges eas).

Järelikult: ei ole õigekeelsuslikku tõket väljendeile *geriaatriline haige*, *günekoloogiline haige*, *stomatoloogiline haige*, *kirurgiline haige*.

Ajakirja «Keel ja Kirjandus»
toimetus

Kroonika

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega 15. juunist 1973. a. anti Eesti NSV teenelise arsti aunimetus järgmistele meditsiinitöötajatele:

Ilmoja, Vello Aleksandri p. — Tallinna Pelgulinna Haigla peaarst

Kalda, Hillar Kaarli p. — Võru Rajooni Keskhaigla peaarst

Päi, Leo Tõnise p. — Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateedri juhataja, professor

Raaga, Harri Juhani p. — Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla peaarsti asetäitja ravi alal

Saarma, Jüri Martini p. — Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna psühhiaatria- ja kohtumeditsiinkateedri professor

Soots, Laste Johannese t. — Taheva Vabariikliku Laste Kopsutuberkuloosi Sanatooriumi peaarst

Zahharov, Ivan Ivani p. — Pärnu Linna Haigla onkoloogiaosakonna juhataja

Vahter, Herman Timofei p. — Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateedri juhataja, professor.

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi au-tasustas aukirjaga:

Arro, Aino Johannese t. — Tartu Linna Arstliku Kehakultuuri Dispanseri peaarst

Kann, Virve Aleksei t. — Rakvere rajooni Väike-Maarja Jaoskonnahaigla arst

Lippus, Heldur Alfredi p. — Rapla rajooni Varbola velskripunkti juhataja

Männik, Haela Johannese t. — Tallinna Tõnismäe Haigla füsioteraapiakabineti vanemõde

Palts, Magda Mardi t. — Kingissepa Rajooni Keskhaigla stomatoloogiaosakonna juhataja

Pedak, Salme Antoni t. — Tallinna apteeği nr. 1 juhataja

Salzman, Samuel Moissei p. — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi pearadioloog

Zamiro, Grigori Mihhaili p. — Narva Linna Haigla hambaarst

Tõnnemaa, Laine Jaani t. — Haapsalu rajooni Risti Jaoskonnahaigla füsioteraapiakabineti meditsiniõde

Õunap, Ethel Augusti t. — Viljandi rajooni Kõpu Jaoskonnahaigla patronaaziõde.

NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium autasustas rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane» järgmisi Eesti NSV tervishoiutöötajaid:

Böstrova, Tamara Ivani t. — Narva Stomatoloogia Polikliiniku vanemõde

Einäs, Ingrid Aleksandri t. — Vabariikliku Tuberkuloosidispanseri ftisiaater

Ertis, Heinrich Eduardi p. — Viljandi Rajooni Kohtumeditsiini Ekspertiiskabineti juhataja

Heinmaa, Helgi Avo t. — Tallinna Linna III Lastepolikliniku pediaater

Himanen, Jekaterina Paveli t. — Eesti NSV Sotsiaalkindlustuse Ministeeriumi Võisiku Invaliididekodu õde

Jannus, Lii Eduardi t. — Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi pulmonoloogiaosakonna juhataja

Jõks, Silver-Lello Rudolfi p. — Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi viroloogiaosa-konna juhataja

Kariis, Rein Valter-Erichi p. — Haapsalu Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja

Kase, Eino Georgi p. — Vabariikliku Tuberkuloosidispanseri peaarst

Kessler, Irina Dmitri t. — Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama bakterio-loom

Kivilo, Maano Otto p. — Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri operatsiooni-bloki juhataja

Kona, Vladimir Nikolai p. — Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla vanemordinaator

Konovalova, Lidia Pjotri t. — Eesti NSV Siseministeeriumi Vabariikliku Haigla kirurgiaosakonna ordinaator

Koort, Maimu Rudolfi t. — Tartu Linna Polikliiniku teraapiaosakonna juhataja

Kornilina, Tatjana Jefimi t. — Narva Linna Haigla ortopeediaosakonna vanemõde

Kõressar, Elvi Juliuse t. — Viljandi rajooni Uusna velskripunkti juhataja

Lahtmäe, Ivi Arnoldi t. — Tallinna Pelgulinna Haigla vanemõde

Laks, Viivi Richardi t. — Valga Linna Lastekodu juhataja

Lazareva, Helgi Roberti t. — Võru Rajooni Keskhaigla pediaater

Leesi, Selma Mihkli t. — Kingissepa Rajooni Keskhaigla dieetõde

Liivak, Eha Ilmari t. — Jõgeva rajooni Järve maa-ambulatooriumi velsker-ämma-emand

Lindsalu, Marju Ahto t. — Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla vanemõde

Mitt, Kaljo Ristjani p. — Pärnu Linna Haigla lasteosakonna juhataja

Nigol, Aino Aleksandri t. — Põlva Rajooni Keskhaigla stomatoloog

Nurme, Hilja Johannese t. — Rapla Rajooni Keskhaigla füsioteraapiakabineti õde

Pajuste, Silvia Rudolfi t. — Vabariikliku Struumatõrje Dispanseri Polikliiniku vanemõde

Palumaa, Helmi Antoni t. — Tallinna Merimetsa Haigla osakonna-vanemõde

Pavlova, Valentina Vladimiri t. — Eesti NSV Sotsiaalkindlustuse Ministeeriumi Tartu Linna I ATEK-i juhataja

Poots, Aita-Helgi Eduardi t. — Tallinna Tõnismäe Haigla arst

Puhalskaja, Jevgenia Konstantini t. — Eesti NSV Sotsiaalkindlustuse Ministeeriumi Tallinna Keskrajooni ATEK-i juhataja

Raamat, Alfred Eduardi p. — Tallinna Meditsiinikooli direktor

Rozenšild, Rimma Fjodori t. — Eesti NSV Siseministeeriumi Vabariikliku Haigla kirurgiaosakonna juhataja

Rõuk, Lia Jaani t. — Tallinna Vabariikliku IV Haigla kirurgiaosakonna vanemõde

Saukas, Emmi Johannese t. — Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla dieetõde

Sirkis, Polina Grigori t. — Narva Tuberkuloosidisperseri jaoskonnafitsiaater

Sova, Laine Jevgeni t. — Jõgeva Rajooni Keskhaigla vanemõde

Suhtin, Konstantin Nikolai p. — Võru Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama sanitaararsti abi

Zagrjadskaja, Irina Matvei t. — Kohtla-Järve Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama bakterioloogilaboratooriumi juhataja

Tammiste, Astrid Alberti t. — Pärnu Linna Haigla pediaater

Tooma, Helle Oskari t. — Harju rajooni Keila haigla sisehaiguste osakonna vanemõde

Vaabel, Evi Aleksandri t. — Viljandi Rajooni Keskhaigla silmaarst

Värk, Maret Eduardi t. — Tartu Vabariikliku Kliinilise Psühhoneuroloogia Haigla ordinaator

Õigus, Heldur Oskari p. — Vabariikliku Tuberkuloosidisperseri ftisiaater

Õun, Maie Jüri t. — Kingissepa Rajooni Keskhaigla Polikliiniku juhataja

Autasud anti üle meditsiinitöötajate päeva puhul 15. juunil Tallinnas korraldatud piduliklul koosolekul. Paljusid meditsiinitöötajaid autasustati EKP Tallinna Linnakomitee ja Tallinna TSN Täitevkomitee, Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu, Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee aukirjadega. Eesti NSV tervishoiuministri käskkirjaga avaldati tänu meditsiinilisel teenindamisel silmapaistnud meditsiinitöötajatele.

*

NSV Liidu Kõrgema ja Keskerihariduse Ministeeriumi Kõrgema Atestatsioonikomisjoni Presiidiumi otsuse põhjal 21. märtsist 1973. a. kinnitati dotsendi teaduslik kutse Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna õppejõule arstiteaduse kandidaat Uudo Augusti p. Reinole kirurgia erialal.

Irene Maarooš

3...17. juulini 1973. aastal kontrollis sanitaarset olukorda vabariigis NSV Liidu Rahvakontrolli Komitee viieliikmeline brigaad. Avastatud puudusi arutati 20. juulil k.a. sanitaar- ja epidemioloogiajaamade pea-

arstide nõupidamisel Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumis.

Nagu vabariigi peasanitaararst, tervishoiu- ministri asetäitja O. Tamm märkis, kontrollis brigaad peamiselt toiduainetekauplusi, sööklaid, kohvikuid, restorane, Eesti NSV Toiduainetetööstuse Ministeeriumi ning Eesti NSV Liha- ja Piimatööstuse Ministeeriumi ettevõtteid ja Eesti NSV Põllumajanduse Ministeeriumi piimafarme. Avastatud puuduste hulgas oli ka mõningaid üsna elementaarsete sanitaarõuete vastu patustamisi. Esmajoones vastutavad nende eest asjaomased ministeeriumid ja keskasutused, kuid ühtlasi heidavad need varju ka sanitaar- ja veterinaarteenistusele. Tuleb ikka veel ette, et puhtusest jääb vajaka, et kauplusi ja sööklaid ei remondita õigel ajal, et rikutakse toiduainete hoidmise ja transportimise eeskirju. Palju puudusi leiti Võsu restoranis «Neptun»; Tallinna «Pärli» kohvikus oli ventilatsioon rikkis; Kohtla-Järve restoranis avastati, et kõik on haige. Ettevõtete ehitamisel veevarustuse, kanalisatsiooni ja ventilatsiooni rajamine ei pea sammu üldise ehitustempoga. Sanitaarolukord piimafarmides jätab palju soovida.

Brigaadi arvates ei ole Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium koos allasutustega sanitaarsete puuduste kõrvaldamisel küllaldast nõudlikkust ilmutanud ning neist on liiga vähe informeeritud partei- ja nõukogude organeid.

Seda etteheidet kommenteerides meenutas peasanitaararst, et poolteise aasta jooksul on vabariiklike tervishoiuasutuste töötajatele sanitaarse olukorra parandamiseks ja kontrollimiseks antud 600 komanderingut. Lähetuste arv on soliidne, saavutused aga kesised. Numbrid näitavad, et tööd tehakse, tulemused — et pinnapealselt. Aktides registreeritakse kiretult ikka neidsamu fakte, puudusi n.-ö. fotografeeritakse, kuid nende väljajuurimiseks ei jätku ei hoogu, otsustavust ega järjekindlust. Sanitaarteenistuse töötajate nõudlikkus on väike, liiga kergesti lepitakse majandusmeeste hädaldamisega, liiga kergekäeliselt kirjutatakse riknenud toidukaupu maha süüdlasi karistamata. Tervishoiu Ministeeriumi ja allasutuste süü on eeskätt selles, et ei ole küllaldaselt koordineeritud ega kontrollitud ametkondliku sanitaarteenistuse tööd ja et puudustest selles sfääris ei ole teatatud kõrgemalseisvaile organeile.

Kriitika osaliseks sai ka sanitaarharidustöö. Näitlikku agitatsiooni ei näinud brigaad oma kontrollretkl kuskil. Vähe ja formaalselt tegeldakse sanitaarmiinimumi kursustega.

Olukorra parandamiseks tegi peasanitaararst sanitaar- ja epidemioloogiajaamade peaarstidele alljärgnevat korraldused.

Juuli- ja augustikuu jooksul selgitada kõik põhilised puudused jaama tegevuspiirkonnas. 1. septembriks teatada neist Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Sanitaar-Epidemioloogia Valitsusele. Seal töötatakse andmed läbi, üldistatakse ja antakse edasi vabariigi direktiivorganeile.

Kontrollaktides tuleb vältida juba harjumuseks saanud üld- ja liigsõnalisust. Aktid olgu sisult konkreetseid. Alati peavad neis olema märgitud ka tähtaeg või tähtajad, mis on antud puuduste kõrvaldamiseks. Hiljem tuleb plaanipäraselt kontrollida, kas tähtaegadest on kinni peetud.

Igal kontrollkäigul võtta kontrollitavatel objektidel sanitaar-bakterioloogilised proovid. Nakkuskoldele minekul võtta proovid alati otsekohe, mitte hiljem või koguni järgmisel päeval.

Karistamisega ei tohi liialdada. Kuid seal, kus eksimused hoiatustest hoolimata korduvad, tuleb trahvida kindlakäeliselt. Trahvimisest, sööklate, ettevõtete, pioneerilaagrite ja muude objektide sulgemisest informeerida kirjalikult ka asjaomast ministeeriumi ning ärakirjad saata kohalikule täitevkomiteele, parteikomiteele ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumile.

Vähemalt kord kuus peaksid sanitaar- ja epidemioloogiajaamade peaarstid sõna võtna ajakirjanduses, raadios või televisioonis ja avalikult teatavaks tegema sanitaareeskirjadest üleastumise juhud. Sanitaarmiinimumi kursused tuleb muuta tõsiselt võetavaks ettevõtmiseks. Asutuste ja ettevõtete juhtivatelt töötajatelt koos ühiskondlike organisatsioonidega nõuda, et nad töötajate kasvatustööd sanitaarmiinimumi täitmise eesmärgil tõhusaksid.

Igast võimalikust grupilisest haigestumisest tuleb otsekohe teatada Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumile; süüdlased põhjendatud juhtudel vastutusele võtmiseks esitada prokuratuurile.

Koosolekul võtsid sõna arstiteaduse doktor R. Silla, I. Masik, H. Pihl, A. Kuusik, T. Faizulina, H. Kreek, L. Laurits, A. Tõlp, E. Tamm, V. Tšinjaeva, E. Striž ja M. Aasa, kes töid esile puudusi sanitaaralases töös ja tegid ettepanekuid olukorra parandamiseks.

Märt Kink

TRÜ Arstiteaduskonna pediaatriakateedri ja Tartu Pediaatrite Seltsi korraldusel toimus 15. kuni 17. maini 1973. a. pediaatrite seminar laste vältimatus abis. Kolme päeva jooksul kuulati 18 ettekannet.

Avaettekandes andis vabariigi peapediaater I. Pilv ülevaate laste vältimatu abi organisatsioonist Eesti NSV-s. Reanimatoloogilist abi ja eluohtlikus seisundis laste transportimist käsitles vabariigi peanestesioloog B. Lehepuu. Külalisesineja Riia Vabariiklikust Kliinilisest Lastehaiglast P. Roomere valgustas eluohtlikus seisundis haigete laboratoorsete uuringute vajadust. Esimese päeva teisel istungil kuulati ettekandeid vältimatust abist kopsuõdeemi (A. Vares) ja paroksüsmaalse tahhükardia puhul (A. Paves) ning anafülaktilise šoki ärahoidmisest (M. Orn).

Teisel päeval räägiti laste ravist ägeda kardiovaskulaarse puudulikkuse (M. Mar-

tinson), suhkurtõve (Z. Petuhhova) ja hemorraagilise vaskuliidi korral (E. Kohandi). Kaks ettekannet — respiratoorsest puudulikkusest ja hepariinravi näidustustest hemorraagilise sündroomiga haigetel — esitas TRÜ Arstiteaduskonna pediaatriakateedri juhataja dotsent L. Keres. Pediaatrite ja kirurgide koostööst rääkis dotsent U. Reinon ning laste reanimatoloogiast H. Lippart.

Kolmanda päeva ettekanded käsitlesid ravi entsefaliitiliste reaktsioonide (A. Paves), dehüdratatsiooni (M. Arro), infektsioosse šoki (vabariigi peainfektsoonist M. Martson) ja eksotoksikooside puhul (E. Ratnik).

Seminari ettekannetes toodi uemaid andmeid ja anti soovitusi eluohtlike seisundite raviks lastel.

Aino Paves

12. aprillil 1973 oli Tartu tervishoiutöötajate majas linna tervishoiuasutuste kommunistliku töö eesrindlaste teine kokkutulek. Saalitäis rahvast kuulas suure huviga TRÜ teadusliku kommunismi kateedri juhataja dotsent K. Kogeri väga sisukat ettekannet teemal «Kuidas õppida ja õpetada töötama kommunistlikult?» Ta rõhutas, et tervishoiutöötajad peavad õppima ja oma kvalifikatsiooni tõstma pidevalt kuni töötamise lõpuni. Iga seisak tähendab tagasiminekut.

Tervishoiutöötajate Ametiühingu Tartu Linnakomitee presiidiumi liige G. Arro andis ülevaate kommunistliku töö liikumisest tervishoiutöötajate hulgas. Kommunistliku töö eesrindlase nimetuse on kätte võitnud 430 inimest, seda taotlevad 450. Paremate asutuste hulka kuuluvad lastehaigla, stomatoloogiapolikliinik ja tuberkuloosidispensar. Oma kogemusi kommunistliku töö liikumise korraldamisel tutvustas lastehaigla ametiühingukomitee liige E. Rytel.

Rohkem kui kolmekümnele tervishoiu- ja apteegitöötajale anti kokkutulekul kätte kommunistliku töö eesrindlase tunnistus ja rinnamärk.

Tartu uue, Ülejõe linnaosa rahvale oli 27. aprill 1973. a. rõõmus päev. Anne teeninduskompleksi avati pidulikult uus apteek. Lindi lõikas läbi linna täitevkomitee esimehe asetäitja L. Karu. Vastse apteegi kollektiivi tervitasid Apteekide Peavalitsuse Tartu osakonna juhataja R. Vassil, linna tervishoiuosakonna juhataja M. Sikk, linnanõukogu alalise tervishoiu- ja sotsiaalkindlustuskomisjoni esimees O. Toots ning kolleegid teistest apteekidest.

Uus apteek ei ole küll suur, kuid nägus ja hästi sisustatud. Anne apteek on Tartu moodsaim. Ta jääb ka TRÜ Arstiteaduskonna farmaatsiaosakonna üliõpilaste õppebaasiks.

Heino Jaani

Х. И. Яльвисте, В. Э. Мейпалу — Лечение прогестинами при гинекологических кровотечениях (стр. 387)

В статье рассматриваются вопросы лечения больных с дисфункциональными маточными кровотечениями высокоактивными синтетическими пероральными прогестинами. В Тартуском клиническом роддоме с осени 1969 года применяется лечение инфекундином (в течение 10 дней по 1—2 таблетке в день) независимо от пробного выскабливания, которое произведено только у 20 из 50 больных. 30 женщин лечились инфекундином без предварительного выскабливания. Чаще всего гормональный гемостаз наступал у обеих контингентов на 2—3 день после начала применения инфекундина. После прекращения курса лечения, продолжавшегося 10 дней, появлялось менструальноподобное кровотечение на 2—3 день, которое считали началом менструального цикла. Циклическое лечение (амбулаторное) назначали с 5-го дня начала кровотечения и продолжали в течение 21 дня с перерывом на 7 дней в течение 3 циклов. Авторы считают, что наступивший гемостаз показывает, что кровотечение поддается лечению и вполне оправданно продолжать лечение в этом направлении. Отрицательный гемостаз показывает, что главная причина кровотечения — негормонального происхождения и поэтому необходимо проведение дальнейших исследований.

Л. А. Колесникова — Метод сочетанного применения висцеральной (маточной) флебографии и газовой гинекографии в диагностике опухолей гениталий (стр. 390)

Представлены результаты обследования 60 больных с опухолями гениталий, где обычные клинические методы не устанавливали диагноза. Ко всем больным применялась методика висцеральной (маточной) флебографии, к 25 из них — метод сочетанного применения висцеральной флебографии и газовой гинекографии. У 38 больных данные обследования верифицированы оперативным путем, у остальных — динамическим клиническим наблюдением. Описаны основные флебографические признаки при опухолях матки и придатков.

Анализ данных показал, что метод сочетанного (одновременного) применения 2-х методик является более полноценным в трудных

случаях диагностики и сокращает срок установления точного диагноза до 1—2-х дней.

Л. Я. Валмет — Диагностика генитального туберкулеза у женщин (стр. 392)

В статье приводятся клинические данные обследования 91 больной генитальным туберкулезом. Диагноз генитального туберкулеза подтвердили биологической пробой у 47 больных (в том числе обнаружили у 6 больных рост микробактерий на посевах), у 21 женщины определяли туберкулезный процесс гистологически из биопсии, взятой при операции, у 17 больных из материала, полученного при пробном выскабливании, у 3 человек из биопсии, взятой из шейки матки. У 3 больных поставили диагноз на основании типичных изменений на гистеросальпингограмме. Всего нашли типичные туберкулезные изменения на гистеросальпингограммах у 47 человек.

В. О. Эрилас, Э. В. Йыэсте — Рак шейки матки и беременность (стр. 395)

Рак шейки матки у беременных возникает довольно редко. В статье анализируется 4 случая рака шейки матки в сочетании с беременностью, имевших место в городе Таллине в течение 11 лет. Диагностика рака шейки матки во время беременности сложна и в большинстве случаев запаздывает. Необходимо раннее выявление и лечение преинвазивных шейки матки, расширение показаний к кольпоскопии и кольпоцитологии при обследовании гинекологических больных и беременных. Следует проводить раннее, комбинированное лечение рака шейки матки во время беременности. После аборта или родов необходимо прекратить лактацию.

М. П. Лайдна, Э. А. Аллик — Реакция бактериальной агглютинации и бактериурия у беременных (стр. 399)

Обследовано 60 беременных женщин, у которых во время беременности была обнаружена значительная бактериурия.

У 45 беременных выявили бессимптомную бактериурию и у 15 — симптомную бактериурию. Бактериальную агглютинацию определили в отношении высеваемых из мочи возбудителей инфекции. Был установлен титр антител 1 : 320 и выше с одинаковой частотой в обеих группах беременных.

Результаты обследования указывают на наличие временного инфицирования почечной паренхимы у части обследованных беременных.

Целесообразно проводить исследование мочи всех беременных на бактериурию. При наличии бактериурии беременные должны быть диспансеризованы для более точного обследования и лечения.

Р. А. Водья, В. М. Эстер, Я. А. Ребане — Вирусные инфекции в родильном отделении (стр. 402)

Изучены случаи вирусных инфекций среди новорожденных и матерей в родильном отделении Пярнуской городской больницы.

В сентябре 1971 года заболело несколько матерей, а затем, в течение одной недели, 10 новорожденных из 32. У матерей, а также и у детей наблюдалось как единственный признак болезни повышение температуры до 39° от одного до трех дней. Из 6 вирусологически обследованных детей у 4 выделился вирус ЕСНО-19 из носоглоточной слизи и фекалий.

В январе 1973 года, во время эпидемии гриппа А₂ в городе Пярну наблюдалось 4 случая мертворожденности; один ребенок умер через 3 дня после рождения. При вскрытии у всех умерших обнаружены массивные кровоизлияния почти во все внутренние органы. Незадолго до родов их матери болели гриппом, причем у одной роженицы, заболевшей гриппом в родильном доме, было обнаружено значительное повышение титра сывороточных антител к вирусу гриппа А₂. Кроме того, спустя 2 месяца после эпидемии родились мертвыми еще 2 ребенка, матери которых болели гриппом во время вспышки в январе. Причиной смерти плода являлись массивные инфаркты плаценты.

Следует уделять больше внимания предупреждению любой вирусной инфекции у беременных и решить вопрос о специфической профилактике гриппа у них.

М. И. Нийт — О состоянии питания грудных детей в детских учреждениях (стр. 404)

С целью выяснения наличия ошибок при вскармливании грудных детей в детских учреждениях были проанализированы пищевые рационы для 86 здоровых детей. Все эти дети были нормотрофиками и находились на искусственном вскармливании. У 24% из них был обнаружен недостаток белков, но у 23% излишек жиров и у 43% излишек углеводов. Кроме того, слишком высокими по сравнению с физиологическими потребностями грудных детей оказалось количество витаминов В₁, В₂, РР и С, даваемых им ежедневно в виде поливитаминных порошков. Дрожжевую пасту не употребляли.

Из сказанного выше следует, что необходимо повышать удельный вес белков и уменьшать удельный вес жиров и углеводов. Это возможно осуществлять лишь тогда, когда учитывается количество пищи, которое дети фактически съедают.

Ю. П. Ксенофонов, О. У. Юсупов, Е.-Р. И. Кырда, А. Е. Пыллусте — К вопросу о типах иммунологической реактивности человека (стр. 406)

Изучалась взаимосвязь между распределением антигенов крови и иммунологическими показателями. У здоровых молодых людей изучались группы крови систем АВ0, MN, гаптоглобины сыворотки крови и бактерицидная активность сыворотки крови по методу Domingue и Neter. Бактерицидная активность сыворотки крови у всех обследованных оказалась неизменной. В последующем у здоровых молодых людей изучались те же группы крови и протеннограммы сыворотки крови до и после профилактических прививок. Выделены типы протеннограмм, зависящих от распределения антигенов крови.

С. Ш. Уманский — Возрастная характеристика и нормы некоторых показателей иммунологической реактивности организма у практически здоровых женщин (стр. 409)

У 100 практически здоровых женщин изучались нормы титра комплемента и лизоцима сыворотки крови, глубокая аутофлора и индекс бактерицидной активности кожи (БИ).

Было установлено, что нормы титра лизоцима сыворотки крови, глубокой аутофлоры и БИ практически не отличаются от таких же показателей, обнаруженных у мужчин. Титр комплемента сыворотки крови оказался у женщин до 40 лет достоверно более высоким, чем у мужчин.

Во время менструаций, а также при 3—4 степенях чистоты влагалища титр комплемента и лизоцима сыворотки крови практически не изменялись, тогда как глубокая аутофлора кожи и БИ существенно ухудшались. Автор рекомендует широкое применение указанных двух последних тестов в акушерско-гинекологической практике.

Э. К. Сауэмяги — Юношеский кифоз — болезнь Шейермана (стр. 411)

Болезнь Шейермана — довольно часто встречающееся травматическое повреждение позвоночника. Течение болезни может быть латентным начиная с раннего детства и может вызывать юношеский кифоз в конце второй стадии роста.

При болезни Шейермана нередко отмечались дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника после 30—40 лет жизни.

Учитывая анатомическое строение позвоночника, а также то, что болезнь Шейермана значительно чаще встречается у спортсменов, — можно считать первопричиной этого заболевания разрыв передней продольной связки и анофиз тела позвонка, которые могут возникнуть в раннем детстве, когда происходит сильное дорзальное прогибание позвоночника, превы-

шающее пределы физиологической подвижности позвоночника.

Для предупреждения болезни Шейермана необходимо самое внимательное и бережное отношение к позвоночнику детей и подростков. Особенно это надо учитывать в физическом воспитании школьников и детей дошкольного возраста и исключить из программы занятий элементы акробатики.

При физическом воспитании детей важно соблюдать все правила гигиены, чтобы избежать повреждения опорного аппарата детей.

Р. Р. Биркенфельдт — О распространенности и клинических формах ревматизма в гор. Кингисепе (стр. 415)

В гор. Кингисепе Эстонской ССР (на острове Саарема) обследовано поголовно на дому 5351 человек (взрослые и дети), что составляет 92,55% всех жителей одного микрорайона. Достоверный ревматизм был обнаружен у $1,98 \pm 0,19\%$ и вероятный ревматизм у $0,32 \pm 0,08\%$. Распространенность ревматизма среди женщин в 1,5 раза выше, чем у мужчин. Ревматизм был в активной фазе у 12,3% больных. Пороки сердца имели 52,8% больных.

А.-В. Н. Микельсаар — Действие различных медикаментов и медицинских процедур на эмбрионы и на новорожденных (стр. 417)

В статье приведен обзор данных о действии разных медикаментов и медицинских процедур на эмбрионы, плоды и на новорожденных.

Л. П. Нурманд — О причинах распространения венерических заболеваний (стр. 422)

В статье дается обзор новейшей литературы о причинах роста заболеваемости венерическими болезнями и указываются пути улучшения борьбы с ними.

Э. К. Кама, Х. П. Пуллисаар — Борьба с туберкулезом в Эстонской ССР (стр. 425)

Планомерная государственная противотуберкулезная работа началась в Эстонии с восстановлением Советской власти.

Рост противотуберкулезной и общемедицинской сети, претворение в жизнь широких мероприятий по профилактике и по раннему выявлению туберкулеза, применение современных лечебно-диагностических методов, а также улучшение культурного и материального уровня жизни населения создали благоприятные условия для успешной борьбы с туберкулезом.

В республике отмечается неуклонное снижение заболеваемости населения туберкулезом начиная с 1954 года. По сравнению с 1953 годом заболеваемость туберкулезом в настоящее время снизилась в среднем в восемь раз. За последние десять лет заболеваемость снизилась на 69,1%, при этом среди детей и подростков на 90,7%.

Для усовершенствования противотуберкулезной работы и в целях раннего выявления туберкулеза введена в республике пожизненная диспансеризация рентгенопозитивных лиц и предусмотрены мероприятия для усиления совместной противотуберкулезной работы туберкулезных и общемедицинских учреждений.

Особое внимание обращается на лечение больных, страдающих хроническими бациллярными формами легочного туберкулеза, в специально созданных для этой цели базовых стационарах.

С 1973 года на основе соответствующего правительственного законодательства введено принудительное лечение туберкулезных больных, отклоняющихся от лечения и злоупотребляющих алкогольными напитками.

М. А. Тёлп, А. Я. Лепик — Организация лечения пародонтопатии в стоматологической поликлинике города Тарту (стр. 428)

В. Л. Каселайд, Ю. А. Куракса — Редкий случай врожденного порока развития — сиреномелия (стр. 430)

Приводится редкий случай врожденного порока развития — сиреномелия. Мать — 22 лет, беременность 1, роды в срок доношенным ребенком, который жил 18 часов. У новорожденного наблюдался порок развития — конусообразное сращение ног, отсутствие половых органов и мочевого пузыря; почки в стадии эмбрионального развития, недоразвитые мочеточники входят в клоаку. Мать переболела в первые недели беременности гриппом. Можно предположить, что он и вызвал эмбриопатию.

Э.-М. Э. Каск — Случай наследственной хондродистрофии (стр. 431)

Хондродистрофия — нарушение нормально-го процесса окостенения хрящей в период внутриутробного развития плода. По всей вероятности, имеем дело с аберрацией 13—15-ой или 16—18-ой парой хромосом, в связи с чем возможна передача заболевания наследственным путем.

Описывается беременная 21 года, рожденная из двойни от родителей с нормальным телосложением. Сестра из двойни нормального телосложения.

Пациентка родила с помощью Кесарева сечения, абсолютным показанием к которому был узкий таз, живого мальчика весом 2650 г, ростом 42 см, с типичными для хондродистрофии короткими конечностями, ограниченной подвижностью в локтевых суставах.

А. А. Пюви — Случай арренобластомы в Таллинской республиканской больнице (стр. 432)

Описывается случай арренобластомы у больной, которая поступила в больницу с фантом-

ной беременностью на четвертом месяце. У больной имело место расстройство менструального цикла в течение 15 лет. В больнице был поставлен диагноз опухоли яичника, и больной сделали операцию — удалили опухоль яичника. Патогистологическое обследование подтвердило диагноз арренобластомы. После операции менструальный цикл восстановился.

А. М. Рулли, Э. Ю. Пюттсеп — **Хилоторакс, вызванный лимфангиомой диафрагмы** (стр. 434)

О лимфангиомах, которые локализуются на куполе диафрагмы, и вызванном ими хилотораксе в известной литературе данных нет.

Описывается казуистический случай лимфангиомы в центре купола диафрагмы у 38-летней женщины, которая лечилась в Тартуском противотуберкулезном диспансере и в Республиканской клинической больнице.

Н. В. Эльштейн — **Об общих причинах недостатков и ошибок диагностики внутренних болезней** (стр. 435)

В статье дается обзор частоты недостатков и ошибок диагностики внутренних болезней по данным советской и зарубежной литературы. Анализируется характер и причины диагностических дефектов на основе принятых терапевтами в поликлиниках 2251 больного и 2390 историй болезни стационарных больных. Автор подчеркивает значимость правильно собранного анамнеза, методически четкого физикального обследования и продуманного использования лабораторно-инструментальных методов. Особое внимание уделяется влиянию на качество диагностики специализации, учащающемуся в связи с постарением населения сочетанию болезней, развитию у врачей логического мышления, воспитанию критического отношения к собственным диагностическим возможностям и способностям.

Х. Д. Лыйв — **Эпидемиология в лечебных учреждениях** (стр. 441)

У. Т. Нигесен — **Рабочий день школьной медсестры** (стр. 445)

В статье рассматриваются вопросы работы школьной медсестры и подготовки школ к новому учебному году, а также даются рекомендации по улучшению работы школьной медсестры.

А. А. Талихярм — **Ранняя диагностика и первая помощь при инсульте** (стр. 448)

В клинической практике встречаются следующие острые заболевания мозгового кровообращения: 1) кровозлияние в мозг, 2) субарахноидальное кровоизлияние, 3) инфаркт мозга (тромбоз или эмболия), 4) нарушения мозгового кровообращения преходящего характера.

Своевременная диагностика и рациональная первая помощь при инсульте являются важными факторами, позволяющими во многих случаях спасти жизнь больному и восстановить функцию центральной нервной системы.

Подготовка кадров (стр. 450)

И. Т. Таппо — **Никотинизм и врач** (стр. 453)

Ш. А. Гулордава — **Фр. Р. Крейцвальд и хирургия** (стр. 457)

Н. А. Вихм — **VIII республиканская конференция стоматологов и зубных врачей** (стр. 459)

М. К. Сикк — **Юбилейная конференция Тартуского противотуберкулезного диспансера** (стр. 460)

И. А. Калитс — **VI республиканская конференция эндокринологов Белорусской ССР** (стр. 460)

А. А. Хаавель — **Научная конференция районных центральных больниц Тальси и Кингиссепы** (стр. 461)

У. Ф. Сибуль — **Деятельность Таллинского научного общества хирургов в годах 1946—1972** (стр. 461)

Таллинское хирургическое научное общество создано в 1946 году и в настоящее время объединяет более 60 хирургов города Таллин, а также нескольких хирургов из разных районов северно-западной Эстонии. Научное общество имеет тесные связи с другими научными обществами города Таллин, а также и других городов (Москва, Ленинград, Рига, Киев). Вся деятельность общества направлена на повышение квалификации хирургов, ознакомление и внедрение в практику здравоохранения новейших достижений медицинской науки, на воспитание мировоззрения врачей. За последние годы значительно активизировался научная деятельность хирургов г. Таллин. Членами общества за два последних лет выполнено более десяти диссертационных работ.

Юбилейные даты (стр. 465)

Г. А. Дорфман — **Установка для фотохимиотерапии гипербилирубинемии новорожденных** (стр. 468)

В статье дается описание установки для лечения гипербилирубинемии новорожденных различной этиологии фотохимическим методом. Излагаются показания и условия применения указанного метода, его эффективность.

Новые лекарственные препараты (стр. 469)

Вопросы эстонского языка в медицине (стр. 470)

Хроника (стр. 472)

[Soviet Estonian Health]

Medical Journal of the

Ministry of Health of the Estonian S.S.R.

No. 5

September

October

1973

H. Jalviste, V. Meipalu — The Progestogen Treatment of Functional Uterine Bleeding (p. 387)

The use of oral progestogens represents an important breakthrough in conservative gynaecological therapy. At the Tartu University Clinic of Obstetrics and Gynaecology the progestogen therapy with Infecundin was carried out in 50 patients in the management of functional uterine bleedings accompanied by recurrent endometrial hyperplasia. Control curettage was performed in 20 cases. In 30 patients progestogen therapy was employed without control curettage. The patients were given 1–2 tablets of Infecundin a day for a period of 10 days. As a result, the bleeding was usually arrested within 3 days. An interruption of the treatment was followed in 2–3 days by withdrawal bleeding after which, on the 5th day, a preventive treatment in 3 cycles was given. The uterine bleeding was stopped in 94 per cent of cases, but recurrence of subsequent uterine bleeding was observed in 8 per cent of cases over a two-year period.

L. Kolesnikova — Combined Use of Visceral Phlebography and Gas Gynaecography in Diagnosis of Genital Tumours (p. 390)

Clinical data of 60 patients suffering from genital tumours, which are difficult to diagnose by conventional methods, are presented. Visceral phlebography of the uterus was employed in every case. In 25 cases a combined method of visceral phlebography and gas gynaecography was used. In 38 cases the diagnoses were confirmed by operative findings, the rest — by clinical observation. The main phlebographical symptoms of genital tumours are presented.

The results of the study suggest that the combination of visceral phlebography and gas gynaecography is a major help in complicated cases and enables an early discovery of genital tumours.

L. Valmet — Diagnosis of Genital Tuberculosis in Women (p. 392)

V. Erilas, E. Jõeste — Cancer of the Uterine Cervix and Pregnancy (p. 395)

M. Laidna, E. Allik — Bacterial Agglutination in Pregnancy Complicated with Bacteriuria (p. 399)

In 60 pregnant women with significant bacteriuria, antibody response was measured by

bacterial agglutination by the method of Edwards and Ewing. The agglutination titres in the blood serum against the organisms isolated from the urine were determined both in 45 patients with asymptomatic and in 15 patients with symptomatic bacteriuria.

Antibody titres 1/320 or more were found in a number of cases belonging to either of the two groups.

On the basis of this study we were able to demonstrate the presence of a temporal renal tissue infection in patients with significant bacteriuria.

R. Vodja, V. Ester, J. Rebane — Virus Infections in a Maternity Department (p. 402)

Virological studies are helpful in ascertaining the causes of neonatal diseases and foetal deaths.

In September, 1971 an outbreak in the Maternity Department of the Pärnu Town Hospital was associated with ECHO-19 virus. The only distinguishing characteristic of the disease was a rise in body temperature to 38°–39° C lasting 1–3 days.

During an influenza outbreak, at the beginning of 1973, an increase in stillbirth rate was observed. The mothers of stillborn babies contracted influenza either during the last two months of pregnancy or immediately before the parturition. At autopsy widespread haemorrhages were found in interior organs of the stillborn babies.

M. Niit — Nutrition of Infants in Children's Establishments (p. 404)

Nutrition of 86 healthy infants was examined to clear up dietary deficiencies. It became evident that only 40 per cent of them had been under a proper dietary regime, 24 per cent of these infants had received less protein, 23 per cent more fats and 43 per cent more carbohydrates than required.

These mistakes were due to lack of knowledge concerning the principles of infants' normal food requirements.

J. Ksenofontov, O. Jussupov, E.-R. Kõrda, A. Põlluste — Human Types with Different Immunological Reactivity (p. 406)

S. Umansky — Standards for a Healthy Woman's Immunological Reactivity Indices (p. 409)

E. Sauemägi — **Juvenile Kyphosis: the Etiology and Pathogenesis of Scheuermann's Disease** (p. 411)

R. Birkenfeldt — **Rheumatism in Kingissepa: Incidence and Clinical Forms** (p. 415)

A total of 5,351 persons (adults and children) in a micro-district of Kingissepa town, in the Estonian S. S. R., underwent medical examination. As a result, rheumatism was diagnosed in 1.98 ± 0.19 per cent and rheumatic suspects were found in 0.32 ± 0.08 per cent of population examined. The incidence of rheumatism was 1.5 times higher in females than in males. 12.3 per cent of patients suffered from acute rheumatism. Rheumatic valvular disease was diagnosed in 52.8 per cent of cases.

A.-V. Mikelsaar — **The Effects of Drugs and Medical Procedures on the Fetus and Newborn Baby** (p. 417)

A review of unwanted side effects produced by various drugs and medical procedures on an embryo, fetus and newborn baby is presented in this article.

L. Nurmand — **Factors Contributing to the Spread of Venereal Diseases** (p. 422)

E. Kama, H. Pullisaar — **The Control of Tuberculosis in the Estonian SSR** (p. 425)

M. Tõlp, A. Lepik — **Dental Service for Patients with Parodontal Disease at the Tartu Stomatological Polyclinic** (p. 428)

V. Kaselaid, J. Kuraksa — **A Rare Monster — Sirenomelus** (p. 430)

E.-M. Kask — **A Case of Hereditary Chondrodystrophy** (p. 431)

Chondrodystrophy is an intrauterine developmental disease with disturbances of the normal process of ossification involving the cartilages. A 21-year-old expectant mother who gave birth to a boy with obvious signs of chondrodystrophy is described. The mother herself was born into a healthy family as a twin. Her twin-sister was well built. As the patient had an extremely narrow pelvis, the boy weighing 2,650 gm and being 42 cm long at birth, was delivered by Caesarean section. Chromosome aberrations were detected in the newborn baby.

It was a typical case of chondrodystrophy characterized by shortness of limbs and limitation of movements in elbow joints. This abnormality of genetic origin described here is a rare occurrence.

A. Püvi — **A Case of Arrhenoblastoma** (p. 432)

A. Rulli, E. Püttsepp — **A Case of Chylothorax Caused by Lymphangioma of the Diaphragm** (p. 434)

S. L., a 38-year-old female patient, was admitted to hospital with the following undetermined complaints: indisposition, pleuritic pains in the right chest, shortness of breath on exertion. A chest roentgenogram showed right pleural effusion, and a slight shift of the mediastinum. The temperature was normal and the laboratory findings were not unusual. The tuberculin skin tests were negative. The pleural cavity was punctured and the milky, pinkish fluid derived proved to be the lymph. At first the patient was given pleural punctures which turned out to be ineffective. Subsequently thoracotomy was performed in the right 4th intercostal space. In the centre of the diaphragmatic cupola there were a number of papillary formations which yielded lymph when the diaphragm was squeezed. The uneven part of the diaphragm was excised. The histologic finding was lymphangioma. Similar cases of lymphangioma accompanied by chylothorax have not been reported in available literature.

N. Elshtein — **Principal Causes of Diagnostic Errors and Shortcomings in Internal Medicine** (p. 435)

H. Lõiv — **Nosocomial Infections** (p. 441)

U. Nigesen — **A School Nurse's Working Day** (p. 445)

A. Talihärm — **Strokes: Early Diagnosis and First Aid** (p. 448)

Training of Personnel (p. 450)

I. Tappo — **Smoking as a Doctor Sees it** (p. 453)

Sh. Gulordava — **Fr. R. Kreutzwald and Surgery** (p. 457)

Conferences and Medical Meetings (p. 459)

U. Sibul — **The Activities of the Tallinn Surgeons' Scientific Association in 1946—1972** (p. 461)

Dates (p. 465)

G. Dorfman — **A Device Used in the Phototherapy of Neonatal Hyperbilirubinaemia** (p. 468)

New Drugs (p. 469)

E. Kindlam — **Are We Correct in Saying: 'A Geriatric Patient', 'Gynaecological Clinic'?** (p. 470)

Chronicle (p. 472)

SISUKORD

Teooria ja praktika

- H. JALVISTE, V. MEIPALU — Günekoloogiliste verejooksude ravi progestogeenidega 387
- L. KOLESNIKOVA — Vistseraalse flebograafia ja gaasgünekograafia kooskasutamine suguelundite kasvajate diagnoosimisel 390
- L. VALMET — Naiste genitaal-tuberkuloosi diagnoosimine 392
- V. ERILAS, E. JOESTE — Emakakaelavähk ja rasedus 395
- M. LAIDNA, E. ALLIK — Bakteriuria rasedatel ja bakteriaalne aglutinatsioonireaktsioon 399
- R. VODJA, V. ESTER, J. REBANE — Viirushaigused sünnitusosakonnas 402
- M. NIIT — Imikute toitlustamine lasteasutustes 404
- J. KSENOFONTOV, O. JUSSUPOV, E.-R. KORDA, A. PÖLLUSTE — Erineva immunoloogilise reaktiivsusega inimtüüpe 406
- S. UMANSKI — Mõnede immunoloogiliste testide normväärtused tervetel naistel 409
- E. SAUEMAGI — Juveniilne küfoos — *Morbis Scheuermanni* 411
- R. BIRKENFELDT — Reuma levik ja kliinilised vormid Kingisepas 415

Ülevaated

- A.-V. MIKELSAAR — Mitmesuguste ravimite ja raviprotseduuride toime lootesse ja vastsündinusse 417
- L. NURMAND — Suguhaiguste leviku põhjustused 422

Tervishoid. Töö teaduslik organiseerimine

- E. KAMA, H. PULLISAAR — Tuberkuloositorje Eesti NSV-s 425
- M. TÖLP, A. LEPIK — Parodontopaatia ravi organisatsioon Tartu Linna Stomatoloogia Polikliinikus 428

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

- V. KASELAID, J. KURAKSA — Harva esinev väärareng sirenomeelia 430
- E.-M. KASK — Päriliku kondrodüstroofia juht 431
- A. PÜVI — Arrenoblastoomi juht 432
- A. RULLI, E. PÜTTSEPP — Diafragma lümfangioomist põhjustatud külotooraks 434

Mõttevahetus

- N. ELSTEIN — Sisehaiguste diagnoosimise puuduste ja vigade peamised põhjused 435

Abiks velskritele ja õdedele

- H. LÖIV — Epidemioloogia raviasutustes 441
- U. NIGESEN — Kooli meditsiiniõe tööpäev 445

- A. TALIHÄRM — Insuldi varajane diagnoosimine ja esmaabi 448

Kaadri ettevalmistamine

- I. MAAROOS — TRÜ Arstiteaduskonna lõpetajad 1973. a. 450
- Tallinna Meditsiinikooli lõpetajad 1973. a. 451
- Tartu Meditsiinikooli lõpetajad 1973. a. 452
- Kohtla-Järve Meditsiinikooli lõpetajad 1973. a. 452

Sanitaarharidustöö

- I. TAPPO — Nikotinism ja arst 453

Arstiteaduse ajaloost

- S. GULORDAVA — Fr. R. Kreutzwald ja kirurgia 457

Konverentsid ja nõupidamised

- N. VIHM — Stomatoloogide ja hambaarstide VIII vabariiklik konverents 459
- M. SIKK — Tartu Tuberkuloosidisperseri juubelikonverents 460
- I. KALITS — Valgevene NSV endokrinoloogide VI vabariiklik konverents 460
- A. HAAVEL — Talsi ja Kingisepa rajooni keskaiglate teaduslik konverents 461

Arstide seltsides

- U. SIBUL — Tallinna Kirurgide Teadusliku Seltsi tegevus aastatel 1946...1972 461

Tähtpäevad

- Vaike Karu 60-aastane 465
- Erich Laisaar 60-aastane 466
- Jaan Luberg 50-aastane 467

Meditsiinitehnika

- G. DORFMAN — Seadeldis vastsündinute hüperbilirubineemia fototeraapiaks 468

Uusi ravimeid

- A. JÜRISON — Iodonaat, kontrükaal 469

Quaestiones linguae Estonicae in medicina

- E. KINDLAM — Kas on õige öelda geriaatriline haige? günekoloogiline kliinik? 470

Kroonika

- Meditsiiniuudiseid lühidalt 408, 433

HIRM ARSTI EES —



— kas selles ei ole mõnikord süüdi meediku vähesed teadmised!

«Nõukogude Eesti Tervishoidu»
1974. aastaks
on võimalik tellida
25. novembrini 1973